

LUBELSKI
PARK
NAUKOWO
TECHNOLOGICZNY



LUBLIN SCIENCE
AND TECHNOLOGY
PARK S.A.

International research
and practice conference

INNOVATIVE TECHNOLOGY
IN MEDICINE: EXPERIENCE
OF POLAND AND UKRAINE

Lublin, Republic of Poland
April 28-29, 2017



LUBLIN SCIENCE AND TECHNOLOGY PARK S.A.

International research and practice conference

**INNOVATIVE TECHNOLOGY IN MEDICINE:
EXPERIENCE OF POLAND AND UKRAINE**

April 28–29, 2017

Lublin, Republic of Poland

2017

CONTENTS

CLINICAL MEDICINE: EXPERIENCE AND INNOVATION

Vascular remodeling under the influence of oxidate stress developing in patients with arterial hypertension and type 2 diabetes Bilovol O. M., Bobronnikova L. R.	8
Динаміка мінеральної щільності кісткової тканини у хворих із коморбідною патологією органів травлення Бойко Т. В.	10
Клінічні особливості ліпідних аберацій при артеріальній гіпертензії Буряк В. В.	15
Визначення фекальних маркерів кишечного запалення у дітей з неструктурними захворюваннями товстого кишечника Волошин К. В.	19
Assessment of pain syndrome in women with endometriosis Vorobii V. D.	21
Відповідність ендоскопічних та морфологічних змін в діагностиці запально-деструктивних захворювань гастродуоденальної зони у дітей Ганзій О. Б.	24
Визначення маркерів запалення у дітей раннього віку з коморбідною патологією Гаріджук Л. І., Бобрикович О. С., Витвицька В. В., Вірстюк Л. М.	27
Злоякісний перебіг гепатиту на тлі гіпоплазії внутрішньопечінкових жовчевих проток у дитини Горішна І. Л., Павлишин Г. А., Горішний І. М., Крицький І. О.	30
Ендокринологічні маркери дисфункції плаценти у вагітних з HBV-інфекцією Гринів Н. О.	34
Zmiany wskaźników humoralnych i immunologicznej ochrony w badaniu procesu zapalnego przyzębia Demkovich A. Ye.	38
Взаємозв'язок параметрів якості життя та ризику ускладнень у пацієнтів із поєднанням хронічного обструктивного захворювання легень та стабільної шемічної хвороби серця Дценко Д. В., Распутіна Л. В.	41
Діагностичне значення вмісту протимікробних пептидів у дітей, хворих на алергічну бронхіальну астму Дудник В. М., Хромих К. В., Федчишен О. П.	45
Гігієнічний стан ротової порожнини у хворих з переломами щелеп на тлі захворювань тканин пародонта Дутко Х. О.	48

7. Demkovych A., Bondarenko Yu. : Pathogenetic bases periodontitis modeling in rats. J. Achievements of Clin. and Exper. Med 2015; 1 (22): 54-57.
8. Andreychyn M. A., Chop'yak V. V., Hospodarskyi I. Y. (2004) : Clinical Immunology and Allergology. Ukrmedknyha, Ternopil. – 372 p.
9. Demkovych A., Bondarenko Yu. : Pathogenetic bases periodontitis modeling in rats. J. Achievements of Clin. and Exper. Med 2015; 1 (22): 54-57.
10. Demkovych A. : The peculiarities of microbiocoenosis formation in development of inflammatory periodontal diseases. J. Infectious diseases 2015; 1 (79): 87-92.
11. Nespryadko V. P., Zhdanovich I. A. : Features immunologic adaptation in generalized periodontitis. J. Modern Dentistry. 2011; 3: 60-62.
12. Sergeeva I. V. : Indices of local immunity in patients with generalized periodontitis. Journal of Dentistry. 2011; 1: 32-36.

**ВЗАСМОЗВ'ЯЗОК ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА РИЗИКУ
УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ХРОНІЧНОГО
ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
ТА СТАБІЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**

Діденко Д. В.

