

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: Том 12, Випуск 1-2 (37-38) 2012 ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

- С Т А Т Т І - Стоматологія

Аветіков Д.С., Ставицький С.О.	5
ОПТИМІЗАЦІЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНИХ РУБЦІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ	
Аветіков Д.С., Скрипник В.М.	9
ЗАСТОСУВАННЯ КРЕМУ «ДЕРМОФІБРАЗЕ» В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ УТВОРЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ НА ГОЛОВІ ТА ШИЇ	
Бойченко О.М.	12
КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ВИКОРИСТАННЯМ АНТИГІПОКСАНТІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ДІЇ	
Виженко Є.Є.	18
ФІЗИКО-МЕХАНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ЦЕМЕНТІВ ДЛЯ ФІКСАЦІЇ НЕЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НА ІМПЛАНТАТАХ	
Головко Н.В., Хейдарі Мехді Хоссейн	21
ПРОГНОЗ ЛІКУВАННЯ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ГЛИБОКИМ ПРИКУСОМ	
Грецьких Е.В., Сторожева М.В.	24
ВЛИЯНИЕ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.	
Гришко Ю.М., Мошель Т.М., Ганчо О.В.	29
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АКТИВНОСТІ ЛІЗОЦИМУ РОТОВОЇ РІДИНИ ІЗ СТОМАТОЛОГІЧНИМ І СОМАТИЧНИМ СТАТУСОМ	
Іваницька О.С., Рибалов О.В., Скієвич М.Г.	31
КОМПЛЕКСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ПЕРИФЕРІЙНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯК ОСНОВА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЇХ ЛІКУВАННЯ	
Іваницький І.О., Ніколішин А.К., Петрушанко Т.О.	35
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЗУБНОЇ ПАСТИ «COLGATE SENSITIVE PRO-RELIEF» ТА ПРЕПАРАТУ «ГЛУФТОРЕД» У ЛІКУВАННІ ПІДВИЩЕНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВ	
Іленко Н.В.	39
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ТА БІОФІЗИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ РОТОВОЇ РІДИНИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ	
Лобань Г.А., Ганчо О.В., Черета В.В.	43
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МЕТОДІВ ВИДІЛЕННЯ МІКРООРГАНІЗМІВ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ	
Новіков Є.М.	45
ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В РОТОВІЙ РІДИНІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ У ДІТЕЙ В ПЕРІОД ЗМІННОГО ПРИКУСУ	
Островська Л.Й., Петрушанко Т.О., Пурденко Т.Й.	48
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ У ТКАНИНАХ ЯСЕН	
Падалка А.І.	52
МЕТОДОЛОГІЯ ЗАВЧАСНОГО ІНДИВІДУАЛЬНОГО ВИБОРУ ЕФЕКТИВНОГО КАРІЄСПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАСОБУ	
Поліщук Т.В., Скрипников П.М., Кайдашев І.П.	56

ДІАГНОСТИКА ДИСБІОЗУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ МЕТОДОМ МУЛЬТИПЛЕКСНОЇ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ З РЕЄСТРАЦІЄЮ ДАНИХ В РЕАЛЬНОМУ ЧАСІ

Попович І.Ю., Гасюк Н.В.	60
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ СПОСОБІВ ПРЕПАРУВАННЯ ТА ОБТУРАЦІЇ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ	
Ступак О.П.	63
КОРЕКЦІЯ САЛІВАЦІЇ У ХВОРИХ З КАНДИДОЗОМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1 – ОДНА З ОСНОВНИХ ЛАНОК ЯКІСНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ЛІКУВАННЯ	
Ткаченко П.І., Гуржій О.В., Доброскок В.О.	67
КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСТРОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ ТА ЙОГО НАСЛІДКИ	
Марченко А.В., Шиленко Д.Р., Дубина В.А., Давьіденко С.В., Писаренко Е.А.	71
ТЕХНІКА КОМПЕНСАЦІЇ ЕФФЕКТА ПУРКИНЬЕ ПРИ РЕСТАВРАЦІЇ ЗУБОВ НАНОКОМПОЗИТНИМИ МАТЕРІАЛАМИ	
Яценко О.І.	75
СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ АСИММЕТРИИ ЛИЦА И ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМ РЕЗЦОВЫМ ПЕРЕКРЫТИЕМ	

