

явності вузлів на матці показані онкопрофогляди, УЗД кожні 6 міс., фітотерапія, терапія негормональними та гормональними препаратами.

### Висновки

1. Проблема низької ефективності профілактичних заходів лейоміоми матки пов'язана з відсутністю її етіологічної спрямованості, недостатнім розумінням ключових механізмів утворення пухлинного процесу та його росту як мультифакторної патології, у генезі переважної більшості яких лежать складні взаємодіючі між генетичними (поліморфізм численних генів) і середовищними чинниками. Наявність поліморфних алелів генів є спадковою схильністю та факторами ризику лейоміоми матки.

2. Первинна мутація міоцита є наслідком порушення тканинного гомеостазу, який підтримується збалансованим метаболічним процесом між клітинною проліферацією й апоптозом, що перебігає за активної участі кальцію, магнію, марганцю, цинку, заліза.

Етапна профілактика виникнення та росту лейоміоми, особливо проліферативного типу, залежно від періоду життя жінки є доцільною та патогенетично обґрунтованою.

Перспективою подальших розробок буде поглиблене вивчення патогенетичних механізмів виникнення лейоміоми матки при порушеннях у системі гемостазу.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бизова Т. Е. Сучасні уявлення про патогенез лейоміоми матки / Т. Е. Бизова, О. Ю. Севостьянова // Вісник української медичної науки. – 2008. – № 2. – С. 34–38.

2. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е. М. Вихляева. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.

3. Ищенко А. И. Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение / А. И. Ищенко, М. А. Ботвин, В. И. Ланчинский. – М.: Изд. дом Видар, 2010. – С. 6–9; 19–27.

4. Определение роли коллагена IV типа в патогенезе миомы матки / С. В. Савельев, С. Н. Буянова, Е. Л. Бабунашвили, М. В. Мгелиашвили // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – Т. 5, N 4. – С. 7–10.

5. Особенности метаболизма и полиморфизм генов второй фазы детоксикации ксенобиотиков у женщин с бесплодием / А. В. Лабыгина, Е. Е. Ступко, И. С. Вяткина [и др.] // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 7. – С. 78–87.

6. Самойлова Т. Е. Неоперативные методы лечения миомы матки / Т. Е. Самойлова // Лечащий врач. – 2010. – № 3. – С. 53–60.

7. Fuji S. Uterine Leiomyoma: pathogenesis and threthmant text / S. Fudji // Nippon Sanka Fujinka Lasshi. – 1992. – Vol. 44, N 8. – P. 994–999.

8. Willian H. P. Etiology, symptomatology and diagnosis of uterine myo-

mas / H. P. Willian // Fertil Steril. – 2007. – Vol. 87. – P. 725–736.

### REFERENCES

1. Bizova T.E., Sevost'anova O.Yu. Modern representations about pathogenesis of the uterine leiomyoma. *Visnyk ukr. med. nauki* 2008; 2: 34-38.

2. Vikhlaeva E.M. *Rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu leyomiomy matki* [Management on diagnostics and treatment of the uterine leiomyoma]. Moscow, MEDpress-inform, 2004. 400 p.

3. Ischenko A.I., Botvin M.A., Lan-chinskiy V.I. *Mioma matki: etiologia, patogenes, diagnostika, lechenie* [Uterine myoma: an aetiology, pathogenesis, diagnostics, treatment]. Moscow, Izdatel'skiy dom Vidar, 2010, p. 6-9; 19-27.

4. Savel'ev S.V., Buianov S.N., Babunashvili E.L., Mgeliasvili M.V. Definition of a role of collagen of IV type in a pathogenesis of uterine myoma. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa* 2005; 5 (4): 7-10.

5. Labygina A.V., Stupko E.E., Vyatkina I.S. et al. Features of metabolism and polymorphism of genes of the second phase of detoxification of xenobiotics at women with infertility. *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal* 2013; 7: 78-87.

6. Samoilova T.E. Not operative methods of treatment of a myoma of a uterus. *Lechashchiy vrach* 2010; 3: 53-60.

7. Fuji S. Uterine leiomyoma: pathogenesis and threthmant text. *Nippon Sanka Fujinka Lasshi* 1992; 44 (8): 994-999.

8. Willian H.P. Etiology, symptomatology and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril*. 2007; 87: 725-736.