аспірант кафедри пропедевтики внутрішньої медицини

Распутіна Л. В.

доктор медичних наук,

професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Актуальність. Серед осіб старших 40 років зростає частка пацієнтів з коморбідною патологією, зокрема поєднанням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічної хвороби серця (ІХС). Наявність поєднаної патології значно модифікує перебіг обох захворювань, ускладнює своєчасну діагностику, збільшує ризик ускладнень та впливає на якість життя пацієнтів. При поєднаному перебігу ХОЗЛ та ІХС зростає кількість загострень ХОЗЛ та частота госпіталізацій [5, с.101; 9, с. 52]

За наявності хронічних захворювань важливим критерієм оцінки стану пацієнта є якість життя (ЯЖ). Вивчення параметрів ЯЖ може бути використане і як індикаторний показник ефективності лікування пацієнта. Для

оцінки ЯЖ у пацієнтів з ХОЗЛ широко використовуються опитувальники MOS SF 36 (Medical Outcomes Study Short Form-36), розроблений в Інституті здоров'я США та респіраторний опитувальник госпітала святого Георгія SGRQ (St. George's Respiratory Questionnaire) [3, с.11; 6, с.1595; 11, с. 82]. Відомо, що навіть пацієнти з легким перебігом захворювання мають суттєво знижені показники ЯЖ [4, с. 1079; 10, с. 61]. У ряді досліджень було встановлено, що на ЯЖ пацієнтів з ХОЗЛ найбільше впливає вираженість задишки, кількість загострень протягом року, депресивні розлади, супутня ІХС та низький індекс маси тіла [6, с. 1597; 9, с. 132]. Дослідження, що включало понад 700 пацієнтів з 5 європейських країн, доводить, що вищий бал задишки (понад 2 за шкалою медичної дослідницької ради mMRC) пов'язаний із значними порушеннями функціонування пацієнта за всіма показниками профілю здоров'я MOS SF 36 [8, с. 943].

За рекомендаціями GOLD 2011 та наказом МОЗ України № 555 оцінка впливу ХОЗЛ на окремого хворого, що проявляється у визначенні ризику несприятливих подій у перебігу захворювання (розвитку загострень в майбутньому, госпіталізації, смерті внаслідок ХОЗЛ) виконується із урахуванням симптомів, загострень та класифікації за даними спірометрії GOLD [1, с.4; 7, с.16.]

Оскільки клінічні прояви ХОЗЛ за наявності супутньої ІХС мають певні клініко-функціональні особливості, параметри ЯЖ у цій групі теж можуть суттєво відрізнятися.

Мета. Встановити особливості ЯЖ пацієнтів з ХОЗЛ за умови поєднання з ІХС, оцінити зв'язок між параметрами ЯЖ та ризиком несприятливих подій у пацієнтів з коморбідною патологією.

Матеріали і методи. Обстежені 3 групи пацієнтів. I групу склали 90 осіб із ХОЗЛ в поєднанні зі стабільною ІХС, середнього віку ($65,6 \pm 0,9$) років, чоловіків було 72 (80%), жінок – 18 (20%). В II групу увійшли 73 пацієнти з ХОЗЛ, середній вік ($60 \pm 1,2$) років, чоловіків – 43 (59%), жінок – 30 (41%). В III групі було 78 пацієнтів з ІХС, середній вік ($58,2 \pm 1$) років, чоловіків – 61 (78,2%), жінок – 17 (21,8%). Обстеження включало спірографію з бронходилятаційним тестом (комп'ютерний спірограф MasterScore ST, Німеччина), анкетування за mMRC та тестом з оцінки ХОЗЛ (TOX), визначення ЯЖ за адаптованою українською версією опитувальника MOS SF 36 (Фешенко Ю. І., Мостовой Ю. М., Бабійчук Ю. В., 2002). Даний опитувальник є неспецифічним та може бути використаний для визначення фізичного та психічного здоров'я осіб з різними патологічними станами. Опитувальник містить 36 запитань, що об'єднані у 8 шкал: фізична активність (ФА), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ), інтенсивність