Клінічна медицина

Васякіна Л. О.	80
ПАТОМОРФОЗ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ ПНЕВМОКОНІОЗОМ ПІД ВПЛИВОМ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	
Голованова І.А., Гапон В. О., Філатова В.Л.	84
РОЛЬ СТУДЕНТСЬКОГО ТА МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ГРИПУ ТА ГРВІ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ	
Гринь К.В.	86
ЗАЛЕЖНІСТЬ СИНДРОМАЛЬНОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ВІД ГЛИБИНИ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗОДУ	
Должковий С.В.	90
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОГНОЗУВАННЯ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	
Дудченко М.А., Третяк Н.Г., Новак О.В., Лаптева О.І., Петренко В.А.	92
ЕФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕННЯ БОЛЕЗНЕЙ ХОЛЕДОХА У ПАЦІЕНТІВ С СОЧЕТАННИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Ждан В.М., Ткаченко М.В., Гопко О.Ф.	96
ПЛЕЙОТРОПНІ ЕФЕКТИ СТАТИНІВ: АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ У ПАЦІЕНТІВ З ОСТЕОАРТРИТОМ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	
Ждан В.М., Капустянська А.А., Капустянський Д.В.	100
УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ	
Іваницький І.В.	103
ДІАГНОСТИКА ХВОРОБИ ГОФФА ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ	
Капустянський Д.В., Капустянська А.А., Лавренко Д.О.	105
ВДОСКОНАЛЕННЯ ОБРОБКИ КУЛЬТІ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА ПРИ ДЕСТРУКТИВНИХ КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ.	
Кінаш Ю.М., Несіна І.М., Шпехт Т.В., Коленко І.О.	107
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ФОРМУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ	
Кириченко Т.С., Коваль Т.І.	111
ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ TLR-4 НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	
Кудря І.П.	114
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ДОБОВИХ КОЛИВАНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
Курило В. О.	117
ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ІЗ РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ І СІМЕЙНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ	
Лавренко Д.О., Капустянський Д.В., Осіпов О.С., Кучеренко Д.О.	122
МОНІТОРИНГ ПОКАЗНИКІВ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ	
Малик С.В., Кучеренко Д.О., Лавренко Д.О.	124
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕСТРУКТИВНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОЛІФТИНГУ	
Мохначёв А.В.	128
ПОДАГРА, ГИПЕРУРИКЕМИЯ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ	
Нурбев Ф.Э., Сулейманов С.Ф., Садыкова С.Ш., Махмудов Б.Ф., Хикматов Ж.С., Мурадова Г.Я.	132
ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В	
Оганезян А. Г.	134
ФЕРМЕНТАТИВНА АКТИВНІСТЬ ВМІСТУ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ ПРИ ТЯЖКОМУ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ ЯК КРИТЕРІЙ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАННЯ	
Осіпов О.С., Малик С.В., Лавренко Д.О., Безручко М.В.	137

УДК: 616.12-005.4-002-008.33

Кудря І. П.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ДОБОВИХ КОЛИВАНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Метою дослідження було визначення взаємозв'язку між вмістом прозапальних та протизапальних цитокінів, хронічною серцевою недостатністю та добовими коливаннями артеріального тиску у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою. Досліджено 35 хворих з вище згаданою патологією. Проводили цілодобове моніторування електрокардіограми та артеріального тиску, досліджували прозапальні та протизапальні цитокіни. Згідно отриманих результатів у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою спостерігається взаємозв'язок між маркерами запального процесу - пряма залежність між прозапальними (інтерлейкін-1 β , -6, -8) та протизапальними цитокінами (інтерлейкін-10), зворотня між рівнем С-реактивного білка і фактором некрозу пухлин-альфа. Установлено підвищення рівня інтерлейкіну-6 у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою, ускладнених хронічною серцевою недостатністю II-А, II-Б стадій за М.Д. Стражеском, В.Х. Василенком та III-IV функціональним класом за NYHA. Визначено достовірний кореляційний зв'язок між інтерлейкінами-1 β , -6, -10 та добовими коливаннями артеріального тиску у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, цитокіни.

Робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри внутрішньої медицини № 1 ВДНЗУ "УМСА" на тему «Значення прозапальних, проаритмічних, дисметаболічних факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування» (№ державної реєстрації 0106U003238).

Вступ

Запальний процес відіграє важливу роль у патогенезі ішемічної хвороби серця (ІХС) та гіпертонічної хвороби (ГХ) [1, 11, 13]. В їх основі лежить атеросклеротичне ушкодження судин, що дозволяє розглядати атеросклероз як своєрідну форму хронічного запального процесу [1, 8, 10]. Хронічна серцева недостатність (ХСН) залишається важким і прогностично несприятливим ускладненням захворювань серцево-судинної системи і, зокрема, ІХС та ГХ, що знижує якість життя і зумовлює високу смертність та інвалідизацію населення [2, 3, 6, 9]. Важлива роль в розвитку ХСН поряд з активацією ренін-ангіотензин-альдостеронової і симпатoadреналової систем надається запальній реакції [4, 7]. Останнім часом клінічне значення вивчення зв'язку маркерів запалення (прозапальних та протизапальних цитокінів), ХСН та добового коливання артеріального тиску (АТ) у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ є актуальною проблемою кардіології, тому що надає можливість повному підійти до прогнозування ускладнень і наслідків атеросклеротичного процесу.

Мета дослідження

Визначення взаємозв'язку між вмістом прозапальних та протизапальних цитокінів, ХСН та добовими коливаннями АТ у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ.

Матеріали та методи дослідження

До дослідження включено 35 хворих на ІХС в поєднанні з ГХ. Хворі були розподілені наступним чином: 26 (74,3 %) хворих мали стабільну стенокардію напруження, в тому числі 12 (34,3 %) – II ФК, 14 (40 %) – III ФК; 9 (25,7 %) - у вигляді кардіосклерозу атеросклеротичного з сер-

цевою недостатністю, в тому числі 6 (17,1 %) - у поєднанні з порушенням ритму. Супутня ГХ II ст. була у 20 (57,1 %), ГХ III ст., постінфарктний кардіосклероз - у 15 (42,9 %). У 13 (37,1 %) хворих визначили порушення ритму і провідності серця, в тому числі пароксизмальну фібриляцію передсердь - у 5 (14,3 %), поодинокі монотопну надшлуночкову - у 2 (5,7 %) і шлуночкову екстрасистолії - в 1 (2,8 %), шлуночкову бігемінію - в 3 (8,6 %), поєднання політопної надшлуночкової і шлуночкової екстрасистолії - у 2 (5,7 %). ХСН визначали за критеріями та класифікацією Українського наукового товариства кардіологів (2007): у 20 (57,1 %) хворих спостерігалася ХСН I ст. за М.Д. Стражеском, В.Х. Василенком, II ФК за NYHA, у 12 (34,3 %) - СН II А ст., III ФК; у 3 (8,6 %) - СН II-Б ст., IV ФК, Вік досліджених - 61,63 \pm 1,26; 7,83; 59,06-64,19 (M \pm SEM; SD; 95% CI), максимум - 72, мінімум - 44 роки. Кількість чоловіків, що взяли участь в обстеженні - 27 (77,1 %), жінок - 8 (22,9 %).

Діагноз ІХС, ГХ, ХСН верифікували відповідно до рекомендацій Європейського кардіологічного товариства з діагностики та лікування стенокардії (2006), з лікування артеріальної гіпертензії (2007 р.), Європейського товариства гіпертензії та відповідно до стандартів надання допомоги кардіологічним хворим за наказом № 436 Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.2006 р.

Хворим проводили цілодобове моніторування електрокардіограми та АТ за допомогою амбулаторного моніторування за системою "Кардіотехніка 4000АТ", «Кардіотехніка 04-АД-3» ("ИНКАРТ", Росія) з реєстрацією трьох модифікованих відведень, близьких до V4, V6 та Y.

Досліджували маркери запалення - прозапальні та протизапальні інтерлейкіни-1 β , -6, -8, -10 (ІЛ-1 β , ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-10, фактор некрозу пухлин-

альфа (ФНП-α), С-реактивний білок (СРБ) людини в сироватці крові твердофазним імуноферментним методом, за допомогою набору реагентів: ProCon IL-1β (С.-Петербург) для ІЛ-1β, ProCon IL-6 (С.-Петербург) для ІЛ-6, «ІЛ-8 – ИФА – БЕСТ» (Новосибірськ) для ІЛ-8, ProCon IL-10 (С.-Петербург) для ІЛ-10, hsCRP ELISA (США) для СРБ, ProCon TNFα (С.-Петербург) для ФНП-α.