Надійшла 11.09.2014

УДК 616.12-009.72-06:616.89-008]-085

Н. А. Золотарьова, О. В. Соломко

## ДИНАМІКА ПСИХІЧНОГО КОМПОНЕНТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУЖЕННЯ ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.12-009.72-06:616.89-008]-085

Н. А. Золотарева, Е. В. Соломко

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Результаты исследования динамики показателей психического здоровья качества жизни у больных стабильной стенокардией по опроснику SF-36 под влиянием комбинированной гиполлипидемической терапии показали, что только у больных, получавших статины и фибрат, отсутст-



вовала позитивна динаміка показателя соціального функціонування, а також наметилась негативна тенденція показателя емоціонального функціонування і психического здоров'я. Это было обусловлено возрастанием тревожности и депрессивных состояний у ряда пациентов данной группы. Такая динамика не позволила достичь должного уровня качества жизни по шкалам психического здоровья и, соответственно, высокого уровня интегрального показателя психического здоровья, который значимо не изменился ( $p=0,59$ ). Таким образом, увеличение побочных эффектов при использовании комбинированной гиполлипидемической терапии, в том числе рост депрессивных и тревожных расстройств, в соответствии с результатами изучения качества жизни требует использования дополнительных методов влияния для коррекции данных нарушений.

**Ключевые слова:** стенокардия, гиполлипидемическая терапия, качество жизни.

**UDC 616.12-009.72-06:616.89-008]-085**

**N. A. Zolotariova, O. V. Solomko**

### **DYNAMICS OF THE MENTAL COMPONENT OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA PECTORIS UNDER THE INFLUENCE OF COMBINATION LIPID-LOWERING THERAPY**

*The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine*

**Introduction.** According to current recommendations, lipid-lowering therapy is considered as base for treatment of atherosclerosis. Statins are recognized leaders in lipid-lowering effects, however their impact on high-density lipoproteins is insignificant. Fibrates, on the contrary, have a more positive impact on this factor, as well as on triglycerides, for which reason it seems reasonable to use a combination of statins and fibrates. This combination is rarely used in medical practice though for fear of increased side effects and reduced quality of life in the patients.

**The research objective** — is to study the impact of the combination lipid-lowering therapy on mental health indicators of the quality of life in patients with stable angina pectoris.

**Materials and methods.** The study involved 64 patients with stable angina, mean age ( $58.52 \pm 1.53$ ) years. Group I ( $n=32$ ) received a standard set of medications for patients with stable angina accompanied by atorvastatin 20 mg daily; group II received atorvastatin in a reduced dose of 10 mg per day and fenofibrate in a dose of 145 mg per day. The patients subjectively assessed their condition using the MOS SF-36 questionnaire.

**Result and conclusions.** While there were improvements marked on the mental health scales by patients receiving atorvastatin in combination therapy, the integral mental health indicator did not change ( $p=0.98$ ). A tendency towards reduced indicators of emotional role functioning and mental health along with increased anxiety and depression was only observed in patients receiving a combination therapy with statins and fibrates. This made it impossible to achieve adequate levels of quality of life under the scales for mental health and the integral mental health indicator, which did not change significantly ( $p=0.59$ ). The above prompts introduction of additional methods of influence to correct the mentioned abnormalities.

**Key words:** stable angina, lipid-lowering therapy, quality of life.

Захворювання серцево-судинної системи, за даними Укрмедстату, зумовлюють до 62,5 % випадків смертей в Україні, а ішемічна хвороба серця (ІХС) та інші форми атеросклерозу посідають позиції лідерів [1]. Відповідно до європейських та українських рекомендацій, саме гіполіпідемічна терапія вважається базовою у лікуванні головної причини ІХС — атеросклерозу [2]. Як відомо, лідерами гіполіпідемічних ефектів вважаються статини [3], однак монотерапія, навіть у режимі досить високих доз, не завжди дозволяє досягти цільових рівнів ліпідів, унаслідок чого виникає проблема залишкового серцево-судинного ризику [4].

