

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



належать до кластеру «2». Таким чином, ці особи повинні мати ознаки двох хвороб РА та ХП, не дивлячись на те, що в них діагностовано тільки РА. Це означає, що такі пацієнти знаходяться в групі ризику розвитку ХП. Такий аналіз дає підстави вважати, що РА може мати ознаки фактору, що спричиняє маніфестацію ХП. Основним фактором, що характеризує належність пацієнта до кластеру здорових залишається бета-2-мікроглобулін сечі з однаковою пороговою величиною, але фактором, що визначає належність до типу захворювання є фактор малонового діальдегіду (МДА) сечі

Таким чином, використовуючи даний метод, стає можливим попередній аналіз взаємообтяження даних нозологій РА та ХП. Новий метод у діагностуванні факторів прогнозу РА та РА+ХП на основі кластерного та класифікаційного аналізу, який визначає основні чинники для діагностики та прогнозування (бета-2-мікроглобулін сечі, МДА сечі, ТФР-бета крові) може бути використаний в клінічній практиці. За умови інтегрування цих методів в сучасні діагностичні системи можливим стане вирішення важливої проблеми охорони здоров'я – підвищення ефективності діагностики та прогнозування хвороб нирок.

**Лукашевич І.В., Харина П.П.\***

#### **ЛІКУВАННЯ ПРОЯВІВ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»  
ПрАТ ФФ Дарниця, м. Київ\**

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності корекції клінічних проявів сладж-феномену у хворих на хронічний холецистит за допомогою поєднання урсодеооксихолієвої кислоти (препарат "Урсохол" ПрАТ ФФ Дарниця) та препарату рослинного походження "Холівер" ("Hau Giang Pharmaceutical Joint-Stock Company-HG Pharm", В'єтнам) Для характеристики морфо-функціонального стану гепатобіліарної системи проводили програмне ультразвукографічне дослідження 32 хворим на хронічний некаменевий холецистит з явищами сладж-феномену та без нього віком від 41 до 73 років з анамнезом захворювання від 5 до 17 років. Домінуючий контингент – жінки (63%). Ехографічно оцінювали розміри, контури, структуру зазначених органів. Ультрасонографічне дослідження здійснювали натще, через 10-12 годин після останнього прийому їжі за загальноприйнятою методикою. Крім того, всім хворим були проведені біохімічний та загально-клінічний аналіз крові.

При обстеженні було виявлено, що у 23 хворих мали місце явища сладж-феномену від ¼ до ½ об'єму жовчного міхура на фоні помірного збільшення його об'єму та товщини і щільності стінки, ущільнення внутрішньопечінокових жовчних протоків при нормальних розмірах та ехоструктурі печінокової паренхіми. Клінічний перебіг патології у пацієнтів вирізнявся схильністю до торпідного перебігу, знижувалась якість життя пацієнтів, була меншою ефективність гепатопротекторно-жовчогінної терапії, яка потребувала побільш тривалого застосування, помірно підвищувалась активності лужної фосфатази, АЛТ, ЛДГ (заг.), ГГТП, достовірно підвищувався рівень холестерину та тригліцеридів. Програма оздоровлення досліджуваного контингенту хворих включала в себе корекцію харчового режиму в часі, нормалізацію балансу складових частин їжі з акцентом на збільшення рідинного компоненту до 2,5-3 л/добу, харчову корекцію функції кишечника за рахунок збільшення пектинового компоненту їжі, рослинних олій та молочно-кислих продуктів, дозоване фізичне навантаження (ходьба, біг, дихальна гімнастика, помірна фізична праця), жовчогінно-гепатопротекторну терапію рослинними препаратами (зокрема препаратом "Холівер") в поєднанні з урсодеооксихолієвою кислотою (препарат "Урсохол" ПрАТ ФФ Дарниця) впродовж 1 - 1,5 міс. Після закінчення курсу лікування пацієнти відмічали суттєве покращення самопочуття, у більшості зникали скарги з боку основного захворювання. Крім того, відмічались і позитивні біохімічні зміни крові: активність АЛТ, ЛДГ (заг.), ГГТП після проведеного лікування наближалася до нормального рівня, значення вмісту в плазмі крові холестерину та тригліцеридів коливалися в межах норми. При ультразвуковому дослідженні зменшилась товщина стінки жовчного міхура та суттєво зменшились явища сладж-феномену. Таким чином, хронічний холецистит з явищами сладж-феномену - часте поєднання патологічних станів, особливо у людей зрілого віку; вираженість і частота їх продовжують зростати з віком. Одним з важливих причин їх виникнення є суттєві порушення хронічності та якості харчування, особливо нехтування рідинним, фруктово-овочевим, пектиновим компонентами їжі, рослинними оліями, гіподинамія. Одним з ефективних шляхів підвищення ефективності реабілітації хворих є поєднання гепатопротекторно-жовчогінної терапії з урсодеооксихолієвою кислотою на тлі дієтичної корекції харчування в часовому та якісному аспектах з підвищенням рідинним навантаженням