Статистичний аналіз отриманих результатів охоплював непараметричні методи - тест Mann-Whitney U (MW) для двох незалежних вибірок варіабельностей, хі-квадрат тест [11], точний метод Фішера (за програмою Statistica for Windows Release 13.00, SPSS Inc., 1989-2004). Нормальність розподілу варіацій перевіряли за W тестом Shapiro-Wilks. Вивчали корелятивний зв'язок між факторами за даними параметричного (за Pearson) та непараметричного (за Spearman) кореляційного аналізу (за програмою "SPSS for Windows Release 13.00", SPSS Inc., 1989-2004).

Результати та їх обговорення

У хворих на ІХС в поєднанні з ГХ за даними параметричного і непараметричного кореляційного аналізу визначено середній прямий кореляційний зв'язок між рівнями ІЛ-1β, пкг/мл (непа-

раметричний за Psw=0,0001) та 10, пг/мл (параметричний за Psw=0,0001) – r =0,716, Pr =0,001, R=0,639, PR=0,0001, де r – кореляція за Пірсоном, Pr – P - достовірність кореляції за Пірсоном, Psw – визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro-Wilk; середній прямий кореляційний зв'язок між рівнями ІЛ-8, пкг/мл (непараметричний за Psw=0,0001) та ІЛ-6, пкг/мл (непараметричний за Psw=0,0001) - r =0,354, Pr =0,037, R=0,434, PR=0,009. Непараметричним кореляційним аналізом встановлено середній зворотній кореляційний зв'язок між рівнями СРБ, мл/л (параметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,102) та ФНП-α, пкг/мл (непараметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,0001) R=-0,354, PR=0,038; середній прямий кореляційний зв'язок між рівнями ІЛ-1β, пкг/мл (непараметричний за Psw=0,0001) та ФНП-α, пкг/мл (непараметричний за Psw=0,0001) - R=0,498, PR=0,0002; середній прямий кореляційний зв'язок між рівнями ІЛ-10, пг/мл (непараметричний за Psw=0,0001) та ФНП-α, пкг/мл (непараметричний за Psw=0,0001) - R=0,410, PR=0,014.

Значне підвищення рівня ІЛ-6 було характерним для хворих ІХС в поєднанні з ГХ, ускладнених ХСН ІІ-А та ІІ-Б стадій за М.Д. Стражеском, В.Х. Василенком (табл. 1).

Таблиця 1
Рівень ІЛ-6 у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ залежно від вираженості стадії ХСН (M±SEM; SD; 95% CI; Med; Q)

Показник рівня цитокіну	Хворі на ІХС у поєднанні з ГХ залежно від вираженості стадії ХСН за М.Д. Стражеском, В.Х. Василенком	
	I (n = 20)	II-A, II-B (n = 15)
Інтерлейкін-6, пкг/мл	3,2±1,27; 5,69; (0,53 - 5,87); 0; (0-4); непараметричний за Psw=0,0001; PMW=0,043	12,2±3,63; 14,05; (4,42 - 19,98); 9; (0-30); непараметричний за Psw=0,003

Примітки: M – середня, SEM – стандартна похибка; SD – стандартне відхилення, 95% CI – 95% довірчі інтервали для середньої; Med – медіана; Q – нижні та верхні квартилі, Psw – визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro-Wilk, PMW – різниця між групами хворих на ІХС в поєднанні з ГХ від стадії ХСН за даними непараметричного тесту Mann-Whitney (MW) для двох незалежних вибірок варіабельностей.

У хворих на ІХС в поєднанні з ГХ та наявністю ХСН ІІІ-ІV функціонального класу за NYHA

спостерігалася підвищення рівня ІЛ-6 (табл. 2).

