

ВИСНОВКИ 1. За результатами дослідження у вихованців ДНЗ віком від 4 до 5 років встановлені різні типи загальних неспецифічних адаптаційних реакцій: реакція тренування – у 7,4 %, спокійно активації – у 20,5 %, підвищено активації – у 35,2 %, переактивації – у 36,9 % дітей. Стрес-реакція у обстежених дітей не виявлена.

2. Лише у близько половини дітей (55,7 %) активність захисних систем відповідає оптимальному рівню захисно відповіді організму.

3. Майже у третини дітей діагностовано напруження адаптаційних реакцій, що є передумовою виникнення патологічних процесів в організмі.

4. У 93,4 % дітей клінічні огляди виявили порушення різних органів і систем.

5. Найпоширенішими патологіями серед організованих дітей старшого дошкільного віку є поверхневий та глибокий карієс, ЛОР-захворювання, ортопедична патологія.

6. У всіх групах захворювань були встановлені адаптаційні реакції різних типів, однак найбільша кількість несприятливих реакцій спостерігалась у дітей з хірургічними захворюваннями, лімфаденопатією та дискінезією жовчовивідних шляхів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкін Ю.Г. Діагностика порушень адаптації у дітей шкільного віку, які постійно мешкають в умовах дії малих доз іонізуючих випромінювань / Ю.Г. Антипкін, Л.В. Квашніна, М.І. Величко // Український медичний часопис. – 2000. – № 1 (15). – С. 57-60.

2. Богуцька Т.О. Психофізіологічна готовність дошкільників до навчання в школі: Автореф. дис. ... канд. біол. наук: спец. 03.00.13 / Т.О. Богуцька. – К., 1998. – 19 с.

3. Гаркави Л.Х. Поняття здоров'я з позиції теорії неспецифічних адаптаційних реакцій організму / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакіна // Валеологія. – 1996. – № 2. – С. 15-20.

4. Захарова Н.М. Адаптація дітей до дитячого садка / Н.М. Захарова // Дошкільне виховання. – 2006. – № 4. – С. 8-11.

5. Квашніна Л.В. Своєчасна діагностика здоров'я дітей: оцінка адаптаційних можливостей / Л.В. Квашніна, Ю.А. Маковкіна // Мистецтво лікування. – 2005. – № 10. – С. 28-30.

6. Кузнецова М.Н. Особенности физического развития и двигательной активности дошкольников / М.Н. Кузнецова, С.В. Хрущев, С.Д. Поляков // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 34-36.

7. Лукьянова Е.М. Медицинские и педагогические аспекты проблемы сохранения здоровья детей / Е.М. Лукьянова // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 9, № 3. – С. 6-9.

8. Радченко О.М. Тривожність та тип загально неспецифічно адаптаційної реакції у хворих з внутрішньою патологією / О.М. Радченко // Український вісник психоневрології. – 2003. – Т.11. – Вип. 2 (35). – С. 60-62.

9. Реціков В.А. Особливості стану здоров'я дітей 4-6 років в умовах промислового регіону на сучасному етапі / В.А. Реціков // Український морфологічний альманах. – 2007. – № 3. – С. 123-124.

10. Стан адаптаційних реакцій у дітей з гастродуоденальною патологією / [О.В. Тяжка, Н.В. Подгорна, Л.В. Бондаренко, Г.М. Порядков] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 1. – С. 20-24.

11. Степаненко Т.І. Моніторинг стану здоров'я дітей дошкільного віку, що часто хворіють на гострі респіраторні захворювання, та удосконалення програми реабілітації: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. "Педіатрія" 14.01.10 / Т.І. Степаненко. – К., 2001. – 20 с.

УДК 61 (063) (4)

Швед М.І., Липовецька С.Й.

НОВИНИ З ЄВРОПЕЙСЬКОГО КОНГРЕСУ КАРДІОЛОГІВ (БАРСЕЛОНА, 2009 Р.)

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

НОВИНИ З ЄВРОПЕЙСЬКОГО КОНГРЕСУ КАРДІОЛОГІВ (БАРСЕЛОНА, 2009 р.) – Розглянуто результати останніх клінічних рандомізованих досліджень. Представлено основні положення нових практичних рекомендацій із оцінки серцево-судинного ризику в доопераційний період і ведення пацієнтів з оперативними втручаннями різних локалізацій, непов'язаних із серцем, та з діагностики і лікування легеневої гіпертензії.

