

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Тащук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



(зниження рівня відновленого глутатіону у 1,12 рази, ($p < 0,05$)), що може призводити до істотнішого накопичення в крові оксидативно модифікованих білків.

Зміни структурно-функціональних властивостей формених елементів крові у хворих на хронічний панкреатит у поєднанні з гіпотиреозом, зокрема, більш істотно зменшення індексу деформабельності еритроцитів (на 15%, $p < 0,05$) та підвищення відносної в'язкості еритроцитарної суспензії (у 1,4 рази, $p < 0,05$), а також зміни фібринолітичної та протеолітичної активності крові, зокрема, зменшення сумарної фібринолітичної активності на 29,76% ($p < 0,05$) за рахунок не ферментативної та підвищення ферментативної фібринолітичної активності (на 31,93%, $p < 0,05$), зниження лізису азоальбуміну на 15,18% ($p < 0,05$), лізису азоказеїну на 16,48% ($p < 0,05$) та лізису азоколагену на 10,64% ($p < 0,05$) у порівнянні з хворими на ХП у порівнянні з хворими на хронічний панкреатит без супутньої патології щитовидної залози призводять до порушення коагуляційного потенціалу крові.

У хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з гіпотиреозом, виявляється дисліпопротеїнемія, яка проявляється підвищенням рівня загального холестерину (на 35,0%, $p < 0,05$), тригліцеридів (у 1,9 рази, $p < 0,05$), ліпопротеїдів низької щільності (на 41,0%, $p < 0,05$) та зниженням рівня ліпопротеїдів високої щільності (на 28,0%, $p < 0,05$) порівняно із хворими на хронічний панкреатит без патології щитовидної залози.

Таким чином, судинно-ендотеліальна дисфункція, підсилення окиснювальної модифікації білків на тлі декомпенсації протіоксидантної системи крові, дисліпопротеїнемія, зміни структурно-функціональних властивостей еритроцитів, фібринолітичної та протеолітичної активності крові є важливими факторами виникнення, прогресування і рецидивування хронічного панкреатиту у хворих на гіпотиреоз.

Рева Т.В.

ЕНДОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Одним з основних методів дослідження хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) залишається езофагогастрофіброскопія. Метод, який дозволяє оцінити ступінь змін слизової оболонки стравоходу та шлунка, наявність гриж стравохідного отвору діафрагми, транскардіальної міграції слизової оболонки шлунка, незмикання кардії, дуоденогастрального та гастроєзофагеального рефлюксу, стравоходу Barrett та супутньої патології верхніх відділів травного каналу. В обов'язковому порядку обстеження доповнюють біопсією.

Езофагогастродуоденофіброскопія проводилась за допомогою ендоскопа "Olympus CIF-XQ 40" (Японія). Хромоендоскопію проводили з метою виявлення ділянок шлункової або кишкової ектопії. При цьому в якості фарбника використовували розчин Люголя або метиленовий синій. Завдяки цій методиці ділянки зміненого епітелію слизової стравоходу стають більш помітними.

Класифікація ендоскопічно позитивної ГЕРХ (Лос-Анджелес, 1995) характеризує рефлюкс-езофагіт із ерозивними змінами. Тому гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу доцільніше класифікувати за ендоскопічними критеріями важкості рефлюкс-езофагіту за Savary-Miller (1978) у модифікації G.N.J. Tutgat і співавт. (1990): 0 – ознаки ураження СО стравоходу відсутні, чітко визначається кардіальний сфінктер, СО у дистальному відділі стравоходу гладка, блискуча; I ступінь – слабо виражена вогнищева або дифузна еритема, СО стравоходу на рівні кардіального сфінктера пухка, спостерігається згладженість. СО не блискуча у дистальних відділах, порушення її цілості немає; II ступінь – наявні одна або більше поверхневих ерозій із ексудатом або без нього, частіше лінійної форми, які розташовуються на верхівках складок. Вони займають менше 10% поверхні СО дистального відділу стравоходу (п'ятисантиметрова зона СО стравоходу вище кардіального сфінктера); III ступінь – зливні ерозії вкриті ексудатом або відірваними некротичними масами, які не поширюються циркулярно. Обсяг ураження СО дистального відділу стравоходу менше 50%; IV ступінь – циркулярно розташовані зливні ерозії або ексудативно-некротичні ураження, які займають всю п'ятисантиметрову зону стравоходу вище кардіального сфінктера із поширенням на дистальний відділ стравоходу; V ступінь – глибокі виразки й ерозії різних відділів стравоходу; стриктури і фіброз його стінок, короткий стравохід.