Останні дослідження у галузі ліпідології свідчать про те, що гіперхолестеринемія та збільшення ліпопротеїдів низької

щільності є не єдиними механізмами, що провокують атерогенез. Отримані переконливі дані про те, що зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності, які беруть участь у перенесенні холестерину із тканин назад у печінку, сприяє атерогенності крові і є незалежним фактором ризику ІХС [5]. Однак дія статинів на ліпопротеїди високої щільності не настільки значна, як на інші атерогенні фракції. Більш істотно цей вплив виражений у класу фібратів, до того ж їх вплив на тригліцериди значно сильніший [6]. У зв'язку з цим особливо актуальним є застосування комбінації статинів і фібратів, але необхідно відзначити, що, незважаючи на позитивні результати такої комбінованої терапії, у практичній медицині вона використовується рідко внаслідок побоювання зрос-

тання побічних ефектів і як результат цього — зниження якості життя (ЯЖ) пацієнтів.

Як відомо, у медицині ЯЖ — це рівень благополуччя і задоволення тими сторонами життя, на які впливають хвороба та її лікування [7]. Також відомо, що у хворих на стабільну стенокардію ЯЖ досить низька, тому однією з цілей лікування є саме її підвищення.

**Мета** дослідження — вивчення особливостей впливу комбінованої ліпідокоригувальної терапії на показники психічного здоров'я ЯЖ у хворих на стабільну стенокардію.

#### **Матеріали та методи дослідження**

Обстежено 64 хворих на ІХС (стабільна стенокардія I–III функціональних класів), середнім віком ( $58,52 \pm 1,53$ ) року, розділених на дві групи: I гру-



па отримувала стандартний медикаментозний комплекс для хворих на стабільну стенокардію (аспірин 100 мг на добу, бісопролол 2,5–10 мг на добу), короткодійчі нітрати (нітрогліцерин), за наявності показань — лізиноприл 2,5–20 мг на добу), до якого долучався аторвастатин у дозі 20 мг на добу; II група з метою гіполіпідемічної терапії застосовувала аторвастатин у зменшеній дозі — 10 мг на добу та фенофібрат у дозі 145 мг на добу. Середній термін лікування становив  $(39,82 \pm 0,81)$  доби.

Суб'єктивна оцінка хворими свого стану проводилася з використанням короткої версії опитувальника MOS SF-36, призначеного для кардіологічної групи хворих [8], що включає в себе вимірювання загального здоров'я, у тому числі його психічного аспекта. Використовувалася російськомовна версія, розроблена дослідниками Міжнародного центру досліджень якості життя (Санкт-Петербург, 1998) [9]. Вивчалися такі показники психічного здоров'я: життєздатність (VT), соціальне функціонування (SF), емоційне функціонування (RE), психічне здоров'я (MH), інтегральний показник психічного здоров'я (ІППЗ).

Отриманий матеріал обробляли з використанням статистичної програми Statistica 7.0. Усі дані були піддані обробці методом варіаційної статистики з використанням t-критерію Стьюдента і подані як середнє значення і помилка середнього ( $M \pm m$ ). Відмінності між параметрами вважалися вірогідними у діапазоні  $p < 0,05$ .

### Результати дослідження та їх обговорення

Порівняльний аналіз отриманих результатів анкетування до та після лікування дав неоднозначні результати. Так, показники психічного здоров'я, що вивчалися, продемонстрували таке: показник VT (життєздатність) мав значущу пози-

тивну динаміку ( $p < 0,05$ ), показники рольового емоційного функціонування RE та психічного здоров'я MH не змінилися ( $p > 0,05$ ), а ЯЖ за шкалою соціального функціонування SF вірогідно знизилася від  $(68,36 \pm 3,32)$  до  $(62,89 \pm 3,91)$  бала ( $p = 0,041$ ). Усе ж необхідно відзначити, що даний показник після лікування перевищував 60-бальний бар'єр, що свідчило про його задовільний рівень у хворих даної категорії. Таким чином, хоча й були відзначені деякі позитивні зрушення за шкалами психічного здоров'я, у хворих з аторвастатином у комплексній терапії інтегральний показник психічного здоров'я не змінився ( $p = 0,98$ ). Значення отриманих показників подано у табл. 1.