**Лукашевич І.В., Юрнюк С.В.\***

#### **КОРЕКЦІЯ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З СУПУТНІМ СТЕАТОГЕПАТОЗОМ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Кафедра судової медицини та медичного правознавства\*  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Ураження печінки при різних захворюваннях внутрішніх органів можна розглядати як фактор, що сприяє погіршенню перебігу основного захворювання.



При цукровому діабеті (ЦД) спостерігається порушення метаболізму, що приводить до поліорганного ушкодження в тому числі до ураження печінки. Найбільш типовим ураженням печінки при ЦД є розвиток стеатогепатозу. Внаслідок дефіциту глікогену в печінці стеатогепатоз сприяє розвитку атеросклерозу та прогресуванню ангіопатій. Необхідним компонентом профілактики та лікування останніх при ЦД є ангігіперліпідемічна терапія.

Метою роботи було вивчення клінічної ефективності «Аргініну-Дарниця» при лікуванні гіперліпідемії у хворих на ЦД 2 типу з супутнім стеатогепатозом.

Обстежено 37 хворих на ЦД 2 типу з супутнім стеатогепатозом, віком від 44 до 70 років (в середньому 56,5±1,7 років), 23 жінки та 14 чоловіків. Критерієм включення хворих в обстеження був рівень загального холестерину вище 5,20 ммоль/л та задовільна компенсація вуглеводного обміну (HbA1c <7,5%) за критеріями European Diabetes Police Group (1993). Середня тривалість захворювання склала 3,7±0,5 років; II ступінь ЦД була виявлена у 32 хворих, III – у п'яти хворих. У 27 хворих мало місце ожиріння. Всі хворі знаходились на дієтотерапії, 28 пацієнтів одержували тільки пероральні протидіабетичні препарати (глюкобай, манініл). Метою призначення «Аргініну-Дарниця» було максимальне зниження рівня загального холестерину (але не менш 3,0 ммоль/л). «Аргінін-Дарниця» призначався по 200мг на добу; курс лікування складав 21-28 днів. До початку дослідження, через 3 та 12 тижнів лікування проводили клінічний огляд хворих, вимірювали масу тіла з визначенням індексу маси тіла, визначали показники вуглеводного та ліпідного обмінів.

В результаті використання «Аргініну-Дарниця» у всіх хворих відмічено зменшення розмірів печінки, виявлене достовірне зниження вмісту холестерину та ЛПНЩ в сироватці крові, тенденція до зниження рівня ТГ, підвищення рівня ЛПВЩ та зниження індексу атерогенності. Досить висока клінічна ефективність препарату поєднувалась з хорошою переносимістю. Побічних реакцій на прийом «Аргініну-Дарниця» не відмічалось. Випадків декомпенсації ЦД або необхідності в підвищенні доз протидіабетичних препаратів не було. У 5 хворих, що мали ожиріння, спостерігалось зниження маси тіла на 7-10%. Виявлена дисліпідемія була пов'язана з інсулінорезистентністю, що підтверджено підвищеним рівнем HbA1c. Ожиріння, інсулінорезистентність, гіперінсулінемія та дисліпідемія зі зниженням рівня ЛПВЩ та підвищенням ТГ є класичними ознаками метаболічного синдрому, який в свою чергу являється встановленим фактором ризику артеріальної гіпертензії та серцево-судинних ускладнень. Достовірне зниження рівня HbA1c після прийому «Аргініну-Дарниця» свідчить про підвищення біологічного ефекту інсуліну, тобто про зростання чутливості до нього. Враховуючи те, що біологічний ефект інсуліну здійснюється через його специфічний мембранний рецептор, активація якого залежить від стану фосфоліпідного шару мембрани, можна зробити висновок, що прийом «Аргініну-Дарниця» сприяє зменшенню інсулінорезистентності завдяки стабілізації фосфоліпідного шару мембрани.

