



Львівська  
медична  
спільнота

**МІЖНАРОДНА  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
МЕДИЦИНИ: СУЧАСНИЙ СТАН  
ТА ШЛЯХИ РОЗВИТКУ»**

**м. Львів, 23-24 березня 2012**

**ЛЬВІВ 2012**

**Скорук А. Г.**  
*кафедра патологічної анатомії,  
судово-медичної експертизи з біопсійно-секційним курсом та основами права*  
**Гаврилюк А. О.**  
*науковий керівник, доцент  
Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна*

### **ТИМОМЕГАЛІЯ У ДІТЕЙ**

Початок ХХІ століття став продуктивним періодом для тимології – науки, яка вивчає заруднинну залозу (thymus). Як стверджують Волошин М.А. та ін., (2005), у цей період більше 50 % літературних джерел з імунології були присвячені вивченню морфології і функції заруднинної залози (ЗЗ). Порушення ж функціональної активності ЗЗ, яке виникає в результаті впливу несприятливих факторів в пренатальному і постнатальному періодах онтогенезу людини, супроводжується розвитком вторинних імунодефіцитних станів, а при вроджених вадах ЗЗ – служить причиною первинних імунодефіцитів. Накопичення інформації і бажання поповнити новими даними цю галузь знань спонукали нас поставити за мету дослідження вивчення частоти тимомегалії у дітей в структурі їх летальності від патології ЗЗ у Вінницькій області.

Проведено ретроспективний статистичний аналіз 3987 протоколів розтину Вінницького обласного патологоанатомічного бюро за період 2006-2011 рр. До уваги приймали всі випадки смерті, в яких фігурувала патологія ЗЗ з відповідним гістологічним підтвердженням діагнозу. В аналізі враховували вік, стать дітей і супутні захворювання. Встановлено, що ТМ в структурі летальності дітей з патологією ЗЗ спостерігається частіше у віці до 1 року. Серед загального числа летальності дітей від патології ЗЗ у хлопчиків патологія із збільшенням ЗЗ зустрічається частіше в 1,41-1,68 рази, ніж у дівчаток.

Отримані результати порівняно з доступними даними наукової літератури. Для позначення збільшення ЗЗ у дітей в сучасній літературі не існує єдиного терміну, а у змінах, які спостерігаємо (тимомегалія), не завжди можливо чітко відмежувати етапи нормального розвитку ЗЗ від змін, які викликані патологічним процесом. Діти грудного віку з тимомегалією являють собою низькорезистентну до несприятливих впливів зовнішнього середовища групу дітей. Збільшення ЗЗ при цьому, можливо, виступає проявом адаптаційно-приспосувальної реакції. Аналіз багаторічних досліджень імуноної системи дітей різного віку дозволив ряду авторів (Сукало А.В., 2002; Олійник І.Ю. з співавт., 2004) висловити припущення, що тимомегалія, як процес, навіть у дітей грудного віку не є критерієм повноцінного розвитку, як це вважали раніше.

На нашу думку, виникла необхідність подальшого дослідження морфології ЗЗ в пренатальному онтогенезі, що дасть можливість відмежувати у новонароджених та дітей прояви вікових змін ЗЗ від її патології.

**Турубарова-Леунова Н. А.**  
*к. мед. н., доцент  
кафедри внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини*  
**Ташук В. К.**  
*д. мед. н., професор*  
**Глашук Т. О.**  
*д. мед. н., доцент*  
**Амеліна Т. М.**  
*к. мед. н., асистент*  
**Абдуль Р. К.**  
*аспірант  
Буковинського державного медичного університету  
м. Чернівці, Україна*

### **СТАТЕВІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА**

Незважаючи на значні успіхи медицини, з початку 70-х років і дотепер спостерігається неухильний зріст захворюваності на серцево-судинну патологію в усіх країнах світу, в тому

числі й в Україні. За результатами численних досліджень. Однією з провідних патологій у структурі поширеності та захворюваності хвороб системи кровообігу є ішемічна хвороба серця (ІХС) [1, с. 3-8]. В цілому як у жінок, так і у чоловіків з віком відмічається зростання захворюваності та смертності від гострих форм ІХС [2, с.6-11, 5, с.10-14]. Різок підвищення захворюваності на інфаркт міокарда (ІМ) серед чоловіків починається у віці 45 - 54 роки. У жінок ІХС виникає на 10-15 років пізніше, що обумовлено гормональними відмінностями та протекторною дією жіночих статевих гормонів [4, с.932-940]. Тому в зв'язку зі збільшенням тривалості життя населення ІХС стає дедалі більш характерною та частою для жінок.

