

рівень фізичного, психологічного, емоційного та соціального навантаження. Дослідження включало використання методики «Шкала психологічного стресу PSM-25» (в адаптації Н.Є. Водоп'янової, 2009), Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS, 1983), анкети Естберга (в адаптації С. І. Степанової, 1986) для визначення індивідуально-хронотипу.

Особи, що доглядають за пацієнтами з деменцією, були стратифіковані на групи в залежності від рівня психологічного стресу, який визначали за опитувальником PSM-25. В першу групу було включено 8 (17,4%) осіб з низьким рівнем психічної напруженості, в другу групу – 23 (50,0%) особи із середнім, в третю – 15 (32,6%) осіб з високим рівнем.

Оцінка біоритмологічного статусу доглядачів за шкалою Естберга показала, що в I групі було 2 (25,0%) особи ранкового (58-76 балів) типу працездатності, 4 (50,0%) - недиференційованого (>77 балів), 2 (25,0%) - вечірнього типу (<57 балів), у II групі – 13 (56,6%), 5 (21,7%) і 5 (21,7%) відповідно, в III групі – 9 (60%), 1 (6,7%) та 5 (33,3%) відповідно. Встановлено, що в I групі з низьким рівнем психічної напруженості було достовірно більше осіб недиференційованого типу, ніж в III групі з високим рівнем психічної напруженості - 50,0% та 6,7% відповідно ( $\chi^2=5,759$ ,  $p=0,05$ ).

Аналіз за шкалою HADS показав, що у доглядачів III групи в порівнянні з I групою частіше відмічалися клінічні прояви тривоги ( $\chi^2=7,738$ ,  $p=0,006$ ), а також були відсутні нормативні показники ( $\chi^2=9,079$ ,  $p=0,003$ ). Спостерігалось клінічно значуще збільшення частоти клінічної депресії у обстежених III групи порівняно із I групою ( $\chi^2=4,790$ ,  $p=0,029$ ), а також були відсутні нормативні показники на відміну від I ( $\chi^2=15,221$ ,  $p<0,001$ ) та II ( $\chi^2=9,079$ ,  $p=0,003$ ) груп.

Таким чином, біоритмологічний профіль є важливим показником адаптаційного ресурсу особистості. При дослідженні виявлено, що у осіб із недиференційованим типом працездатності рідше відмічалися клінічні прояви тривоги та депресії, що свідчить про достатній рівень адаптивності організму. Отримані дані слід враховувати при проведенні психотерапевтичних та психокорекційних заходів для осіб, що доглядають за пацієнтами із деменцією.

## ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА КОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ БРОНХОЛЕГЕНЕВОГО ГЕНЕЗУ ТА ПРИ НАЯВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ ЕСЕНЦІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Петров Є.Є.<sup>1</sup>, Бурмак Ю.Г.<sup>2</sup>, Треумова С.І.<sup>1</sup>, Іваницька Т.А.<sup>1</sup>, Савчук Т.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Полтавський державний медичний університет

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

**Мета дослідження.** Провести аналіз та визначити характер змін показників гемостазу, ліпідного обміну та їх роль у формуванні судинних уражень у хворих на компенсоване хронічне легеневе серце (ХЛС) бронхолегеневого генезу в умовах коморбідності з есенціальною гіпертензією (ЕГ).

**Матеріали та методи.** Проведено вивчення та аналіз показників системи гемостазу та ліпідного обміну у 64 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із компенсованим ХЛС (середній вік - 54,8±2,5 років), серед яких 32 хворих з ізольованою патологією склали групу зіставлення, а 32 хворих, що мали коморбідну ЕГ II стадії (2 ступінь артеріальної гіпертензії) – основну групу. Оцінка судинно-тромбоцитарної і плазмової ланок гемостазу визначалась за кількістю тромбоцитів (Тр), тромбінового часу (ТЧ), протромбінового часу (ПтЧ), анти-тромбіну-III (Ат-III), толерантності плазми до гепарину (ТПГ), плазмінового лізису (ПлЛ), фібрिनотому (Фг), розчинного фібрину (РоФ). Ліпідний спектр крові вивчався за показниками загального холестерину (ХС), ХС ліпопротеїнів низької щільності (ХСЛПНЦ), ХС ліпопротеїнів високої щільності (ХСЛПВЦ), їхнього співвідношення та тригліцеридів (ТГ).