НОВОСТИ С ЭВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА КАРДИОЛОГОВ (БАРСЕЛОНА, 2009 г.) – Рассмотрены результаты последних клинических рандомизированных исследований. Поданы основные положения новых практических рекомендаций по оценке сердечно-сосудистого риска в дооперационном периоде и ведению пациентов с оперативными вмешательствами различных локализаций, не связанных с сердцем, и по диагностике, лечению легочной гипертензии.

NEWS FROM CONGRESS OF EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGISTS (BARCELONA, 2009) – Last results of clinical trials were considered. New practical guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery, diagnosis and treatment of pulmonary hypertension were discussed.

Ключові слова: легенева гіпертензія, серцево-судинний ризик.

Ключевые слова: легочная гипертензия, сердечно-сосудистый риск.

Key words: pulmonary hypertension, cardiac risk.

З 29 серпня по 2 вересня 2009 року у Барселоні проходив щорічний конгрес Європейського товариства кардіологів. У конгресі взяли участь 23 538 делегатів, які розмовляли на 136 мовах. На конгресі було представлено 4 нових практичних рекомендацій:

– рекомендації з профілактики, діагностики та лікування інфекційного ендокардиту;

– рекомендації із оцінки серцево-судинного ризику в доопераційний період і ведення пацієнтів з оперативними втручаннями різних локалізацій, непов'язаних з серцем;

– рекомендації з діагностики і лікування легеневої гіпертензії;

– рекомендації з діагностики і лікування синкопальних станів.

Уперше представлено простий алгоритм оцінки серцево-судинного ризику в доопераційний період і ведення пацієнтів з оперативними втручаннями різних локалізацій, непов'язаних із серцем, який складається з 7 кроків (рис.1) [4].

Нестабільна кардіальна ситуація передбачає такі клінічні стани, як: нестабільна стенокардія (НС), гостра серцева недостатність (СН), тяжкі аритмії, захворювання клапанів (симптомні), інфаркт міокарда (ІМ) в анамнезі, залишкова ішемія.

Для оцінки функціонально здатності пацієнта, використовують метаболічні еквіваленти (МЕТ). Від 1-4 МЕТ хворий отримує за умови, якщо він може самостійно піклуватися про себе ((сти, вдягатись, відвідувати туалет), прогулюватись на вулиці навколо будинку, йти по рівному 100 м із розрахунку 3-5 км на год). Від 4-10 МЕТ отримує, якщо: може йти вгору, пробігти коротку відстань, робити тяжку роботу біля будинку, наприклад, мити підлогу, носити меблі тощо, займатись спортом (плавання, теніс, футбол, баскетбол).

Кардіальні фактори ризику це – стенокардія, післяінфарктний кардіосклероз, СН, інсульт, транзиторна ішемічна атака, ниркова дисфункція (кліренс креатиніну менше 60 мл/хв), цукровий діабет, корегований інсулінотерапією.

Нижче представлено алгоритм ситуації передки і лікування легеневої гіпертензії (рис. 2) [5].

Рекомендації із оцінки серцево-судинного ризику в доопераційний період і ведення пацієнтів з операційними втручаннями



Рисунок 1. Алгоритм оцінки серцево-судинного ризику в доопераційний період і ведення пацієнтів з оперативними втручаннями різних локалізацій, непов'язаних із серцем.

Якщо немає адекватно клінічно відповіді на монотерапію, застосовують комбіновану терапію антагоністами рецепторів ендотеліну (амбрисентан, бозентан, ситаксентан), протанодами з вазодилатуючим ефектом (берапрост, ілопрост, трепростин) та інгібіторами фосфодіастерази 5

Рекомендації з діагностики і лікування легеневої гіпертензії



Рисунок 2. Алгоритм діагностики і лікування легеневої гіпертензії.

(силденафіл, тадалафіл). За умови відсутності ефекту від консервативного лікування у хворих на легеневу гіпертензію, рекомендовано проводити балонну передсердну септостомію (відкриття овального вікна), а також ставити питання про пересадку серцево-легеневого комплексу. Пошук оптимальних медикаментозних засобів корекції легеневої гіпертензії триває. На II-III фазі клінічних випробувань знаходяться препарати такі як, NO-незалежні стимулятори і активатори GMP, інгаляційні вазоактивні пептиди, агоністи рецепторів простагліцину, антагоністи серотоніну. Актуальною є терапія стовбуровими клітинами.

Велику увагу на Європейському конгресі кардіологів приділено факторам ризику артеріальної гіпертензії (АГ), зокрема активно обговорювалась роль ортостатичного гіпотонію. За результатами спостереження за 33 346 пацієнтами у віці (45,7±7,4) років, показано, що зниження систолічного АТ ≥20 мм рт.ст. і ДАТ ≥10 мм рт.ст. через 3 хв після переходу з горизонтального положення у вертикальне, підвищує ризик коронарних подій на 18 % (p<0,01) і ризик смерті на 19 % (p< 0,001). Таке зниження АТ було зареєстровано у 6 % обстежуваних.