Враховуючи, що прогноз наслідків захворювання у пацієнтів із гострими формами ІХС значною мірою пов'язаний із розвитком серцевої недостатності (СН) [3, с. 4-10], залишається актуальним виявлення статевих відмінностей у клінічній картині захворювання, особливостей діагностики, змін функціонального стану міокарда ЛШ із метою визначення гемодинамічних детермінант розвитку СН, як одного з ускладнень ІХС та визначенням груп підвищеного ризику з урахуванням статевого аспекту.

З метою визначення клініко-фізіологічних особливостей перебігу гострих форм ІХС залежно від статі з виділенням груп підвищеного ризику обстежено 257 осіб, які надійшли в блок кардіореанімації з гострими формами ІХС. Всі хворі обстежені впродовж 24 год від початку захворювання та на 10-у добу перебування в стаціонарі з попереднім детальним клінічним вивченням перебігу захворювання, аналізом анамнестичних даних, динаміки ЕКГ, лабораторних показників.

Для визначення функціонального стану міокарда всім хворим проводилася ехокардіографія (ЕхоКГ) в стані спокою та на фоні антиортостатичного навантаження. Після реєстрації вихідних величин фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ), хворим пасивно піднимали нижні кінцівки на 45° і до кінця першої хвилини знову проводили реєстрацію гемодинамічних показників.

При проведенні ЕхоКГ оцінювали такі показники, як кінцевий діастолічний об'єм (КДО), кінцевий систолічний об'єм (КСО), ФВ та масу міокарда (ММ).

Статистичну обробку проводили за допомогою програми Statistica 6.0. Детальний аналіз особливостей клінічного перебігу захворювання залежно від статі дозволив виявити певні закономірності. Так, середній вік чоловіків становив  $55,9 \pm 0,9$  років, на відміну від жінок, де показник коливався в межах  $65,4 \pm 1,6$  років ( $p < 0,001$ ). За даними літератури з віком частота розвитку ІМ більша у жінок, при співставленні з чоловіками [8, с.30]. Зниження рівня естрогенів у жінок є безумовним фактором ризику виникнення ІХС [2, с. 6-11]. Залежно від глибини пошкодження серцевого м'язу вірогідних розбіжностей серед чоловіків та жінок не виявлено. Так, діагноз Q-ІМ спостерігався у  $65,5 \pm 3,4$  % чоловіків та у  $51,5 \pm 8,6$  % ( $p > 0,1$ ) жінок, не Q-ІМ – у  $34,5 \pm 3,4$  % та  $48,5 \pm 8,6$  % випадків, відповідно, ( $p > 0,1$ ). Залежно від локалізації ІМ також вірогідної різниці не було. Так, інфаркти передньої локалізації у чоловіків діагностовано в  $63,4 \pm 3,5$  % випадків та в  $60,6 \pm 8,5$  % випадків у жінок ( $p > 0,5$ ). ГХ як супутнє захворювання, зустрічалася у  $48,8 \pm 2,9$  % чоловіків та  $31,0 \pm 6,1$  % жінок ( $p < 0,01$ ).

Дані об'єктивного обстеження свідчили про відсутність вірогідних змін за динаміки артеріального тиску серед обстежених хворих залежно від статі. Середній максимальний систолічний артеріальний тиск становив для обстежених жінок  $157,6 \pm 2,8$  мм рт.ст., для чоловіків -  $155,8 \pm 2,0$  мм рт.ст. ( $p > 0,5$ ), максимальний діастолічний артеріальний тиск -  $96,2 \pm 1,3$  мм рт.ст. у жінок і  $95,2 \pm 1,2$  мм рт.ст. ( $p > 0,5$ ) у чоловіків, при робочому систолічному  $128,4 \pm 1,8$  мм рт.ст. та діастолічному  $81,7 \pm 0,6$  мм рт.ст. в обох групах, при подібних результатах, що були отримані в інших дослідженнях [8].

