

позволяєт досягти компенсації кровообігу, підвищення ЛПИ до 78%, що дозволяєт уникнути трофічних змін в нижніх кінцівках.

ОЦІНКА ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ, РИЗИКУ ПЕРЕЛОМІВ ТА ДЕЗОКСИПІРИДИНОЛІНУ СЕЧІ У ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

Бородавко О.І.

Науковий керівник: д.мед.н. проф. Кривенко В.І.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра сімейної медицини, терапії і кардіології ФПО

Мета дослідження: дослідити щільність кісткової тканини (ЩКТ), ризик переломів (РП) та дезоксипіридинолін сечі (ДПІД) у осіб працездатного віку, які постійно проживають в умовах промислового регіону. Матеріали і методи: обстежено 49 осіб, які проживають у місті Запоріжжя, віком від 50 до 65 років. Стан ЩКТ визначали за допомогою ультразвукового денситометра Omnisense 7000. Десятирічний РП визначали за допомогою моделі алгоритмів FRAX та Q-fracture. Рівень ДПІД визначали у ранковій сечі імуноферментним методом на автоматичному хемілюмінесцентному аналізаторі Immulite 1000. Статистична обробка даних проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (StatSoft Inc, США). Результати: 50% пацієнтів мали остеопороз, 24% - остеопенію. Підвищення рівня ДПІД зареєстровано у 88%. Пацієнти з нормальною ЩКТ також мали підвищення ДПІД. У групі з остеопорозом ДПІД сечі достовірно вище у порівнянні з пацієнтами з нормальною щільністю кісткової тканини. Т-індекс на променевої кістці корелює з ризиком переломів FRAX Total (R= -0,38), Q-fracture Total (R= -0,41). Т-індекс фаланги асоціюється з FRAX Total (R= -0,38), Q-fracture Total (R= -0,37), FRAX Hip (R= -0,32), Q-fracture Hip (R= -0,29). ДПІД має зворотній зв'язок з ризиком переломів FRAX Total (R= -0,41), Q-fracture Total (R= -0,42) і зворотній з Т-індексом променевої кістки (R= -0,42). Висновки: ДПІД є доклінічним маркером ураження кісткової тканини. Підвищення рівня ДПІД асоціюється зі зниженням ЩКТ та підвищенням ризику переломів.

ОСОБЛИВОСТІ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКЛЕРОКАЛЬЦИНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Борота Д.С., Качан І.С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Кривенко В.І.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета: оцінити мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) та ризик остеопорозних (ОП) переломів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) та склерозом/кальцинозом аортального клапана (АК). Матеріали і методи: Обстежено 105 пацієнтів з ГХ, 59% - чоловіки, середній вік – 64±8 років. Наявність кальцинозу, склерозу клапанів серця визначали за даними ЕХО-КС, ступінь кальцинозу оцінювали за напівкількісною шкалою як незначний, помірний та виражений. За даними ЕХО-КС усі обстежені були розподілені на 5 категорій у залежності від стану клапанного апарату серця: 1 категорія – з нормальною структурою клапанів серця (24%), 2 – з склерозом стулок АК (30%), 3 – із незначним (14%), 4 – із помірним (21%) та 5 – з вираженим кальцинозом АК (11%). Ступінь порушення МЩКТ визначали методом УЗ-денситометрії на апараті «Omnisense 7000» в області фаланги пальця кисті, променевої і великогомілкової кісток. Діагностика ОП здійснювалася відповідно до критеріїв ВООЗ. Ступінь порушення МЩКТ визначали за Т-критерієм. Оцінка 10-річного ризику ОП переломів проводилась за допомогою програмного інструменту апарату «Omnisense 7000». Результати: За даними УЗ-денситометрії, остеопороз було виявлено у 34% пацієнтів, остеопенію – у 44% і нормальну МЩКТ – у 26% пацієнтів. За даними гамма-кореляційного аналізу, було виявлено достовірний зворотній зв'язок між МЩКТ (Т-критерієм в області фаланги пальця) та ступенем кальцинозу клапанів серця (R= -0,2, p<0,05), достовірний прямий зв'язок між 10-річним ризиком ОП переломів (в області фаланги - R= 0,5, p<0,05, променевої - R= 0,34, p<0,05 та великогомілкової кісток - R= 0,5, p<0,05) та ступенем кальцинозу клапанів серця. Частота ОП була достовірно вищою у пацієнтів зі склерокальцинозом АК (R= 4,9, p=0,02). Висновки: У пацієнтів з ГХ ступінь кальцинозу АК

пов'язаний з Т-критерієм та ризиком ОП переломів, частота остеопорозу у пацієнтів зі склерокальцинозом АК вища на відміну від тих, що мають нормальну ехоструктуру АК.