Серед дієтичних факторів найбільше значення має риб'ячий жир, який сприяє зниженню АТ у гіпертоніків і не впливає на АТ у нормотензивних пацієнтів. При обговоренні режимів фізичних навантажень найбільш корисними визнані аеробні інтервальні навантаження порівняно з інтенсивними безінтервальними і стандартними режимами тренувань.

Щодо вибору медикаментозної терапії при АГ, то рекомендовано починати лікування з будь-якого препарату I

ліні. Рациональна комбінація препаратів є більш ефективною, ніж підвищення дози одного медикаментозного засобу. Комбінована терапія значно підвищує ефективність лікування, попереджує розвиток толерантності. Найбільш ефективні комбінації, виходячи із сучасно бази досліджень (ACCOMPLISH, ADVANCE, HYVET, ASCOT, ONTARGET) є: інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) та антагоніст кальцію (АК), антагоніст рецепторів ангіотензину II (АРА) і АК, ІАПФ або АРА і тiazидний діуретик. Ці комбінації мають найбільший гіпотензивний ефект, кардіоваскулярну протекцію і найкращу переносимість. Завдяки дослідженню HYVET очевидно стала необхідність гіпотензивно терапі у пацієнтів похилого віку.

Особливу увагу на конгресі було приділено епідеміології серцево-судинних захворювань. Для нашої країни це має дуже велике значення. Адже у Європі смертність від серцево-судинних захворювань складає 19 %, а в Україні – 63,6 %, від ІХС – 66,8 % [1]. Проте, якщо смертність від ІХС у нашій державі в 2-3 рази вища, ніж в європейських країнах, то смертність від ІМ, основного ускладнення ІХС, нижча в 7-8 разів. Так, в Україні у 2007 р. від ІМ померло 10 125 пацієнтів або 220 осіб на 1 млн населення, у той час як у США цей показник становив 652, в Німеччині – 791, Польщі – 717, Австрії – 684, Іспанії – 621, Хорватії – 961, Чехії – 1000, Данії – 803, Угорщині – 981, Швеції – 1200. Отже, виявлення ІМ в Україні вкрай недостатнє. Це підтверджує порівняння показників госпіталізації пацієнтів із гострим ІМ в Україні (109 на 100 000 населення) та США (295 на 100 000). Таким чином, в Україні частота виявлення ІМ має бути, як мінімум, втричі більша, але у 2008 р. його зареєстровано тільки у 50 368 мешканців України.

За даними ACCESS-реєстру, гострого коронарного синдрому у країнах із слабким рівнем розвитку (11731 хворих) виявлено: молодший вік таких хворих, більше курців, більше хворіють на цукровий діабет [6]. Перевага надаєть-

ся консервативній тактиці лікування, високою є госпітальна смертність. Разом з тим застосування β-блокаторів, тієнопіридинів, ІАПФ асоціювалось із кращим виживанням.

Проте багато людей із високим ризиком серцево-судинних захворювань залишаються неідентифікованими і не отримують лікування. Серед пацієнтів, які отримують терапію, частота ускладнень є високою.

На спеціальній сесії, присвяченій гострому коронарному синдрому, виступив проф. Zahger, Doron з Ізраїля, який наголосив на низькому рівні санітарно освіти населення щодо симптомів гострого коронарного синдрому, необхідності прегоспітально реперфузії, обов'язковій передачі ЕКГ із амбулансів на єдину телефонну лінію для експертного заключення, а також на постійне навчання і удосконалення персоналу.

Було запропоновано використовувати шкалу HEART-score у хворих із болем у грудній клітці для визначення правильної тактики щодо них (табл.1) [2, 3]. Ця шкала є доступною і зручною. Залежно від суми балів медичний працівник може легко зорієнтуватись у конкретній клінічній ситуації. Отже, коли отримано від 0 до 3 балів, хворого виписують, від 4-6 – хворому рекомендовано провести стрес-ЕКГ-тести, від 7-10 – пацієнта госпіталізують.

Традиційно наукова програма Європейського конгресу кардіологів включала "Hot line" сесію, на яких представляють результати найбільших клінічних досліджень, які закінчилися в минулому році. Цього року в рамках "Hot line" представлено результати наступних досліджень.