Певні особливості були встановлені при аналізі ЕКГ. При поступленні показники сумарної депресії сегмента ST (ΣST), кількості відведень із ішемічними змінами (NST) та середньої депресії сегмента ST (AST) вірогідно не розрізнялися між обстеженими чоловіками та жінками. Аналіз ЕКГ на 10-у добу перебування в стаціонарі свідчить про вірогідне зменшення цих же показників як у чоловіків, так і у жінок ( $p < 0,001$ ). Згідно результатів ЕКГ обстеження на 10-у добу NST була вірогідно нижче серед жінок порівняно з чоловіками ( $p < 0,01$ ).

При аналізі зубця T також були виявлені вірогідні розбіжності. Так, при поступленні сумарна амплітуда негативного зубця T (ΣT) у жінок виявилася більшою, ніж у чоловіків ( $p < 0,02$ ). Кількість відведень із наявністю негативного зубця T (NT) також була більшою у жінок порівняно з чоловіками ( $p < 0,05$ ). Така ж закономірність спостерігалася при аналізі середньої величини негативного зубця T (AT) ( $p < 0,001$ ) на 10-у добу ΣT залишалася у жінок на

тому ж рівні, порівняно з вихідними даними ( $p > 0,5$ ) і вірогідно зросла у чоловіків ( $p < 0,01$ ). NT зросла у чоловіків ( $p < 0,001$ ) та майже не змінювалась у жінок ( $p > 0,2$ ). АТ через 10 днів залишалася на тому ж рівні у жінок ( $p > 0,5$ ) та вірогідно збільшувалася у чоловіків ( $p < 0,001$ ).

У спокої кількість виділень із патологічним зубцем Q (NQ) у чоловіків та жінок суттєво не розрізнялася ( $p > 0,5$ ). На 10-у добу цей показник зростав у чоловіків ( $p < 0,001$ ) та майже не змінювався у жінок ( $p > 0,5$ ). Більш глибокі зміни електрокардіографічних показників у чоловіків порівняно з жінками також відзначаються в роботах інших авторів [6, с.20-24].

Отримані результати ЕхоКТ-дослідження свідчать про наявність відмінностей динаміки об'ємних показників і ФВ при проведенні навантажувального тесту. КДО в стані спокою виявився більшим у чоловіків ( $175,6 \pm 2,3$  мл) і вірогідно меншим у жінок ( $143,5 \pm 4,0$  мл,  $p < 0,001$ ), що обумовлено анатомічними особливостями. При проведенні навантажувальної проби КДО збільшувався на 6,7 % у чоловіків ( $187,3 \pm 2,5$  мл,  $p < 0,001$ , порівняно з вихідними даними) і на 9,2 % у жінок ( $156,7 \pm 4,2$  мл,  $p < 0,05$ , відповідно). Збільшення КДО вказує на збереження діастолічного резерву і, навпаки, при відсутності реакції КДО на об'ємне навантаження діастолічний резерв знижений, або це пов'язано з підвищеною жорсткістю лівого шлуночка (ЛШ) [4]. Показник КСО в спокої у жінок виявився  $59,2 \pm 2,2$  мл та був значно більший у чоловіків, і становив  $78,6 \pm 1,4$  мл ( $p < 0,001$ ). На фоні об'ємного навантаження КСО у жінок збільшувався на 11,1% ( $65,8 \pm 2,7$  мл,  $p > 0,5$ ) та на 9,4% у чоловіків ( $86,0 \pm 1,7$  мл,  $p < 0,001$ ). Як в стані спокою, так і при навантаженні КСО був більшим у чоловіків, ніж у жінок ( $p < 0,001$ ). ФВ виявився більшою серед жінок ( $59,1 \pm 0,4$  %), на відміну від чоловіків, де вона становила  $55,9 \pm 0,3$  % ( $p < 0,001$ ). При проведенні проби з пасивним підйомом нижніх кінцівок ФВ знизювалася на 2,2 % у жінок ( $57,8 \pm 0,4$  %,  $p < 0,05$ ) та на 3,2 % у чоловіків ( $54,1 \pm 0,4$  %,  $p < 0,001$ ). Порівняння ФВ залежно від статі виявило більш високі показники у жінок, ніж у чоловіків, як в стані спокою ( $p < 0,001$ ), так і при об'ємному навантаженні ( $p < 0,001$ ).

