

4. Наслідки підвищеного тиску у протоці підшлункової залози / Г.Я. Костюк, О.Г. Костюк, І.А. Голубовський [та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2014. - Т. 18, № 1. - С. 30-32.
5. Состояние инкреторного аппарата поджелудочной железы при остром и хроническом панкреатите / Г. Я. Костюк, Г.В. Терентьев, Т.А. Кадошук, С.П. Жученко // Вопросы морфологии центральной нервной системы. - К. : Медицинский ин-т, 1984. - 67 с.
6. Лонський Л. Й. Морфологічні зміни в підшлунковій залозі при набряковій і деструктивній формах гострого панкреатиту / Л.Й. Лонський // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2015. - Т. 19, № 1. - С. 248-251.
7. Бэнкс П. А. Панкреатит / Бэнкс П. А. - М. : Медицина, 1982. - 207 с.
8. Савельев В. С. Острый панкреатит / Савельев В. С., Буянова В. М., Огнев Ю. В. - М. : Медицина, 1983. - 239 с.
9. Филин В. И. Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы / Филин В. И. - М.: Медицина, 1982. - 245 с.

Костюк Г.Я., Костюк А.Г., Трилюк Е.И., Бурков Н.В., Павловская О.Ю., Задорожнюк В.А.

СТРУКТУРНОЕ СТРОЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ОСНОВА МОДЕЛИРОВАНИЯ ЕЕ ФУНКЦИЙ

Резюме. В статье приводятся особенности внутриутробного развития и формирования поджелудочной железы. Описываются модификации впадения общего желчного протока и выводного протока поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку. Обосновывается наиболее адекватный и эволюционно целесообразный вариант впадения протоков в двенадцатиперстную кишку. Подчеркивается, что расположение поджелудочной железы, геометрическое и гистологическое строение неотъемлемо связаны с ее функциональной деятельностью. Указанные показатели необходимы при построении математической модели органа.

Ключевые слова: поджелудочная железа, математическое моделирование.

Kostyuk G.Ya., Kostyuk O.G., Trilyuk O.I., Burkov M.V., Pavlovskaya O.Yu., Zadorozhnyuk V.A.

STRUCTURAL STRUCTURE OF THE PANCREAS - THE BASIS OF ITS MODELING FUNCTIONS

Summary. The article presents the features of fetal development and the formation of the pancreas. It describes the confluence of the modification of the common bile duct, and excretory pancreatic duct into the duodenum. Substantiates the most appropriate and expedient option evolutionarily confluence of the ducts into the duodenum. It is emphasized that the location of the pancreas, the geometric and the histological structure is inherently linked to its functional activity. These parameters are necessary in constructing a mathematical model of body.

Key words: pancreas, mathematical modeling.

Рецензент - д.мед.н., проф. Кухар І.Д.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2015 р.

Костюк Григорій Якович - д.мед.н., проф., зав. кафедри оперативної хірургії і топографічної анатомії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 404-79-58

Костюк Олександр Григорович - д.мед.н., доц., зав. кафедри променевої діагностики, променевої терапії та онкології Вінницького національного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 215-16-77

Трилюк Олена Іванівна - студентка 2 курсу 14а групи Вінницького національного університету імені М.І. Пирогова

Бурков Микола Валентинович - к.мед.н., доц. кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії Вінницького національного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 965-46-28

Павлівська Ольга Юріївна - студентка 3 курсу 1а групи Вінницького національного університету імені М.І. Пирогова

Задорожнюк Валентин Олегович - студент 3 курсу 1б групи Вінницького національного університету імені М.І. Пирогова

© Жебель В.М., Лозинська М.С., Лозинський С.Е.