Таблиця 2
Залежність між рівнем інтерлейкіну-6 та ХСН за функціональним класом за NYHA у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ

Групи досліджених залежно від ХСН за ФК за NYHA	Рівень інтерлейкіну-6, пкг/мл	
	норма (n = 24)	понад норму (n = 11)
II (n=20)	17 (*89,5%, **70,8%, ***48,6%)	2 (*10,5%, **18,2%, ***5,7%)
III-IV (n=15)	7 (*43,8%, **29,2%, ***20%)	9 (*56,3%, **81,8%, ***25,7%)

*Примітки: * – відсоток від кількісної характеристики вираженості ХСН за функціональним класом за NYHA (за рядком), ** – відсоток від кількісної характеристики хворих залежно від рівня ІЛ-6 (за колонкою), *** – відсоток від кількісної ситуаційної характеристики залежності між вираженістю ХСН за функціональним класом за NYHA та рівнем ІЛ-6.*

Значимість різниці між ХСН за функціональним класом за NYHA та рівнем ІЛ-6 за даними Хі – квадрата Пірсона, відношення вірогідностей,

асоціації лінійного через лінійне, точним методом Фішера (табл. 3).

Таблиця 3
Дані про значимість різниці між ХСН за функціональним класом за NYHA та рівнем інтерлейкіну-6 за даними Хі – квадрат тестаму

Показники	Значення	df	Значимість (двобічна)	Достовірність за точним методом Фішера (двобічна)
Хі-квадрат за Пірсоном	8,426	1	0,004	
Відношення вірогідностей	8,857	1	0,003	
Спадкоємність корекції	6,438	1	0,011	
Точний тест Фішера				0,009
Асоціація лінійного через лінійне	8,185	1	0,004	

У хворих на ІХС в поєднанні з ГХ визначили залежність між ІЛ-6 та САТ параметричним і не-

параметричним кореляційним аналізом: середній прямий кореляційний зв'язок між рівнем ІЛ-6, пкг/мл (непараметричний за Psw=0,0001) та ма-

ксимальний САТ удень, мм рт. ст. (параметричний за $P_{sw}=0,713$) – $r=0,457$, $P_r=0,033$, $R=0,457$, $PR=0,033$; середній прямий кореляційний зв'язок між рівнем ІЛ-6, пкг/мл (непараметричний за $P_{sw}=0,0001$) та мінімальний САТ удень, мм рт. ст. (параметричний за $P_{sw}=0,704$) – $r=0,455$, $P_r=0,033$, $R=0,442$, $PR=0,039$. За даними параметричного кореляційного аналізу відмічається прямий кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-6, пкг/мл (непараметричний за $P_{sw}=0,0001$) та максимальним САТ уночі,

мм рт. ст. (параметричний за $P_{sw}=0,450$) – $r=0,496$, $P_r=0,019$. Непараметричним кореляційним аналізом встановлено прямий кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-10, пг/мл (непараметричний за $P_{sw}=0,0001$) і середнім САТ уночі, мм рт. ст. (параметричний за $P_{sw}=0,588$) – $R=0,457$, $PR=0,019$.

Спостерігається достовірна залежність між цитокинами та САТ у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ (табл. 4).

Таблиця 4

Кореляційний зв'язок між цитокинами та САТ у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ

Кореляція між такими показниками	r	Pr	R	PR
Рівень ІЛ-1 β , пкг/мл (непараметричний за $P_{sw}=0,0001$) та мінімальний САТ удень, мм рт. ст. (параметричний за $P_{sw}=0,704$)	0,517	0,014	0,498	0,018
Рівень ІЛ-10, пг/мл (непараметричний за $P_{sw}=0,0001$) та мінімальний САТ удень, мм рт. ст. (параметричний за $P_{sw}=0,704$)	0,513	0,015	0,529	0,011
Рівень ІЛ-10, пг/мл (непараметричний за $P_{sw}=0,0001$) та мінімальний ДАТ удень, мм рт. ст. (параметричний за $P_{sw}=0,390$)	0,510	0,014	0,434	0,022

Примітки: r – кореляція за Пірсоном, Pr – P-достовірність кореляції за Пірсоном, R – кореляція за Спірменом, PR – P-достовірність кореляції за Спірменом, Psw – визначення типу розподілу варіабельностей за тестом Shapiro-Wilk.

Параметричним та непараметричним кореляційним аналізом визначено прямий кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-1 β і мінімальним САТ удень; прямий кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-10 та мінімальним САТ удень; прямий кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-10 і мінімальним ДАТ удень.