CURRENT-OASIS 7: збільшення дози клопідогрелю у пацієнтів з гострим коронарним синдромом, що готувались до ангіопластики (600 мг початкова доза, 150 мг – 7 днів, 75 мг – підтримуюча), привело до зниження первинно кінцевої точки на 42 % (ІМ, інсульт, смерть від серцево-судинних захворювань). У той час як збільшення дози аспірину (300-325 мг) не давало ніяких клінічних переваг, проте супроводжувалось збільшенням ризику кровотеч.

Таблиця 1. Шкала HEART-score у хворих із болями у грудній клітці

Анамнез	Важко обтяжений	2	
	Помірно обтяжений	1	
	Легко обтяжений	0	
ЕКГ	Значна ST-девіація	2	
	Неспецифічні зміни	1	
	Норма	0	
Вік	>65 років	2	
	45-65 років	1	
	<45 років	0	
Фактори ризику	> 3 ФР	2	
	1-2 ФР	1	
	0 ФР	0	
Тропонін	> 3 від норми	2	
	1-3 від норми	1	
	норма	0	
		Загальна к-сть	

PLATO – додавання тигарелора (оберненого антагоніста P2Y12 рецепторів) до схеми лікування пацієнтів з гострим коронарним синдромом, що готувались до ангіопластики, приводило до зниження первинно кінцевої точки на 16 % (ІМ, інсульт, смерть від серцево-судинних захворювань) без збільшення ризику кровотечі.

Додатковий аналіз дослідження BEAUTIFUL, у якому ефективність застосування івабрадину проаналізовано в підгрупі пацієнтів із стенокардією з больовим синдромом, івабрадин не впливав на смертність і госпіталізацію з приводу серцево недостатності, але суттєво зменшив частоту госпіталізації з приводу ІМ і частоту коронарних реваскуляризацій. Причому це зниження у пацієнтів із ЧСС більше 70 ударів за хвилину було більш виражене, ніж у всій популяції дослідження BEAUTIFUL.

KYOTO HEART Study: додавання валсартану до стандартно терапі пацієнтів з АГ привело до зниження первинно кінцевої точки фатальних і нефатальних серцево-судинних ускладнень на 45 % порівняно з плацебо.

RE-LY: вивчалась ефективність і переносимість інгібітора тромбіну – дабігатрану порівняно з варфарином у хворих із фібриляцією передсердь і високим ризиком інсульту, показано, що прийом високих доз дабігатрану приводить до достовірного зниження первинно кінцевої (мозкового інсульту і системно емболі) порівняно з варфарином.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко В.М. Профілактика та лікування інфаркту міокарда в Україні // В.М. Коваленко // Український кардіологічний журнал. – 2009. – № 8. – С. 5-10.

2. Backus B.E., Six A.J., Kelder J.C. et al. The HEART score for chest pain patients at the emergency room / B.E. Backus, A.J. Six, J.C. Kelder [et al.] // European Heart Journal. – 2009. – Vol. 30 (Abstract Supplement). – P. 312.

3. Beygui F. CHADS2 score accurately predicts early and late mortality in patients presenting for STEMI / F. Beygui, O. Barthelemy, A. Bellemeain-Apax [et al.] // European Heart Journal. – 2009. – Vol. 30 (Abstract Supplement). – P. 1911.

4. Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative

cardiac management in non-cardiac surgery // European Heart Journal. – 2009. – doi:10.1093/eurheartj/eh. – P. 337.

5. Guidelines for diagnosis and treatment of pulmonary hypertension // European Heart Journal. – 2009. – doi:10.1093/eurheartj/eh. – P. 297.

6. Montalescot G. In-hospital management and outcome of Acute Coronary Syndromes in developing countries: results of the ACCESS registry / G. Montalescot, M. Sobhy, S. Alam // European Heart Journal. – 2009. – Vol. 30 (Abstract Supplement). – P. 334.

УДК 616.36-004

Самогальська О.Є., Лазарчук Т.Б., Олійник Н.М.

КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ – Стаття присвячена вивченню впливу метаболічного синдрому на прогресування хронічно патологі печінки. Показано, що при наявності метаболічного синдрому у хворих з хронічною печінковою патологією посилюються процеси перекисного окислення ліпідів і поглиблюється ендотоксикоз. Таким чином, можна припустити патогенетичну роль метаболічного синдрому у прогресуванні хронічно патологі печінки із погіршенням прогнозу.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА – Статья посвящена изучению влияния метаболического синдрома на прогрессирование хронической патологии печени. Продемонстрировано усиление процессов перекисного окисления липидов и усугубление эндогенной интоксикации в ситуациях хронического воспаления печени на фоне метаболического синдрома. Таким образом, можно предположить патогенетическую роль метаболического синдрома в прогрессировании хронического воспаления печени с ухудшением прогноза.