**Результати.** У хворих на компенсоване ХЛС бронхолегеневого генезу відбувалися зміни з боку всіх аналізованих показників гемостазу при тому, що вірогідними, порівняно з практично здоровими особами, були підвищеними кількістю Тр, вміст Фг, ТЧ, а також зниженою ТПГ і помірно, проте вірогідне, зниження Ат-III. Водночас зміни інших показників (ПтЧ, РоФ та ПлЛ) не були вірогідними і мали лише характер тенденції. У порівнянні з практично здоровими особами у хворих на компенсоване ХЛС мали місце збільшення вмісту ТГ, в більшому ступені – загального ХС, ХСЛПНЦ, зменшення вмісту ХСЛПВЦ та співвідношення ХСЛПНЦ/ХСЛПВЦ, проте всі зміни не були достовірними. Зміни показників системи гемостазу у хворих основної групи були більш значущими, при цьому серед суттєво підвищених (порівняно з практично здоровими особами), були кількість Тр, вміст Фг – в 2,7 рази, ТЧ – більш, ніж в 2,2 рази, в 2,1 рази - ПтЧ і в 1,3 рази - ПлЛ. Відмічалось також суттєве (в 1,8 рази) зниження ТПГ і Ат-III (майже в 1,3 рази) і водночас спостерігалась більш, ніж утричі збільшений показник РоФ. У хворих із коморбідною патологією, порівняно із хворими на ХЛС бронхолегеневого генезу, суттєво підвищеними були Фг (в 1,3 рази), ТЧ (в 1,5рази), ПтЧ (в 1,8 рази), ПлЛ (в 1,3 рази), РоФ (в 2,4 рази), а зниженими - ТПГ (в 1,5 рази) і Ат-III (майже в 1,2 рази). Зміни показників ліпідного обміну у хворих основної групи були також більш значущими - вміст ХС та рівень ХСЛПНЦ перевищували показники практично здорових осіб, відповідно, в 1,4 та 1,5 рази і, порівняно із хворими групи зіставлення, були збільшеними в 1,2 та 1,3 рази, відповідно. У хворих основної групи мало місце суттєве зниження вмісту ХСЛПВЦ – в 1,3 рази порівняно із практично здоровими особами та мало тенденцію до зниження у порівнянні з хворими групи зіставлення. Співвідношення ХСЛПНЦ/ХСЛПВЦ у хворих

основної групи було збільшеним у 2 рази порівняно зі здоровими та у 1,5 рази - порівняно з хворими групи зіставлення.

**Висновки.** У хворих на компенсоване ХЛС бронхолегеневого ґенезу характер змін показників системи гемостазу загалом відбиває наявність синдрому гіперкоагуляції, а характер напряму змін обміну ліпідів - проатерогенну їхню спрямованість. Найбільша виразність таких змін притаманна хворим із коморбідною ЕГ. Характер та спрямованість змін показників гемостазу та ліпідного обміну у хворих на компенсоване ХЛС бронхолегеневого ґенезу слід розглядати як маркери підвищеного ризику судинних ускладнень та судинного склерозу.

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ КОЛІННОГО СУГЛОБА

*Пикалюк В.С., Лавринюк В.Є., Шевчук Т.Я., Усова О.В.*

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Теоретичний аналіз науково-методичної літератури вітчизняних та зарубіжних фахівців підтвердив важливість та необхідність розробки комплексної програми фізичної реабілітації осіб з патологією колін запального етіопатогенезу. З кожним роком кількість людей з таким діагнозом збільшується, чому сприяють як зовнішні, так і внутрішні фактори: фізичні навантаження у спортсменів, надмірна маса у людей з ожирінням, побутова гіподинамія та гіпокінезія, викликаючи цілий спектр захворювань механічного та запального генезу. Все це потребує сучасних методів діагностики (артроскопія) та реабілітації.