За нашими даними у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ, ускладнених ХСН, відмічається підвищений ІЛ-6, що підтверджується іншими літературними даними [4, 7], що пов'язано з активацією системи прозапальних цитокинів, з індукцією молекул міжклітинної адгезії та хемокінів, білків гострої фази запалення. Між тим, є дані, що активація імунзапальних процесів і експресія цитокинів також може бути обумовлена гіперактивністю симпатoadреналової систем [4, 7].

В результаті нашого дослідження у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ виявлена достовірна кореляція між ІЛ-1 β , -6, -10 і значеннями добового коливання АТ, що підтверджує зв'язок процесів запалення з порушеннями механічних (зміни нормального струму крові) і нейрогуморальних факторів, і насамперед ренін-ангіотензинової системи, сприяючи, таким чином, посиленню оксидантного стресу [5, 12, 13].

Отже, взаємозв'язок вмісту маркерів запалення, ХСН та добовими коливаннями АТ відіграє значну роль в перебігу ІХС в поєднанні з ГХ і мають діагностичну значимість.

Висновки

1. У хворих на ІХС в поєднанні з ГХ спостерігається взаємозв'язок між маркерами запального процесу - пряма залежність між прозапальними (інтерлейкін-1 β , -6, -8) та протизапальним цитокинами (інтерлейцин-10), зворотня між рівнем С-реактивного білка і фактором некрозу пухлин альфа.

2. Встановлено підвищення рівня інтерлейкі-

ну-6 у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ, ускладнених ХСН II-A, II-B стадій за М.Д. Стражеском, В.Х. Василенком та III-IV функціональним класом за NYHA.

3. Визначено достовірний кореляційний зв'язок між інтерлейкінами-1 β , -6, -10 та добовими коливаннями артеріального тиску у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ.

Література

1. Алекперов Э.З. Современные концепции о роли воспаления при атеросклерозе / Э.З. Алекперов, Р.Н. Наджафов // Кардиология. – 2010. – № 6. – С. 88–91.
2. Гайдаєва Ю.А. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги. Аналітично-статистичний посібник / Під редакцією Ю.А. Гайдаєва, В. М. Коваленко, В.М. Корнацького – К., – 2007. – 97 с.
3. Демихова Н.В. Значение цитокинов у больных с артериальной гипертензией / Н.В. Демихова // Вісник СумДУ. – 2011. – № 1. – С. 93–96.
4. Ковалевська Л.А. Роль активаторів цитокинів у розвитку хронічної серцевої недостатності хворих похилого віку з ішемічною хворобою серця і гіпертонічною хворобою / Л.А. Ковалевська // Одеський медичний журнал. – 2005. – № 5 (91). – С. 64–67.
5. Маврин А.П. Исследование связи маркеров воспаления с уровнем артериального давления / А.П. Маврин, Б. В. Головской // Цитокины и воспаление. – 2006. – № 4. – С. 11–12.
6. Палеев Ф.Н. Неспецифические маркеры воспаления в прогнозировании течения ишемической болезни сердца / Ф.Н. Палеев, И.С. Абудеева, О.В. Москалец [и др.] // Кардиология. – 2009. – № 9. – С. 59–65.
7. Серик С.А. Про- и противовоспалительные цитокины у больных с ишемической болезнью сердца при прогрессировании хронической сердечной недостаточности / С.А. Серик, С.В. Степанова, В.И. Волков // Український кардіологічний журнал. – 2004. – № 4. – С. 53–61.
8. Лутай М.И. Системное воспаление у пациентов с ишемической болезнью сердца: взаимосвязь с клиническим течением и наличием факторов риска / М.И. Лутай, И.П. Голикова, С.И. Деяк [и др.] // Український медичний часопис. – 2006. – № 2 (52), I,II/IV. – С. 80–83.
9. Hansen T. Ambulatory blood pressure monitoring and risk of cardiovascular disease: a population based study / T. Hansen, J. Jeppesen, S. Ramussen [et al.] // Amer. J. Hypertens. – 2006. – V. 19 (3). – P. 243–250.
10. Chrysohoou C. Association between prehypertension status and inflammatory markers related to atherosclerotic disease / C. Chrysohoou, C. Pitsavos, D. Panagiotakos [et al.] // Am. J. Hypertens. – 2004. – V. 17. – P. 568–573.
11. Mahmoudi M. Atherogenesis: the role of inflammation and infection / M. Mahmoudi, N. Curzen, P. Gallagher [et al.] // Rev. Esp. Cardiol. – 2007. – № 60 (3). – P. 268–275.
12. Davis B.R. Antihypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack (ALLHAT) / B.R. Davis // JAMA. – 2000. – V. 283. – P. 1967 – 1975.