УДК: 616.12-008.331.1

Жебель В.М., Лозинська М.С., Лозинський С.Е.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2 (вул. Пирогова, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ ІНДЕКСУ ВІКУ СЕРЦЯ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Резюме. Метою даного дослідження було визначення можливості використання індекс віку серця (ІВС) для прогнозування індивідуального ризику у чоловіків, хворих на гіпертонічну хворобу віком 45-65 років. У дослідження було включено 90 хворих на гіпертонічну хворобу, віком від 45 до 65 років, чоловічої статі, які не мали незворотних уражень органів-мішеней. До групи контролю увійшли 30 чоловіків такого самого віку без гіпертензії та уражень серцево-судинної системи. Хворі на ГХ були розділені на 3 групи по 30 осіб в залежності від ступеня гіпертензії. Усім пацієнтам проводили офісне вимірювання АТ, стандартну ЕхоКГ та визначення ІВС - одного з показників біологічного віку (БВ) серцево-судинної системи. ІВС отримували за методикою Н. Masugata H. et al. [2008], яка включає визначення таких ехокардіографічних параметрів, як товщина міжшлуночкової перетинки в ділянці виносного тракту ЛШ (VSot) і кут між висхідною частиною аорти та міжшлуночковою перетинкою (VS-AO). Результати дослідження показали, що між ІВС та ступенем АГ була наявна достовірна кореляція ($p < 0,01$), причому біологічний вік серця зростав по мірі збільшення ступеня АГ. Частка пацієнтів з передчасним старінням збільшувалась у напрямку від нормотензивних пацієнтів до пацієнтів з АГ 3 ст., тоді як частка тих, у кого спостерігалось

уповільнене старіння, зменшувалась. Враховуючи інформативність та доступність визначення показника IBC, його можна рекомендувати в якості простого методу для оцінки індивідуального кардіоваскулярного ризику у хворих на ГХ.

Ключові слова: індекс віку серця, артеріальна гіпертензія, серцево-судинний ризик.

Вступ

Впродовж останнього часу в економічно розвинених країнах, згідно із літературними даними, середня тривалість життя збільшилась і її приріст за останнє десятиріччя склав в середньому 3-5 років [1]. Однак, існує ряд захворювань, які суттєво впливають на біологічний вік людини з тенденцією до його зменшення. Одним із таких найбільш поширених захворювань є артеріальна гіпертензія (АГ), яка являється одним з провідних факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, таких як інфаркт міокарда й інших форм коронарної хвороби серця. У чоловіків з артеріальною гіпертензією смертність від ішемічної хвороби серця в три рази вище, ніж в осіб з нормальним АТ [2, 3]. Тому важливим аспектом на сьогодні є визначення ризику серцево-судинних подій. Сучасні дослідження показують, що три чверті дорослих людей мають "вік серця", який старший за їх фактичний вік, що підвищує ризик серцево-судинних захворювань, таких як інфаркт і інсульт [4]. На вік серця впливають такі фактори ризику, як гіпертонія, цукровий діабет, ожиріння, куріння, дисліпідемія.

Широко відомою є методика оцінки загального кардіоваскулярного ризику за таблицями SCORE. При цьому кінцевий результат представляє собою ймовірність серцево-судинної події, визначену на основі рівня АТ та інших факторів ризику. Альтернативним є підхід, пов'язаний з врахуванням так званого біологічного віку, який порівнюють із календарним віком і таким чином також оцінюють індивідуальний ризик. IBC представляє собою саме такий індикатор. Н. Masugata H. et al. [6] показали, що IBC є індикатором артеріальної жорсткості, а, відтак, і біологічного віку серцево-судинної системи, як у нормотензивних, так і гіпертензивних пацієнтів. Втім, досліджень стосовно впливу рівня АГ на IBC не проводилося. Тому метою нашого дослідження стало визначити наявність взаємозв'язку між рівнем артеріального тиску та IBC у чоловіків віком 45-65 років, хворих на ГХ 1-2 стадії.