болю (Б), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність, життєздатність (ЖЗ) - оцінка відчуття сил та енергії, соціальна активність (СА), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ), психічне здоров'я (ПЗ) - характеризує настрій, тривожність, стурбованість, оцінює показник позитивних емоцій, порівняння самовідчуття з попереднім роком (ПС). Фізичний статус пацієнта оцінюється за п'ятьма шкалами (ФА, РФ, Б, ЗЗ, ЖЗ), психосоціальний статус також характеризують п'ять шкал (РЕ, СА, ПЗ, ЗЗ, ЖЗ). Показники ЗЗ та ЖЗ визначаються як фізичним, так і психічним статусом людини. Максимальне значення для всіх шкал – 100 балів, вищий бал відповідає кращому показнику ЯЖ.

Пацієнти із груп I та II були розподілені на підгрупи в залежності від ризику несприятливих подій, відповідно пацієнти з ХОЗЛ А та В склали групи низького ризику, а особи з ХОЗЛ С та D – групи високого ризику. Серед пацієнтів з ХОЗЛ та ІХС розподіл на клінічні групи ХОЗЛ був наступний: група А – 16 осіб (17,8%), група В – 49 осіб (54,4%), група С – 3 (3,4%), група D – 22 пацієнти (24,4%); отже низький ризик мали 65 пацієнтів (72,2%), високий ризик – 25 (27,8%). Серед пацієнтів з ХОЗЛ без супутньої ІХС в групі А було 6 осіб (8,3%), в групі В – 34 (46,5%), в групі С – 5 (6,8%), в групі D – 28 (38,4%), відповідно низький ризик мали 40 осіб (54,8%), високий ризик 33 (45,2%).

Статистична обробка даних виконана з використанням пакету статистичних програм STATISTICA10.0 та Microsoft Excel. Достовірність різниці величин розрахована непараметричним методом за критерієм χ^2 Пірсона, U-тестом Манна-Уїтні та за t-критерієм Ст'юдента при порівнянні середніх величин.

Результати. Пацієнти I групи в порівнянні з особами II і III груп мають нижчий показник ФА (45; 65,1 та 67 балів відповідно, $p < 0,001$), СА (62,8; 77,5 та 77,8 балів, $p < 0,001$), біль (52,2; 77,8 та 63,4, $p < 0,001$), ЖЗ (31,3; 46,8 та 47,3 балів, $p < 0,001$), ЗЗ (30,6; 39,4 та 39,8, $p = 0,003$), ПС (25,9; 39,6 та 37,8 балів, $p = 0,009$), РФ (11,1; 43,3 та 29,5 балів, $p = 0,01$). Пацієнти I групи мають негативні зміни фізичного статусу (36,9 балів), психічного статусу (30,8 балів) та загального статусу (57,7 балів), різниця з групами II та III достовірна ($p < 0,01$).

При порівнянні показників ЯЖ у пацієнтів ХОЗЛ низького ризику ускладнень ($n=40$) та осіб з коморбідною патологією ($n=65$) виявлено достовірне зниження балів всіх параметрів ЯЖ у осіб з коморбідною патологією, а саме: ФА (48,8 та 71,3 відповідно), РФ (13,5 та 55,6), біль (52,2 та 80,7), ЖЗ (32,3 та 53,5), ЗЗ (30,7 та 41,7), ПС (22,7 та 34,6), а також фізичного статусу (38,2 та 69,2), психічного статусу (31,3 та 47,6). В групах

високого ризику встановлено, що пацієнти високого ризику ХОЗЛ з коморбідною патологією мають достовірно нижчі показники ЯЖ, ніж пацієнти високого ризику ХОЗЛ без супутньої ІХС: ФА становила 35,9 балів та 56,3 бали відповідно, РФ – 5,9 та 26,13 балів, біль – 54,4 та 73,4, СА – 61,3 та 72,1 бали, ЖЗ – 27,1 та 37,5, ПС – 29,7 та 46,6 балів, фізичний статус. 31,8 та 53,3 балів. Показники ЗЗ, психічного та загального статусу серед осіб високого ризику достовірно не відрізнялись.