При аналізі ММ (Devereux) було зареєстровано вірогідне переважання цього показника у чоловіків ( $219,6 \pm 5,1$  г), ніж у жінок ( $179,8 \pm 6,4$  г,  $p < 0,001$ ).

Таким чином, перебіг захворювання при статевому розподілі має свої особливості, що може бути пояснено більш тривалим перебігом атеросклерозу серед чоловіків [1, с. 3-8]. Проте, переважання деяких показників у жінок або визначення їх на одному рівні з чоловіками свідчить про відсутність "естрогенного захисту", що може бути пояснено віковими аспектами обстежених жінок [4, с. 932-940].

Проведене дослідження виявило певні зв'язки між електрокардіографічними та гемодинамічними показниками і показало, що пацієнти з гострими формами ІХС залежно від статі є гемодинамічно неоднорідною групою. Крім того, визначення систолічної дисфункції ЛШ на ранніх етапах розвитку інфаркту міокарда об'єктивізує подальший несприятливий прогноз за розвитком серцевої недостатності, що дасть змогу поліпшити лікувальну тактику та віддаленні наслідки захворювання.

#### Література:

1. Коваленко В.М. Атеросклероз і асоційовані з ним хвороби внутрішніх органів: загальна стратегія профілактики та етапний спеціалізованого лікування / В.М. Коваленко // Укр. кардіол. ж. - 2007. - № 5. - С. 3-8.
2. Нетяженко В.З. Ішемічна хвороба серця у жінок: особливості факторів ризику / В.З. Нетяженко, О.М.Барна // Укр. кардіол. ж. - 2003. - № 2. - С. 6-11.
3. Оцінка ризику несприятливого перебігу ішемічної хвороби серця у хворих з гострим інфарктом міокарда / Ю.М.Пархоменко, О.С.Гур'єва, О.В.Шумаков [та ін.] // Укр. кардіол. ж. - 2008. - № 8. - С. 4-10.
4. Anand S. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. / S.Anand, S.Islam, A.Rosengren // Eur heart J. - 2008. - Vol. 29, N 7. - P. 932-940.
5. Higginson R. Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial infarction / R. Higginson // Br J Nurs. - 2008. - Vol.17, N1. - P.10-14.
6. Mieszanska H. Gender-related differences in electrocardiographic parameters and their association with cardiac events in patients after myocardial infarction / H. Mieszanska, G. Pietrasik, K. Piotrowicz // Am J Cardiol. - 2008. - Vol.101, N1. - P. 20-24.
7. Norris C.M. Sex differences in prodromal symptoms of patients with acute coronary syndrome: a pilot study. / C.M. Norris, K.M. Hegadoren, L.Patterson // Prog Cardiovasc Nurs. - 2008. - Vol.23, N 1. - P. 27-31.

Шевчук В. В.  
Буковинської державний медичний університет  
м. Чернівці, Україна

## ЗМІНИ ГЕМОКОАГУЛЯЦІЙНОЇ ЛАНКИ ГОМЕОСТАЗУ ТА МОРФО- ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Вступ. Сучасні дослідження в галузі гепатології свідчать про те, що серед багатьох патогенетичних механізмів розвитку та прогресування неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), що виникає на тлі метаболічного синдрому, істотною роль відіграють порушення вуглеводного обміну внаслідок відносної інсулінової недостатності, гіпер- та дисліпідемія, інтенсифікація пероксидного окиснення ліпідів, дисфункція ендотелію, що, у свою чергу, призводить до порушень гемокоагуляції та фібринолізу, розвитку тромбозів, прискорення апоптозу [1, с. 41-45; 6, с. 22-29]. У зв'язку з цим дослідження зазначених механізмів НАСГ у хворих з метаболічним синдромом (МС) є актуальним.