Матеріали та методи

У дослідження залучали чоловіків, віком від 45 до 65 років, хворих на ГХ I - II стадії, які не мали незворотних вражень органів-мішеней. Вони склали основну групу. Діагноз гіпертонічної хвороби встановлювали за використанням критеріїв, рекомендованих Українською асоціацією кардіологів та Європейською спілкою кардіологів (2013). До групи контролю увійшли чоловіки того ж віку з нормальним АТ та без патологічних змін при проведенні ехокардіографії. Критеріями виключення для даного дослідження були наступні: вроджені або набуті вади серця, системні захворювання сполучної тканини, ендокринні захворювання, хронічна хвороба нирок, вторинні артеріальні гіпертензії, кардіопатії, постінфарктні

зміни або серцева недостатність, не пов'язані з АГ, хронічне легеневе серце, гемодинамічно значущі аритмії (постійна чи часто рецидивна фібриляція передсердь, атріовентрикулярна чи синоатріальна блокади II-III ст.), незадовільна УЗД візуалізація серця, ЦД 1 типу або декомпенсований/неконтрольований ЦД 2 типу, нестабільна та варіантна стенокардія на момент включення у дослідження.

Офісне вимірювання АТ проводили за допомогою повіреного тонометра згідно рекомендацій Європейської спілки кардіологів (2013). Спочатку вимірювали тиск на обох руках, щоб обрати ту руку, на якій АТ був вищим. Всі подальші вимірювання проводили на цій руці. Мінімум двічі, з інтервалом 1-2 хв., АТ вимірювали аускультативним методом Короткова. У випадку значних розбіжностей, проводили додаткові вимірювання, а за кінцевий результат приймали середнє арифметичне з двох останніх вимірювань.

Залежно від ступеня гіпертензії хворі основної групи поділялись на 3 підгрупи, кількістю по 30 осіб у кожній: 140/90 - 159/99 мм рт.ст., 160/100 - 179/109 мм рт.ст. та 180/110 і більше мм рт.ст. Таким чином, основна група складалася з 90 чоловіків.

Усім учасниками дослідження проводили стандартне ехокардіографічне обстеження з використанням обладнання "Imagic Sigma 5000" (Kontron Medical).

Для визначення індексу віку серця використовували методику, запропоновану Н. Masugata et al. [5, 6]. З парастернального доступу у двовимірному режимі ехокардіографічного дослідження проводили запис відеопетлі. Надалі серед наявного відеоряду обирали

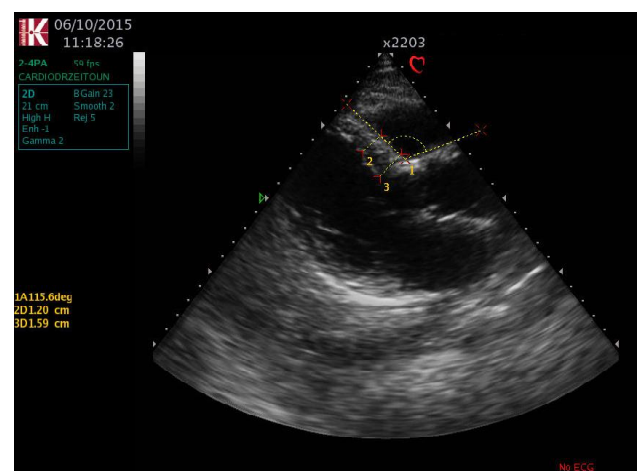


Рис 1. Визначення параметрів для розрахунку IBC.

Примітки: 1 - кут між висхідною частиною аорти та міжшлуночковою перетинкою; 2 - товщина міжшлуночкової перетинки; 3 - товщина міжшлуночкової перетинки в ділянці виносного тракту ЛШ.

найбільш якісне зображення серця у фазу діастоли та вимірювали наступні параметри: товщину міжшлуночкової перетинки в ділянці виносного тракту ЛШ (VSot) і кут між висхідною частиною аорти та міжшлуночковою перетинкою (VS-AO). Для розрахунку індексу віку серця (IBC) користувалися формулою:

$$IBC = 1000 \text{ VSot} / \text{BSA} / (\text{VS-AO})$$

Біологічний вік (БВ) вважали рівним IBC. Приклад обстеження одного із учасників нашого дослідження представлений на рисунку 1.