ВИДОВОЙ СОСТАВ МИКРОБИОТЫ КОЖИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Вакула Д.А.

Научный руководитель: д. мед.н., проф. Недельская С.Н.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской педиатрии

Цель. Изучить видовой состав микробиоты на пораженных участках кожидетей с атопическим дерматитом (АД) и её влияние на рН кожи. Материалы и методы. Обследовано 15 детей (с 3 мес. до 15 лет) с обострением АД, группа контроля – 7 человек без кожного синдрома. У всех детей изучалась микробиота кожи. Материал (соскоб с кожи) заседали на плотную среду Сабуро и кровяной агардвукратно. Параллельно измеряли рН кожи. Результаты. Нетипичные по своей морфологии и локализации для АД высыпания на коже определялись у 60% детей (n = 9), изменения рН кожи (<5,6 и >5,8) имели 46% больных (n = 7). Результаты посевов показали, что у 53% пациентов с АД (n = 8) имела место массивная или умеренная контаминация бактериями. Наиболее часто высеваемым микроорганизмом был *S.aureus* (62,5%), реже *S.epidermidis* (25%) и *E.faecalis* (12,5%). У 43% детей без АД определяется скудный рост *S.epidermidis*, что является нормофлорой. У 27% детей с АД (n = 4) отмечался рост *C.albicans*, из них у 75% с изменениями рН кожи (среднее – 6,03 +/- 0,98) и 25% без изменений рН, однако все эти дети имели нетипичные высыпания для АД. Выводы. Нетипичные по своей морфологии и локализации высыпания кожи при АД требуют микробиологического исследования. Часто кандидоз кожи коррелирует с изменениями рН, что можно считать косвенным маркером вторичного грибкового инфицирования. Рекомендуем для своевременной диагностики вторичного инфицирования кожи у детей с АД в объем обязательного обследования включить контроль микробиоты кожи.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА ПРИ НАЯВНОСТІ БЛОКАДИ ЛІВОЇ НІЖКИ ПУЧКА ГІСА

Валецький М.І.

Наукові керівники: д.мед.н., проф. Сиволап В.Д., к.мед.н., ас. Земляний Я.В.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра внутрішніх хвороб 1

Мета дослідження: оцінити структурно-функціональні особливості серця у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда (ГІМ) при наявності блокади лівої ніжки пучка Гіса (БЛНПГ). Матеріали та методи. Обстежено 95 хворих, які були розподілено на три групи: 40 пацієнтів з ГІМ та БЛНПГ, 20 хворих на ГІМ без БЛНПГ, 35 пацієнтів з нестабільною стенокардією та БЛНПГ. Пацієнтам проведена двомірна ехокардіографія на апараті "MyLab50" ("Esaote", Італія) за рекомендаціями Європейського кардіологічного товариства. ГІМ діагностовано при наявності клінічних ознак і ішемічного больового синдрому на тлі вперше виявленої БЛНПГ, динаміки рівнів трононіну I, змін на ЕКГ та ультразвукових досліджень. БЛНПГ встановлена за допомогою ЕКГ на основі рекомендацій асоціації кардіологів України. Отримані результати. У хворих на ГІМ в поєднанні з БЛНПГ спостерігалось потовщення задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ) (на 9,6%; p<0,05), збільшення індекса маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) (на 11,2%; p<0,05), швидкості раннього діастолічного наповнення мітрального клапана (MVE) (на 18,3%; p<0,05) та систолічного тиску в легеневій артерії (систТЛА) (на 23,1%; p<0,05) порівняно з пацієнтами з ГІМ без БЛНПГ. Пацієнти з ГІМ та БЛНПГ в порівнянні з хворими на нестабільну стенокардію з БЛНПГ мали нижчу фракцію викиду (на 27,3%; p<0,05), більші кінцево-діастолічний (на 22,2%; p<0,05), кінцево-систолічний (на 20,9%; p<0,05) розміри, ІММЛШ (на 17,4%; p<0,05), діаметр лівого передсердя (на 9,7%; p<0,05) та більший систТЛА (на 18,9%; p<0,05). У хворих, що перенесли ГІМ з БЛНПГ, переважно спостерігалась ексцентрична гіпертрофія (87,5%) та тип діастолічної дисфункції з порушенням релаксації (42,5%). Висновки. Хворим на ГІМ при наявності БЛНПГ притаманна ексцентрична гіпертрофія з дилатацією лівих камер серця і потовщення ЗСЛШ та підвищення систолічного тиску в легеневій артерії.