Мета та завдання дослідження полягають в аналізі стану проблеми, визначенні функціонального стану та ступеня ураження, розробці та використанні програми фізичної терапії на амбулаторному рівні для людей з ураженнями колінних суглобів, експериментальній перевірці та оцінці ефективності запропонованої програми реабілітації.

При дослідженні використано збір анамнезу, опитування та огляд пацієнтів, визначення об'єктивного статусу з використанням інструментальних та рентгенологічних методів діагностики з подальшим аналізом отриманої інформації. Сформовані контрольна та клінічна ортопедичні групи (25 та 50 пацієнтів відповідно). Програма фізичної реабілітації при комплексному підході, крім традиційних методів та засобів відновлення, включає в себе кінезотерапію та технічні засоби для активного розвитку коліна та стегна.

Під впливом компонентів розробленої програми у пацієнтів основної групи зареєстровані позитивні зміни з боку біомеханічних показників, больових відчуттів, функціональних можливостей, в порівнянні з пацієнтами, які займалися за загальноприйнятою програмою реабілітації. У пацієнтів ОГ функціональні зміни за шкалою Lysholm через 20 днів після проведеної програми фізичної реабілітації суглобів склали 72,6% ,а у КГ 66,8%. Больові показники у стані спокою через 20 днів фізичної реабілітації оцінювались в 0,2 бали (0,1; 0,3) у КГ – 0,8 бали( 0,4; 0,9).

Після використання експериментальної реабілітаційної методики у пацієнтів клінічної групи були зафіксовані позитивні зміни з максимальним відновленням функціональних можливостей, що свідчить про ефективність запропонованої програми, яка може використовуватися в подальшому в клінічній практиці.

## ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТЕСТОСТЕРОНУ, ЯК МАРКЕРА МОЖЛИВИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ТА ЕНДОКРИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЧОЛОВІКІВ ОКРЕМИХ ВІКОВИХ ГРУП

*Пустовойт Г.Л.*

Полтавський державний медичний університет

Активне рішення проблеми тривалості та якості життя чоловіків повинно стати одним з пріоритетних напрямків медицини XXI століття. Старіння – процес неминучий, але детермінованості процесів вікової деградації організму можна протиставити превентивні механізми. На сьогоднішній день існує декілька теорій старіння, одна з яких – нейроендокринна (гормональна). Відповідно до неї – рівень гормонів знижується не тому, що ми старіємо, а навпаки, старіємо ми тому, що знижується гормональний рівень. До гормонів, що викликають старіння багато дослідників відносять і тестостерон. Вільний тестостерон становить 2 % від загального рівня. Саме він впливає на всі процеси, що протікають в організмі. Тому для отримання достовірної інформації про гормональний фон, слід визначити значення вільного і загального тестостерону. Доведено, що сама низька смертність у чоловіків з нормальним рівнем вільного і загального тестостерону.

Метою роботи було вивчення гормонального балансу за показниками рівня загального та вільного тестостерону у осіб різних вікових груп, які були відібрані методом випадкової вибірки.

До I групи увійшли 23 особи середнього віку (45-59 років), до II групи були віднесені 26 чоловіків похилого і старечого віку (60 і більше років). Всі особи, що взяли участь у обстеженні не пред'являли скарг на вегетосудинні розлади, порушення обміну речовин та розлади психоемоційної сфери. Концентрацію загального та біодоступного тестостерону визначали імуноферментним методом (система Хема, Іспанія). Всі отримані результати порівнювали з відповідними віковими нормами зазначених показників.

За результатами дослідження I групи осіб, у 4 (17%) чоловіків було виявлене зниження рівня як загального так і вільного тестостерону, а у 3 (13%) осіб визначалося зниження тільки загального тестостерону, при цьому рівень