Мета. Встановити роль порушень загального коагуляційного потенціалу крові, фібринолітичної активності плазми крові та морфо-функціонального стану еритроцитів у виникненні та прогресуванні НАСГ у хворих з різними фенотипами МС.

Матеріал і методи. Обстежено 128 хворих на НАСГ, асоційований з МС. При цьому у 48 хворих (І група) було наявним класичне поєднання ознак МС (артеріальна гіпертензія - АГ, дисліпідемія - ДЛП, абдоминальне ожиріння - АО, порушення толерантності до глюкози / цукровий діабет 2 типу - ППГ/ЦД 2 типу), у 29 хворих (ІІ група) спостерігалися АГ+АО+ППГ/ЦД 2 типу без дисліпідемії, у 14 хворих (ІІІ група) НАСГ розвинувся на метаболічному синдромі без ожиріння (АГ+ДЛП+ППГ/ЦД 2 типу), у 37 хворих (ІV група) НАСГ перебігав на тлі відсутності порушення толерантності до глюкози (АГ, ДЛП, АО). Контрольну групу (V група) склали 34 практично здорових осіб (ПЗО).

Діагноз НАСГ встановлювали на підставі виключення вірусного алкогольного, метаболічного, аутоімунного походження та інших причин ураження печінки. Морфологічне дослідження біопатів печінки проведено у 16 хворих з визначенням вираженості некротичнозапального процесу і стадії фіброзу за E.Brunt [2, с. 16; 5, с. 14-15].

Загальний коагуляційний потенціал крові (час рекальцифікації плазми - ЧРП, протромбінний час - ПЧ, тромбінний час - ТЧ, активованій парціальний тромбoplastинний час - АПТЧ, концентрацію фібриногену в плазмі крові, активності антипротромбіну ІІІ - АТІІІ та ХІІІ фактору згортання крові - ХІІІФЗК), фібринолітичну активність плазми крові (сумарну - СФА, ферментативну - ФФА та неферментативну - НФА), потенційну активність плазміногену (ПАП) та Хагеманзалежний фібриноліз (ХЗФ) досліджували за допомогою наборів реактивів фірми „Danish Ltd” (м. Львів) за методиками Н. Тіша [4, с. 960]. Структурно-функціональні властивості еритроцитів (індекс деформованості еритроцитів та відносну в'язкість еритроцитарної суспензії) визначали за допомогою фільтраційних методів.

Статистичний аналіз проводили з використанням програми STATISTICA 6.0 for Windows.

Результати та їх обговорення. Згідно з отриманими даними, за наявності НАСГ, асоційованого з МС, виявлені зміни загального коагуляційного потенціалу крові у всіх групах хворих. Зокрема, встановлено вірогідне в порівнянні з ПЗО зменшення часових характеристик згортання крові, активностей АТІІІ і ХІІІ ФЗК ( $p < 0,05$ ) на тлі збільшення концентрації фібриногену ( $p < 0,05$ ). Зазначені порушення були найістотнішими в І та ІІ групах ( $p < 0,05$ ). Ймовірно, гіперкоагуляційні зміни в крові хворих на НАСГ у поєднанні з МС пов'язані з вираженою ендотеліальною дисфункцією у зазначених групах обстежених.

Аналіз отриманих даних показав також вірогідне зменшення сумарної та ферментативної фібринолітичної активності плазми крові відповідно на 64,6% і 54,3% (у І-й групі), 52,1% і 65,2% (у ІІ-й групі), на 19,4% і 16,3% (у ІІІ-й групі) на 29,9% і 38,5% (у ІV-й групі) щодо нормальних величин. Водночас визначені вірогідні відмінності всіх зазначених показників між ІІ та ІІІ, ІV групами хворих ( $p < 0,05$ ). На цьому фоні спостерігалося підсилення