Результати аналізу анкетування хворих, що отримували комбіновану терапію статином і фібратом, наводяться у табл. 2. Відмічалася високовірогідне ( $p = 0,001$ ) покращання показника життєздатності VT, але при цьому за відсутності позитивної динаміки показника соціального функціонування SF також намітилася негативна тенденція щодо емоційного функціонування RE ( $p = 0,9$ )

та психічного здоров'я MH ( $p = 0,58$ ). Більш детальний аналіз причин такої негативної тенденції показав, що вона була зумовлена зростанням тривожності та депресивних станів у деяких пацієнтів даної групи. Внаслідок цього інтегральний показник психічного здоров'я також вірогідно не змінився ( $p = 0,59$ ).

Порівнювальним міжгруповим аналізом встановлено, що хоча показник життєздатності VT більше підвищився у хворих I групи, а за іншими показниками значущої міжгрупової різниці не спостерігалось ( $p > 0,05$ ), необхідно відмітити тенденцію до зниження показників рольового емоційного функціонування RE та психічного здоров'я MH тільки у хворих II групи. Таким чином, можна стверджувати, що у хворих, які отримували статин і фібрат, відбулося погіршення емоційної сфери. Хоча ці зміни й були вираженими лише у кількох хворих, невелика їх загальна кількість не дозволила досягти значущої міжгрупової різниці.

### Висновки

1. Тенденція до зростання тривожності та депресії у хво-

Таблиця 1

Динаміка показників психічного здоров'я у хворих I групи, бали,  $M \pm m$ ,  $n=32$

Показник	До лікування	Після лікування	p
VT	$44,84 \pm 2,51$	$47,34 \pm 2,44$	0,03
SF	$68,36 \pm 3,32$	$62,89 \pm 3,91$	0,04
RE	$47,92 \pm 8,46$	$48,96 \pm 8,60$	0,82
MH	$54,63 \pm 2,49$	$56,38 \pm 2,07$	0,15
ІППЗ	$53,94 \pm 3,63$	$53,89 \pm 3,61$	0,98

Таблиця 2

Динаміка показників психічного здоров'я у хворих II групи, бали,  $M \pm m$ ,  $n=32$

Показник	До лікування	Після лікування	p
VT	$50,31 \pm 2,79$	$57,81 \pm 2,19$	0,001
SF	$61,33 \pm 3,74$	$61,33 \pm 3,57$	1,00
RE	$50,00 \pm 7,48$	$48,96 \pm 7,77$	0,90
MH	$58,75 \pm 2,27$	$57,75 \pm 2,74$	0,58
ІППЗ	$55,10 \pm 2,62$	$56,46 \pm 3,00$	0,59





рих, що отримували комбіновану гіполіпідемічну терапію статинами та фібратами, не дозволили досягти належного рівня якості життя за шкалами психічного здоров'я, що, у свою чергу, не дозволило досягти високого рівня інтегрального показника якості життя.

2. Збільшення побічних ефектів при використанні комбінованої терапії статинами та фібратами, у тому числі зростання депресивних і тривожних розладів, відповідно до результатів вивчення якості життя, потребує введення додаткових методів впливу для корекції даних порушень.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко В. М. Інноваційні наукові технології і пріоритети в кардіології / В. М. Коваленко // Журнал НАМН України. – 2011. – № 1. – С. 7–10.

2. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини : Наказ МОЗ України № 816 від 23.11.2011 р. // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2012. – № 1. – С. 60–69.

3. *Statins for the primary prevention of cardiovascular disease* [Electronic resource] / F. Taylor, K. Ward, T. H. Moore [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2011. – CD004816. – Режим доступу : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004816.pub4/full>.

4. Niu Y. G. Very-low-density lipoprotein: complex particles in cardiac energy metabolism [Electronic resource] / Y. G. Niu, R. D. Evans // *J. Lipids.* – 2011. – Access mode : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21773049>.

5. *Preventing cardiovascular disease among Canadians: what are the potential benefits of treating hypertension or dyslipidemia?* / S. A. Grover, L. Coupal, M. Kaouache, I. Lowensteyn // *Can. J. Cardiol.* – 2007. – Vol. 23 (6). – P. 467–473.

6. Seth Loomba R. Fibrates: where are we now? / R. Seth Loomba, R. Arora // *Ther. Adv. Cardiovasc. Dis.* – 2009. – Vol. 3 (1). – P. 91–96.