Таким чином, «Аргінін-Дарниця» сприятливо впливає на ліпідний спектр крові при тривалій терапії у хворих на ЦД 2 типу з супутнім стеатогепатозом та позитивно впливає на метаболічні процеси в клітинах печінки, сприяє зменшенню інсулінорезистентності завдяки стабілізації фосфоліпідного шару клітинних мембран та може використовуватись при вторинній профілактиці атеросклерозу у зазначеного контингенту хворих.

**Малкович Н.М.**

#### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ПРЕПАРАТУ «НАЗОФЕРОН» ТА ІНГАЛЯЦІЙНОГО ЗАСОБУ «АКК» В ПРОФІЛАКТИЦІ ВІРУСІНДУКОВАНИХ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Профілактика вірусіндукованих загострень хронічних респіраторних захворювань з провідним бронхообструктивним синдромом, - бронхіальної астми (БА), хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), - залишається актуальною проблемою внутрішньої медицини. Продовжується пошук засобів, що здатні позитивно впливати на перебіг гострих респіраторних вірусних захворювань (ГРВЗ), прискорювати їх розрешення, сприяти потенціюванню дії бронхолітичних засобів, зменшувати потребу у застосуванні антибактеріальних засобів і, найголовніше, попереджати індуковане загострення хронічних бронхообструктивних захворювань. Нами було запропоновано застосування вітчизняних препаратів, що безпосередньо доставляються та мають максимально локалізовану дію на слизових оболонках верхніх дихальних шляхів - засобів «Назоферон» та «АКК», що здатні чинити різнопланову протівірусну дію.

Впродовж 2015 року обстежено та проліковано 65 хворих з хронічними бронхообструктивними захворюваннями (БА, ХОЗЛ), що звернулися амбулаторно з клінічною маніфестацією ГРВЗ. Середній вік хворих склав 38±6,5 років. Всім пацієнтам призначені симптоматичні засоби для лікування ГРВІ (жарознижувальні (парацетамол), відхаркувальні, локальні судинорозширювальні препарати). За застосуваннями методами лікування хворі були розподілені на чотири групи: I група (12 хворих) – хворі на БА чи ХОЗЛ, яким з першого дня звернення був призначений «Назоферон» по 3 спрея 6 разів на добу впродовж 3-4 днів; II група (13 пацієнтів) – хворі на БА чи ХОЗЛ з першого дня звернення отримували «АКК» шляхом небулайзерних інгаляцій по 2 мл двічі на добу 5 днів. Пацієнтам III групи (15 досліджуваним) запропонували комбінацію двох



попередніх схем лікування; хворі групи порівняння (20 хворих) отримували традиційну схему лікування ГРВЗ (парацетамол, симптоматичні засоби).

На початку спостереження у всіх обстежуваних спостерігали явища інтоксикаційного синдрому (пітливість, загальна слабкість, лихоманка), кашель різного ступеня вираженості з виділенням харкотиння слизового чи слизово-гнійного характеру або без нього, задишка при звичайному фізичному навантаженні.

У пацієнтів всіх основних груп в порівнянні з хворими групи порівняння спостерігали прискорення регресу інтоксикаційного синдрому, покращення експекторативної. Зокрема, лихоманка припинилась на 2,3 дня раніше, ніж у хворих групи порівняння. Потреба у призначенні антибактеріальних препаратів спостерігалась у 5 хворих (42%) обстежених I групи, 3 пацієнтів (23%) обстежених II групи, у 2 (13%) обстежених III групи. Були госпіталізовані через розвиток загострення БА чи ХОЗЛ 2 (17%) пацієнтів I групи, 2 (15%) хворих II групи та 1 (7%) хворих III групи. Даний ефект може бути пояснений тим, що «Назоферон» доцільно призначати з перших годин вірусної інвазії, його ефективність значно знижується при пізньому початку застосування. «АКК» виявився більш ефективним профілактично-лікувальним засобом, оскільки володіє комбінованою противірусною та інтерферон-індукованою активністю, особливо вираженою при інфікуванні вірусом грипу. Найбільш ефективною виявилась комбінація «Назоферону» та «АКК», особливо у пацієнтів з БА. Слід зазначити, що побічні та небажані явища при застосуванні досліджуваних препаратів практично не спостерігались.