Висновки. У пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ та ІХС відмічається достовірне зниження параметрів ЯЖ. У пацієнтів ХОЗЛ високого ризику ускладнень за наявності супутньої ІХС виявлені достовірно нижчі показники, що характеризують фізичну активність, в той час як у осіб низького ризику із коморбідною патологією знижені всі параметри ЯЖ. Таким чином, супутня патологія, а саме ІХС, має значний вплив на ЯЖ пацієнтів з ХОЗЛ, що проявляється змінами сприйняття пацієнтами власного фізичного та психічного статусу.

Література:

1. Наказ МОЗ України № 555 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень" від 27.06.2013.
2. Приходько Н. П. Оцінка якості життя у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень в поєднанні з кардіоваскулярною патологією. / Н. П. Приходько, О. Ф. Гопко // Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – 2015. – № 2. – С. 123–126.
3. Фещенко Ю. І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою. / Ю. І. Фещенко, Ю. М. Мостовой, Ю. В. Бабійчук // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – № 3. – С. 9–11.
4. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Stage and Health-Related Quality of Life / Ferrer M. [et al] // Ann Intern Med. – 1997. – Vol. 127 (12). – P. 1072–1079.
5. Coronary artery disease concomitant with chronic obstructive pulmonary disease. / Roversi S. [et al] // Eur J Clin Invest. – 2014 – Vol. 44(1). – P. 93–102.
6. Factors associated with changes in quality of life of COPD patients: A prospective study in primary care / Monteagudo M. [et al] // Respir Med. – 2013. – Vol. 107 (10). – P. 1589–1597.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Updated 2015) // Electronic Resources: www.goldcopd.com.

8. Greater dyspnea is associated with lower health-related quality of life among European patients with COPD / Gruenberger J. [et al] // *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* – 2017. – Vol. 12. – P.937–944.

9. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on morbidity and mortality after myocardial infarction/ Andell P., Koul S., Martinsson A. [et. al.] // *Open Heart.* – 2014. – Vol. 1(1). – Published online 2014 Feb 3

10. Health-related quality of life is related to COPD disease severity./ Stahl E. [et al] // *Health Qual Life Outcomes.* – 2005. – Vol. 3. – P. 56–62.

11. Ware Jr. J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. / Ware J.E., Sherbourne C.D. // *Med Care* – 1992. – Vol. 30(6). – P.473–83.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ПРОТИМІКРОБНИХ ПЕПТИДІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА НЕАЛЕРГІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Дудник В. М.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри педіатрії № 2*

Хромих К. В.

кандидат медичних наук, асистент кафедри педіатрії № 2

Федчишен О. П.

асистент кафедри педіатрії № 2

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Вступ. На сучасному етапі БА прийнято розглядати як полі етіологічне захворювання, а роль у загостренні приділяється не лише IgE – опосередкованим алергічним реакціям. Важливим є розуміння того, що у патогенезі неатопічного варіанту БА значну роль відіграють інфекційні агенти, що стимулюють продукцію Т-хелперів 17-го типу, які у свою чергу продукують інтерлейкін 17, який спроможний індукувати експресію багатьох медіаторів запалення, в тому числі $\alpha 1$ -антитрипсину, інтерлейкіну 1, 6 та 8 [1, с. 26]. Діагностика неатопічної форми БА полягає у визначенні інфекційного агента, шляхом встановлення вмісту IgM, IgG до причино значущого збудника, але найчастіше встановити його одразу майже неможливо. Саме тому нами запропоновано визначення вмісту протимікробних пептидів, а саме С-