Результати. Обговорення

Клінічна характеристика обстежуваних представлена у таблиці 1. Згідно отриманих даних, відмінності між групами хворих за віком, зростом та масою тіла були несуттєвими. Лише значення САТ та ДАТ відрізнялись у групах достовірно.

За даними літератури, відомі окремі ознаки старіння, які проявляються ремоделюванням серця та аорти, що може бути виявлено за допомогою ехокардіографії. Зокрема, у людей старшого віку, навіть за відсутності серцево-судинних захворювань, часто виявляють зменшення кута між МШП та аортою, потовщення МШП у виносному тракту лівого шлуночка [5, 6]. Тому ці ознаки використовують для визначення біологічного віку людини поряд із такими відомими маркерами, як стан зубів, рогівки ока, кісток і т.д.

На основі IBC нами був визначений біологічний вік у кожній з груп обстежених хворих (табл. 2).

Для оцінки впливу рівня тиску на календарний та біологічний вік використовували процедуру однофакторного дисперсійного аналізу. При цьому було встановлено, що в той час, як календарний вік обстежених відрізнявся в групах несуттєво, біологічний вік, визначений згідно IBC, демонстрував тенденцію до зростання по мірі збільшення ступеня гіпертензії.

Були досліджені кореляції між БВ та КВ у групі обстежених загалом та окремо в кожній підгрупі. Результати кореляційного аналізу представлені нижче (табл. 3).

Згідно з ними, найвищий коефіцієнт кореляції спостерігався у групі нормотензивних осіб, а найнижчий - серед пацієнтів з АГ 3 ст. Отже, між досліджуваними групами існують певні розбіжності. Згідно з результатами, отриманими Н. Masugata et al. [6], коефіцієнти кореляції між календарним віком та IBC у їхньому дослідженні були також вищими у нормотензивних обстежених.

Визначення біологічного віку на основі показника IBC показало, що в той час, як в одних хворих календарний та біологічний вік не мали суттєвих відмінностей, у інших ці відмінності були доволі суттєвими. При чому були пацієнти, у яких біологічний вік значно менший календарного, а в інших - навпаки, біологічний вік серця перевищує календарний. Тому ми виділили на основі різниці між календарним та біологічним віком

Таблиця 1. Основні антропометричні дані обстежуваних пацієнтів.

Показник	Група контролю	Основна група			р
		АГ 1 ст.	АГ 2 ст.	АГ 3 ст.	
Вік, р.	46 (8)	47 (14)	50 (7)	49 (8)	>0,05
Зріст, см	175 (6)	173 (4)	176 (4)	181 (10)	>0,05
Маса тіла, кг	88 (10)	89 (9)	90 (10)	86 (10)	>0,05
САТ, мм рт.ст.	129 (8)	145 (8)	166 (8)	189 (10)	0,0001
ДАТ, мм рт.ст.	78 (9)	85 (9)	98 (8)	129 (10)	0,002

Примітка. р - достовірність відмінності за критерієм Краскала-Уолліса.

Таблиця 2. Значення біологічного (БВ) та календарного (КВ) віку у групах обстежених.

Показник	Група контролю	АГ1	АГ2	АГ3	р
БВ	40 (7)	49 (11)	55 (8)	63 (9)	<0,01
КВ	46 (8)	47 (14)	50 (7)	49 (8)	>0,05

Примітка. р - достовірність множинного критерію відмінності між групами.

Таблиця 3. Результати дослідження кореляції між БВ та КВ.

Група	r	р
Загалом	0,51	<0,001
Група контролю	0,78	<0,001
АГ 1 ст.	0,66	<0,001
АГ 2 ст.	0,52	<0,01
АГ 3 ст.	0,45	<0,01

Таблиця 4. Розподіл типів старіння у групах обстежуваних (%).

Тип старіння	Група контролю	АГ 1 ступеня	АГ 2 ступеня	АГ 3 ступеня
Передчасне старіння	0%	7%	19%	23%
Фізіологічне старіння	80%	83%	78%	77%
Уповільнене старіння	20%	10%	3%	0%

три групи пацієнтів: з передчасним, фізіологічним та уповільненим старінням. Далі в кожній з досліджуваних груп визначили частку пацієнтів з певним типом старіння. Отримані результати наведені у таблиці 4.