Вважаємо перспективним застосування даної групи препаратів для профілактики вірус індукованих загострень хронічних бронхообструктивних захворювань.

**Малкович Н.М., Микитюк О.П.**

### **ЧАСТОТА НОСІЙСТВА ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Вивчення нових можливих індукуючих факторів розвитку хронічних бронхообструктивних захворювань залишається актуальним. Предметом нашого вивчення стала розповсюдженість носійства вірусу гепатиту С (ВГС) серед пацієнтів зі згаданою патологією. Загальновідомо, що Україна за даними ВООЗ відноситься до країн з середнім рівнем поширеності ВГС, тобто інфікованим є близько 3% громадян країни.

Було обстежено 33 пацієнта зі встановленими діагнозами персистенуючої середньотяжкої частково контрольованої бронхіальної астми (БА) (19 пацієнтів) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) клінічна група С (14 хворих). Вік досліджуваних пацієнтів з БА коливався від 20 до 65 років, з ХОЗЛ – від 40 до 65 років. Визначали Anti-HCV-total (лабораторія Сінево).

Носійство ВГС була виявлена у 4 хворих на БА (21,1%), з них 3 жінки та 1 чоловік; у 2 пацієнтів з ХОЗЛ (14,3%), з них 1 жінка та 1 чоловік. Нашу увагу привернула значно вища розповсюдженість ВГС порівняно із загальною популяцією. Оскільки вік уражених ВГС пацієнтів був від 46 до 65 років, інфікованість можна було пояснити віковим накопиченням вірусного навантаження, в тому числі і ВГС. Тривалість вірусного носійства була невідомою, тому неможливо було її пов'язати з дебютом бронхообструктивного захворювання.

Водночас, погіршення перебігу БА та ХОЗЛ вважаються первинними легеневиими ускладненнями, асоційованими з ВГС [J. Moorman and соaut., 2005]. Даний взаємозв'язок пояснюється ВГС-індукованою імунологічною відповіддю за активної участі Т-клітинної ланки імунітету зі змінами співвідношення CD3<sup>+</sup>лімфоцитів та CD4<sup>+</sup>лімфоцитів [Наследникова І.О. и соaut., 2007], експресією IL-6, IL-8 та NF-κB, розвитком васкуліту [J. Moorman and соaut., 2005].

Подальше вивчення імунологічного профілю, функції зовнішнього дихання, особливостей перебігу даної безперечно коморбідної комбінації, відповіді на пропоноване лікування, в тому числі інгаляційне, пацієнтів з хронічними бронхообструктивними захворюваннями та персистенцією ВГС можна вважати перспективним.

**Мандрик О.Є., Дрозд В.Ю.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ ЗАСОБІВ ГЕПАДИФУ, ЕЗЕТИМІБУ ТА ФОЗИНОПРИЛУ СПРИЯЄ ПОКРАЩЕННЮ ПЕЧІНКОВОГО КРОВООБІГУ ТА ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА НАСГ З ГХ II СТАДІЇ ТА ОЖИРІННЯМ**

*Кафедра внутрішньої медицини,  
клінічної фармакології та професійних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

В останнє десятиріччя відзначається стрімке зростання поширеності неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), який у результаті призводить до цирозу і є найпоширенішим захворюванням печінки, складаючи, за оцінками фахівців, 20-30% у загальній популяції. Існують певні труднощі лікування хворих з асоціацією АГ і ожиріння, зумовлені більш важким перебігом захворювань в умовах коморбідності, необхідністю пошуку компромісів між ефективністю і безпекою препаратів, можливістю лікарських взаємодій з урахуванням функціонального стану печінки, проблемою необхідності використання терапії супроводу.



В ході дослідження за мету ставили вивчити комплексний вплив гепадифу, езетімібу (езетролу) і фозиду (фозиноприлу) на рівень печінкового кровообігу та гемостазу у хворих на НАСГ з ГХ II стадії та ожирінням.

Обстежено 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії й ожирінням I ступеня. Для визначення ефективності лікування було сформовано 2 групи пацієнтів рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння й активністю цитолітичного синдрому. Контрольна група (К) (30 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, есенціале Н по 1 капсулі 3 рази на день (як гепатопротекторний препарат), аторвастатин (аторкор) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та еналаприлу малеат по 10 мг на добу під контролем АТ упродовж 30 днів. Основна група (О) (30 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день, гепадиф (Г) по 1 капсулі 3 рази в день (як гепатопротекторний препарат), езетіміб (Е) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та фозиноприл (Ф) по 10 мг на добу для контролю АТ упродовж 30 днів. Під час дослідження випадків побічної дії ліків не було.