CLINICAL AND BIOCHEMICAL PARTICULARITIES OF COURSE OF CHRONIC DISEASES OF LIVER AGAINST A BACKGROUND OF METABOLIC SYNDROME – This article is dedicated to the study of influence of metabolic syndrome on the progressing of chronic pathology of liver. It is shown that the processes of lipid peroxidation progress and endotoxycosis increases in the presence of metabolic syndrome in patients with chronic pathology of liver. Though, we can suppose that the pathogenic role of metabolic syndrome in the progressing of chronic pathology of liver declines the prognosis.

Ключові слова: метаболічний синдром, хронічні захворювання печінки, окисно-відновна система, ендогенна інтоксикація.

Ключевые слова: метаболический синдром, хронические заболевания печени, окислительно-восстановительная система, эндогенная интоксикация.

Key words: metabolic syndrome, chronic pathology of liver, oxidation-peroxidation system, endogenous intoxication.

ВСТУП Дослідженнями останніх років доведено, що печінка є органом-мішенню при метаболічному синдромі (МС) [4]. За даними В.С. Задіонченко із співав., захворювання печінки і біліарного тракту виявляють в 64 % випадків у пацієнтів з МС. Тому МС може відігравати значну роль у прогресуванні хронічно печінково патологі, формуванні і прогресуванні хронічних захворювань печінки (ХЗП).

Сьогодні МС перебуває у центрі уваги сучасно медицини через значне поширення станів, які зумовлюють його. Згідно з даними ВООЗ (2003), майже 1,7 млрд. мешканців планети мають надмірну масу. Прогнози щодо ожиріння дуже невтішні: вважається, що до 2025 року від ожиріння потерпають майже 40 % чоловіків та 50 % жінок [2].

Тригерним фактором МС є переваженість раціону простими вуглеводами та жирами. Печінка – перший орган на шляху переповерхненого глюкозою нутрієтивного потоку.

Вона депонує частину глюкози у вигляді глікогену, частину вивільнює в кров для підтримки необхідних концентрацій. За надмірного надходження глюкози з жею, коли кількість перевищує глікогендепонувальну функцію печінки, частина глюкози в печінці перетворюється в жирні кислоти, тригліцериди (ТГ), загальний холестерин (ЗХ), що у складі холестерину ліпопроте дів низької густини (ХС ЛПНГ) потрапляють у кров. Тривалий час печінка утримує на нормальному рівні вміст глюкози та ліпідів у крові, запобігаючи розвиткові метаболічних порушень. Особливе значення у розвитку метаболічно декомпенсації печінки має зниження синтезу транспортних форм білків і зменшення вивільнення ліпідів із печінки [1, 3].

Значне поширення МС серед населення, висока частота стеатозу печінки та неалкогольного стеатогепатиту, темпи росту яких відповідають швидкості збільшення кількості хворих на ожиріння, цукровий діабет, дисліпідемію, свідчать про актуальність і своєчасність питання впливу МС на перебіг печінково патологі, процеси фіброгенезу і прогресування цирозу.

Метою нашої роботи було вивчити клініко-біохімічні особливості перебігу ХЗП на фоні МС, стан перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і вираженість ендогенно інтоксикації (ЕІ).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Згідно з критеріями 2005 року ХЗП діагностували у 36 досліджуваних із наявним МС, серед яких жінок було 45 %, а чоловіків – 29,5 %. Ці пацієнти склали основну групу (ОГ, n=36). До групи порівняння (ГП, n=65) включені хворі із ХЗП без ознак МС. Середній вік пацієнтів ОГ становив (58,8±1,3) років, а 2- – (48,8±4,7) років. На відміну від ГП, де переважали чоловіки (1,5/1), в ОГ співвідношення вирівнялось і становило 1/1. Таким чином, у жінок із МС ХЗП діагностуються у 1,5 раза частіше, ніж у чоловіків.

Вивчення біохімічних показників проводили за стандартними методиками, стан вільнорадикального окислення ліпідів проводили за рівнем малонового діальдегіду (МДА) (за методом L. Placer), стан системи антиоксидантного захисту (АОЗ) оцінювали за вмістом ферментів – супероксиддисмутазу (СОД) та каталази у сироватці крові (за методикою Е.Е. Дубиніно і співавторів (1983) та М.А. Королюк і співавторів). Показники ендогенно інтоксикації визначали за вмістом середніх молекул у сироватці крові за методом Н.І. Габрієляна і співавторів, еритроцитарний індекс ендогенно інтоксикації (ЕІЕІ) за методикою А.А. Тогайбаєва.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Етіологію ХЗП при наявності МС представлено в табл. 1.