Видно, що частка пацієнтів з передчасним старінням зростала у напрямку від нормотензивних обстежених групи контролю до пацієнтів з АГ 3 ст., тоді як частка тих, в кого спостерігалось уповільнене старіння, зменшувалась. Отже, різницю у коефіцієнтах кореляції між календарним та біологічним віком у групах з різними рівнями АТ можна пояснити відмінностями у темпах старіння. Тобто, функція кровообігу, зокрема, підтримання АТ, є однією з ланок у процесі старіння людини і може визначати його інтенсивність.

Дані, отримані у нашому дослідженні знаходять своє підтвердження із результатами інших дослідників. Зокрема, вчені Бостонського університету досліджували вплив тиску на біологічний вік серця, який вони визначали за іншою формулою, що включала такі параметри

як САТ та індекс маси тіла (ІМТ). В результаті було встановлено, що при досягненні рівня тиску менше 120/80 мм рт.ст. серцевий вік зменшувався.

Таким чином, результати дослідження підтвердили можливість використання ІВС для прогнозування індивідуального ризику у пацієнтів з ГХ.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Було встановлено, що кореляція між календарним віком та ІВС залежить не тільки від наявності, але й від ступеня АГ. При цьому найвищий коефіцієнт кореляції ($r=0,78$) спостерігався у групі нормотензивних осіб ($p<0,001$), а найнижчий ($r=0,45$) - серед пацієнтів з АГ 3 ст. ($p<0,01$).

2. Вдалося показати, що частка пацієнтів з перед-

часним старінням збільшувалась у напрямку від нормотензивних пацієнтів до пацієнтів з АГ 3 ст., тоді як частка тих, у кого спостерігалось уповільнене старіння, зменшувалась.

3. Враховуючи інформативність та доступність визначення показника ІВС, його можна рекомендувати в якості доповнення до стандартної ехокардіографії для оцінки індивідуального кардіоваскулярного ризику у хворих на ГХ.

Дослідження ІВС у різних контингентів хворих, зокрема, при цукровому діабеті, ІХС, хронічній хворобі нирок, може розглядатись як найближча перспектива даної роботи. Слід, також, зазначити, що існують різні методи оцінки біологічного віку, що базуються на дослідження певних параметрів людини. Порівняння цих методів у тій же самій особі представляє неабиякий інтерес.

Список літератури

1. Либанова Э. М. Продолжительность жизни населения Украины: анализ прошлого, оценка настоящего и прогноз будущего [Электронный ресурс] / Э. М. Либанова // Демоскоп. - 2010. - Режим доступа до ресурсу: <http://www.demoscope.ru/weekly/2010/0405/analit03.php>
2. Волков В. А. Артериальное давление и некоторые факторы риска в мужской популяции 20-59 лет / В. А. Волков, А. М. Вихерт // Архив патологии. - 1990. - № 5. - С. 7-11.
3. Глова С. Е. Скрининг сердечно-сосудистой патологии и ассоциированных поведенческих факторов риска / С. Е. Глова, Л. И. Кательницкая, Л. А. Хаишева // Российский кардиологический журнал. - 2006. - №3. - С. 1 - 5.
4. Галиева К. У большинства людей "возраст сердца" старше их реального возраста [Электронный ресурс] / К. Галиева // Medical Insider. - 2015. - Режим доступа до ресурсу: <http://medicalinsider.ru/news/4125-ubolshinstva-lyudej-vozrast-serdca-starshe-ikh-realnogo-vozrasta/>
5. Белозерова Л. М. Оценка биологического возраста по эхокардиографии [Электронный ресурс] / Л. М. Белозерова // Успехи геронтологии. - 2006. - Access to resources: http://www.medline.ru/public/uspechi-ger/90-92_Belozerova.pdf.
6. Masugata H. New index of "cardiac age" derived from echocardiography: Influence of hypertension and comparison with pulse wave velocity / H. Masugata, S. Shoichi, G. Fuminori // Hypertension Research. - 2008. - №8. - С. 1573 - 1581.
7. Heart Age Infographics [Электронный ресурс] // Vital Signs. - 2015. - Access to resources: <http://www.cdc.gov/vitalsigns/heartage/index.html>