Реферат

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И СУТОЧНЫХ КОЛЕБАНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кудря И.П.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, цитокины.

Целью исследования было определение взаимосвязи между содержанием провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, хронической сердечной недостаточностью и суточными колебаниями артериального давления у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с гипертонической болезнью. Исследовано 35 больных с выше упомянутой патологией. Проводили круглосуточное мониторирование электрокардиограммы и артериального давления, исследовали провоспалительные и противовоспалительные цитокины. Согласно полученным результатам у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с гипертонической болезнью наблюдается взаимосвязь между маркерами воспалительного процесса - прямая зависимость между провоспалительными (интерлейкин-1 β , -6, -8) и противовоспалительным цитокином (интерлейцин-10), обратная между уровнем С-реактивного белка и фактором некроза опухоли-альфа. Установлено повышение уровня интерлейкина-6 у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с гипертонической болезнью, осложненных хронической сердечной недостаточностью II-A, II-B стадий по Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко и III-IV функциональным классом по NYHA. Определена достоверная корреляционная связь между интерлейкина-1 β , -6, -10 и суточными колебаниями артериального давления у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с гипертонической болезнью.

Summary

CORRELATION BETWEEN CONTENTS OF INFLAMMATION MARKERS AND DAILY FLUCTUATIONS OF ARTERIAL PRESSURE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE COMBINED WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

Kudrya I. P.

Key words: Coronary artery disease, essential hypertension, cytokines.

The study was aimed to determine the correlation between the content of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines, chronic heart failure and daily fluctuations in arterial pressure in patients with ischemic heart disease combined with essential hypertension. 35 patients with the above mentioned pathology were subjected to round the clock ECG and blood pressure monitoring. We also studied pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines. According to the results obtained patients with coronary artery disease combined with essential hypertension show the correlation between inflammatory markers as a direct relationship between pro-inflammatory (interleukin-1 β , -6, -8) and anti-inflammatory cytokines (interleukin-10), between the level of new C-reactive protein and tumor necrosis factor-alpha. There has been established the increase of interleukin-6 in the patients with coronary artery disease combined with essential hypertension complicated by congestive heart failure II-A, II-B stages by N.D. Strazhesko, W.H. Vasilenko and III-IV functional class by NYHA. We have determined the reliable correlation between interleukins-1 β , -6, -10 and daily fluctuations in arterial pressure in these patients.

УДК 615.851+616.89+159.9]:616-07.001

Курило В. О.

ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ІЗ РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ І СІМЕЙНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ

Запорізький державний медичний університет

У даній публікації представлено результати спеціалізованого клініко-психофеноменологічного обстеження жінок із розладами особистості, що мають місце разом із ознаками сімейної дезадаптації. Проведений аналіз компонентів психотерапевтичної діагностики, окремо ж виявлених в них клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів.

Ключові слова: сімейна дезадаптація, розлади особистості, психотерапевтична діагностика, клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми.

Особливості сімейних відносин та їх функціонування є індикатором в ряді психопатологічних розладів. Серед таких розладів особливе місце за специфічністю займають розлади особистості [4, 5, 10].

Розлади особистості виявлені в одного з сімейної пари частіше за все впливають на розвиток сімейної дезадаптації. По різному проявляються розлади особистості як в чоловіків, так і у

жінок. Тому дані феномени є обумовленими взаємодією соціальних, психологічних, соціально-психологічних та біологічних чинників [1, 2, 8].

Специфічні розлади особистості, їх клінічні прояви, перебіг, патогенетичні особливості та питання фармакотерапії й психотерапії є достатньо вивченою проблемою [4, 6, 13].

Однак слід зазначити, що по сьогодні відзначаються пробіли у психотерапевтичному супро-