Призначене лікування призвело до зниження ступеня показника глікемії (ПГ) із нормалізацією показників у О групі: усунуто явища спленомегалії у 100% хворих проти 40% у К групі. Дв.в. зменшився на 24,0% (p<0,05) проти 13,5% у К групі (p<0,05), КІ знизився на 39,0% (p<0,05) проти 15,0% (p<0,05). Позитивним був вплив комплексу засобів із включенням Г і на тромбоцитарну ланку гемостазу: в О групі кількість тромбоцитів зросла в 1,9 рази (p<0,05), у К групі – у 1,2 рази (p<0,05). Стимуляція тромбоцитопоезу в О групі, на нашу думку, виникла внаслідок впливу каріітину та вітамінів групи В анаболічної дії, що входять до складу Г.

Лікувальний комплекс із включенням препаратів гепадифу, фозиноприлу та езетімібу, підібраний із врахуванням патогенетичного підходу, вплинув позитивно на тромбоцитарну ланку гемостазу та більшість складових портальної гіпертензії у хворих на НАСГ із ГХ, що підлягли зворотному розвитку.

**Микитюк О.П.**

### **ДЕСИНХРОНОЗ ЯК СКЛАДОВА СУЧАСНОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ - ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСИЇ ВІК-АСОЦІЙОВАНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Основною властивістю живого є факт, що метаболізм та функціонування біологічного годинника є тісно спорідненими, а неузгодженість процесів живлення та активності спричиняють розвиток метаболічних порушень.

У сучасному суспільстві останні 20 років неухильно відзначається тенденція до порушення циркадіанної ритмічності фізіологічних процесів. У людини навіть короткі епізоди порушення циркадіанних аспектів життєдіяльності можуть негативно впливати на стан серцево-судинної системи та процеси обміну речовин. Пролонговане використання телевізорів та комп'ютерів значна кількість дослідників розцінює як фактори ризику розвитку тучності, діабету II типу та метаболічного синдрому з усіма його наслідками.

Значна частка сучасних професій передбачає зайнятість із частковим або повним порушенням режиму сну, внаслідок чого періоди активності /відпочинку та харчування не співпадають із ендогенними циркадіанними ритмами. Оскільки час відходу до сну та прийому їжі є синхронізаторами ряду неврологічних, ендокринних та метаболічних ритмів, з часом циркадіанна неузгодженість спричиняє розвиток десинхронозу, який супроводжується підвищенням ризику розвитку діабету II типу та функцій серцево-судинної системи. Доведено, що систематичне часткове позбавлення сну, поширене наслідок роботи у зміненому режимі, здатне сприяти розвитку порушення толерантності до глюкози та зменшувати чутливість периферійних тканин до інсуліну. Розлади сну вельми поширені у розвинутих країнах. Великі епідеміологічні дослідження показують спорідненість короткої тривалості сну та безсоння із гіпертензією.

Часте порушення режиму сну і відпочинку визнане фактором розвитку надлишкової маси тіла. Експансія жирової маси вважається асоційованою із розвитком особливого прозапального статусу, за якого вражається низка біохімічних процесів організму: активуються вільнорадикальні процеси і пригнічується антиоксидантний захист; стимулюються процеси атерогенезу, остеопороз тощо. Така маловиражена системна запальна відповідь, яка характеризує тучність, розвивається у напрямку ряду дисфункцій: інсулінорезистентність, діабет 2 типу, дисліпідемія, АГ, коронарні та судинні порушення і іноді- активація пухлинного росту.

Отже, стає дедалі актуальнішим запитання, чи є відмінності щодо ризику розвитку кардіометаболічних ускладнень у людей старшого віку, що страждають на порушення сну та тих, хто змушений працювати у режимі зміненого фотоперіоду тривалий час; а також важливим є питання про те, впродовж якого часу розвиваються зазначені зміни і який саме режим зміненого освітлення є найбільш несприятливим для людини. Доречно окремо оцінювати клініко-патогенетичні особливості перебігу ряду захворювань у хворих, що змушені систематично перебувати під впливом зміненого фотоперіоду.