Жебель В.Н., Лозинская М.С., Лозинский С.Э.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ИНДЕКСА ВОЗРАСТА СЕРДЦА У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Резюме. Целью данного исследования было определение возможности использования индекса возраста сердца (ИВС) для прогнозирования индивидуального риска у мужчин, больных гипертонической болезнью (ГБ) в возрасте 45-65 лет. В исследование было включено 90 больных гипертонической болезнью в возрасте от 45 до 65 лет, мужского пола, которые не имели необратимых поражений органов-мишеней. В группу контроля вошли 30 мужчин того же возраста без гипертонии и поражений сердечно-сосудистой системы. Больные ГБ были разделены на 3 группы по 30 человек в зависимости от степени гипертонии. Всем пациентам проводили офисное измерение АД, стандартную ЭхоКГ и определение ИВС - одного из показателей биологического возраста (БВ) сердечно-сосудистой системы. ИВС рассчитывали по методике Н. Масугата Н. et al. [2008], которая включает определение таких эхокардиографических параметров, как толщина межжелудочковой перегородки в области выносящего тракта ЛЖ (VSot) и угол между восходящей частью аорты и межжелудочковой перегородки (VS-AO). Результаты исследования показали, что между ИВС и степенью АГ имелась достоверная корреляция ($p<0,01$), причем биологический возраст сердца рос по мере увеличения степени АГ. Доля пациентов с преждевременным старением увеличивалась в направлении от нормотензивных пациентов к пациентам с АГ 3 ст., тогда как доля тех, у кого наблюдалось замедленное старение, уменьшалась. Учитывая информативность и доступность определения показателя ИВС, его можно рекомендовать в качестве простого метода для оценки индивидуального кардиоваскулярного риска у больных ГБ.

Ключевые слова: индекс возраста сердца, артериальная гипертония, сердечно-сосудистый риск.

Zhebel V.M., Lozynska M.S., Lozynskiy S.E.

PROGNOSTIC MEANING OF INDEX OF CARDIAC AGE IN MALES WITH HYPERTENSION

Summary. The aim of this study was to determine the possibility of applying an index of cardiac age (ICA) for predicting an individual risk in hypertensive males aged 45-65 years. The study included 90 hypertensive patients aged 45-65 years old, males who had irreversible organ damage. The control group consisted of 30 men of the same age without hypertension and lesions of the cardiovascular system. The hypertensive patients were divided into 3 groups of 30 persons depending on the degree of hypertension. All patients underwent office BP measurement, standard echocardiography and definition of ICA - one of the indicators of biological age (BA) of the cardiovascular system. ICA was calculated by the method of H. Masugata H. et al. [2008], which includes a definition of echocardiographic parameters such as the thickness of the interventricular septum in left ventricular outflow tract (VSot) and the angle between the ascending aorta and the interventricular septum (VS-AO). The results showed that there was a significant

correlation ($p < 0,01$) between ICA and the degree of hypertension. The biological age of the heart increased with the degree of hypertension. The proportion of patients with premature aging increased in the direction from the normotensive patients to patients with hypertension of the third stage, while the number of those who observed slow aging decreased. Taking into account the informativity and availability of ICA, it can be recommended as a simple method for estimating an individual cardiovascular risk in hypertensive patients.

Key words: index of cardiac age, hypertension, cardiovascular risk.

Рецензент - д.мед.н., проф. Осовська Н.Ю.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2015 р.

Жебель Вадим Миколайович - д.мед.н., проф., зав. кафедри внутрішньої медицини медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 56-22-76

Лозинська Марина Сергіївна - магістрант кафедри внутрішньої медицини медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 56-22-76

Лозинський Сергій Едуардович - к.мед.н., доц. кафедри внутрішньої медицини медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 56-22-76; lozserg1@gmail.com

© Ольхова І.В.