7. Ягєнський А. В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А. В. Ягєнський, І. М. Сікарчук // *Внутренняя медицина.* – 2007. – № 3. – С. 57–62.

8. Jenkinson C. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // *BMJ.* – 1993. – Vol. 306 (6890). – P. 1437–1440.

9. *Информация о международном центре исследования качества жизни* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.quality-life.ru/ocentre.php>.

10. *approval and implementation of medical and technological documents on standardization of medical care based on evidence-based medicine.* [Text] *Collection of policy papers on Health* 2012; 1: 60-69.

11. Taylor F., Ward K., Moore T.H., Burke M., Davey Smith G., Casas J.P., Ebrahim S. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 1. Art. No: CD004816. DOI:10.1002/14651858.CD004816.pub3.

12. Niu Y.G., Evans R.D. Very-low-density lipoprotein: complex particles in cardiac energy metabolism. *Journal of Lipid Research* 2011; Article ID 189876, 9 pages.

13. Grover S.A., Coupal L., Kaouache M., Lowensteyn I. Preventing cardiovascular disease among Canadians: what are the potential benefits of treating hypertension or dyslipidemia? *Can. J. Cardiol.* 2007; 23 (6): 467-473.

14. Seth Loomba R., Arora R. Fibrates: where are we now? *Ther. Adv. Cardiovasc. Dis.* 2009; 3 (1): 91-96.

15. Yagensky A.V., Sikarchuk I.M. Assessment of quality of life in modern medical practice. *Internal Medicine* 2007; 3: 57-62.

16. Jenkinson C., Coulter A., Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ* 1993; 306 (6890): 1437-1440.

17. Information about the International Centre Quality of Life Research [Electronic resource]. Access mode: <http://www.quality-life.ru/ocentre.php>.

#### REFERENCES

1. Kovalenko V.M. Innovative science and technology priorities in cardiology. *Journal NAMS of Ukrain* 2011; 1: 7-10.

2. Decree of the Ministry of Health Ukraine N 816 of 23.11.2011 p. On

approval and implementation of medical and technological documents on standardization of medical care based on evidence-based medicine. [Text] *Collection of policy papers on Health* 2012; 1: 60-69.

3. Taylor F., Ward K., Moore T.H., Burke M., Davey Smith G., Casas J.P., Ebrahim S. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 1. Art. No: CD004816. DOI:10.1002/14651858.CD004816.pub3.

4. Niu Y.G., Evans R.D. Very-low-density lipoprotein: complex particles in cardiac energy metabolism. *Journal of Lipid Research* 2011; Article ID 189876, 9 pages.

5. Grover S.A., Coupal L., Kaouache M., Lowensteyn I. Preventing cardiovascular disease among Canadians: what are the potential benefits of treating hypertension or dyslipidemia? *Can. J. Cardiol.* 2007; 23 (6): 467-473.

6. Seth Loomba R., Arora R. Fibrates: where are we now? *Ther. Adv. Cardiovasc. Dis.* 2009; 3 (1): 91-96.

7. Yagensky A.V., Sikarchuk I.M. Assessment of quality of life in modern medical practice. *Internal Medicine* 2007; 3: 57-62.

8. Jenkinson C., Coulter A., Wright L. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ* 1993; 306 (6890): 1437-1440.

9. Information about the International Centre Quality of Life Research [Electronic resource]. Access mode: <http://www.quality-life.ru/ocentre.php>.

Надійшла 1.10.2014

УДК 577.15+547.466.64+613.952+618.333

З. Р. Кочерга, Г. М. Ерстенюк

## ОСОБЛИВОСТІ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ ГЛУТАТІОНОВОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПЛОДА

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,  
Івано-Франківськ, Україна

УДК 577.15+547.466.64+613.952+618.333

З. Р. Кочерга, Г. М. Эрстенюк

### ОСОБЕННОСТИ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ГЛУТАТИОНОВОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», Ивано-Франковск, Украина

У 52 здоровых новорожденных и 56 новорожденных с синдромом задержки внутриутробного развития (ЗВУР) изучено функциональное состояние ферментативной системы детоксикации ксенобиотиков. В состав системы входят восстановленный глутатион и ферменты, которые обес-