УДК: 616.36-002:616-006.327:616-055.2

Ольхова І.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, Вінниця, Україна, 21018)

ДО ПИТАННЯ ПЕРСОНІФІКАЦІЇ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ В ТА С

Резюме. Проаналізовані якісні та кількісні показники пальцевої та долонної дерматогліфіки 218 міських жителів Поділля першого зрілого віку, хворих на хронічні вірусні гепатити В (94 пацієнта) і С (124 пацієнта) з наявністю або відсутністю фіброзу печінки, з урахуванням наявності або відсутності супутніх патологій. Встановлено, що фіброз печінки у хворих на хронічний вірусний гепатит В супроводжується особливостями дерматогліфіки, пов'язаними із специфікою локалізації міжпальцевих трирадіусів, а у хворих на хронічний вірусний гепатит С переважно - з насиченістю долони та пальців папілярними лініями, що має своє відображення у показниках гребінцевих рахунків.

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит В, хронічний вірусний гепатит С, фіброз печінки, дерматогліфіка.

Вступ

Зважаючи на значну поширеність хронічного вірусного гепатиту В (ХВГ В) та С (ХВГ С), його негативні наслідки та високий рівень смертності, захворювання становить глобальну проблему охорони здоров'я світового масштабу. На подолання цієї недуги лікарі-практики і науковці працюють у багатьох напрямках. Так, проводиться велика робота щодо вдосконалення методів діагностики ХВГ, ведуться пошуки нових підходів до їх лікування, велика увага приділяється просвітницькій роботі серед населення, яке повинно усвідомлювати, що причиною хвороби є не тільки вірус, але часто й сам спосіб життя, який призвів до зустрічі з ним. Усе частіше з'являються роботи, в яких піднімаються питання генетики при вірусних гепатитах, ведуться пошуки генів, відповідальних за перебіг цієї хвороби та робляться спроби щодо персоніфікації прогнозування та її фармакотерапії у хворих на хронічний гепатит [2, 4, 13]. На сьогодні відомо, що хронічна інфекція вірусами гепатиту В і С може призвести до довгострокового ушкодження печінки, що включає фіброз, цироз і гепатоцелюлярну карциному та частково виявлені фактори, що впливають на прогресію фіброзу печінки, включаючи фактори оточуючого середовища і генетичні фактори [8]. Швидкість розвитку фіброзу печінки у різних людей варіює. У деяких людей він може залишатись без змін або навіть регресувати з часом. Відомо ряд

факторів, що впливають на швидкість розвитку фіброзу, серед них стать (чоловіча), вік (старше за 50 років), стадія хвороби (носить нелінійний характер, тобто, прискорюється на більш пізніх стадіях захворювання), спосіб життя (зловживанням спиртними напоями). А за результатами зіставлення генетичних досліджень із клінічним матеріалом встановлена роль генного поліморфізму в прогресії фіброзу печінки у пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки [5, 6, 12, 14, 15]. Показано зв'язок між HFE, MTP, Apo, CCR5, CTLA4 і SOD2 генотипами і наявністю прогресуючого фіброзу у хворих з хронічним гепатитом С. Ці результати надають додаткову вагу участі генетичних факторів господаря в мінливості прогресування цього захворювання [5].

Не дивлячись на підвищений інтерес фахівців до питань хронічного перебігу соціально значущих вірусних інфекцій, в т.ч. вірусних гепатитів, розкриття молекулярно-генетичних основ схильності та резистентності організму людини до тривалої персистенції інфекційних збудників, до теперішнього часу залишаються відкритими [1, 10].

В якості маркерної системи варіацій перебігу хронічних вірусних гепатитів В і С використано метод дерматогліфіки. Маркерними можливостями для вирішення питань схильності до ряду захворювань дерматогліфіку забезпечують загальновідомі властивості гребін-