Нами було обстежено 101 хворий на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу на тлі зниженої функції щитоподібної залози та 25 хворих на ГЕРХ без патології зі сторони щитоподібної залози. Серед хворих на ГЕРХ на тлі гіпотиреозу ерозивний езофагіт діагностували у 23 пацієнтів (22,77%), катаральний езофагіт у 35 (34,6%) хворих, у інших пацієнтів видимих змін зі сторони слизової оболонки не було виявлено. Атрофічний гастрит діагностовано у 97 (96,04%) хворих. Практично у всіх хворих натше у шлунку виявлена жовч. У групі хворих на ГЕРХ без гіпотиреозу ерозивний езофагіт було діагностовано у 19 хворих (52,8%), катаральний езофагіт - у 13 (36,1%) хворих та у 4 (11,1%) - змін слизової виявлено не було. Атрофічний гастрит діагностовано у 2 хворих (5,55%), ерозивний у 10 (27,8%), а катаральний у 24 (66,67%) хворих.

В основній та контрольній групах переважали хворі на не ерозивну форму езофагіту, дещо рідше зустрічались ендоскопічні ерозивні зміни I-го ступеню. У той же час у групі порівняння (хворі на ГЕРХ без гіпотиреозу) переважали хворі з ендоскопічними ерозивними змінами слизової стравоходу I-го ступеня, а не ерозивні форми зустрічались лише у 16% спостережень.



Проаналізувавши дані про залежність змін слизової стравоходу від давності захворювання на гіпотиреоз, можна зробити висновок, що не ерозивні форми ГЕРХ переважають серед хворих із давністю захворювання на гіпотиреоз до 5-ти років. Серед хворих, які хворіють понад 10 років, переважають ерозивні форми змін слизової оболонки стравоходу. Подібний розподіл ендоскопічних змін слизової стравоходу спостерігався у хворих на ГЕРХ. У перші 5 років захворювання на ГЕРХ переважають не ерозивні зміни слизової, у наступні роки поступово починають переважати ерозивні форми езофагітів.

Роборчук С.В., Зуб Л.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА ІНТЕНСИВНОСТІ ПОЛ ТА АОС У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З НАЯВНІСТЮ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Вільні радикали є токсичними як для гломерулярної базальної мембрани, так і для інтерстиціальної тканини. Виснаження антиоксидантної системи (АОС), яка відповідає за інактивацію та накопичення продуктів ПОЛ при патології нирок, особливо у хворих на ревматоїдний артрит (РА), є небезпечним і провокуючим фактором у прогресуванні захворювання.

Метою дослідження було вивчити інтенсивність ПОЛ та АОС у хворих на ревматоїдний артрит з наявністю хронічної хвороби нирок.

Було досліджено 75 хворих на РА з наявністю ХХН I ст. та 20 здорових осіб. За наявністю нефрологічної нозології хворих було розподілено на групи: I – РА без патології нирок (20 осіб); II – РА з вторинним гломерулонефритом (22 осіб); III – РА з інтерстиціальним нефритом (19 осіб); IV – РА з амілоїдозом (14 осіб). Усім досліджуваним визначалися: глутатіон відновлений (ГЛ-SH), глутатіон-s-трансфераза (Гл-ST) і глутатіонпероксидаза (ГЛ-Рх) крові, МДА крові та сечі.

В результаті дослідження виявлено, що у хворих на IV групи зміни ПОЛ були значно вираженими у порівнянні з відповідними даними решти пацієнтів з ураженням нирок ($p < 0,05$). У хворих II та III груп показники АОС, при порівнянні їх між собою, не мали вірогідних відмінностей та були значно зниженими ($p < 0,05$). Найбільш вірогідними були зміни, що визначалися при дослідженні МДА крові та сечі. Дані показники були вірогідно підвищені, що найбільше проявлялося у пацієнтів IV групи ($p < 0,001$).

Таким чином, у хворих на РА із залученням в патологічний процес нирок відбувається істотне зниження активності АОС та зростання вмісту продуктів пероксидації в крові та сечі, що вірогідно відрізняється від відповідних даних у пацієнтів з РА без уражень нирок. Найбільш вираженими були зміни показників МДА крові та сечі у хворих на амілоїдоз нирок.

Руснак І.Т., Ташук В.К.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ ДЛЯ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Буковинський державний медичний університет

Показники диференційованої електрокардіографії (ЕКГ) дозволяють оптимізувати діагностичну цінність проведення ЕКГ дослідження в пацієнтів із патологією серцево-судинної системи, а визначення показника відношення максимальних швидкостей (ВМШ) є результатом впливів наявних гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), артеріальної гіпертензії (АГ), стабільної стенокардії (СС) та серцевої недостатності (СН).

Із метою об'єктивізації кількісної оцінки ГЛШ проведена комп'ютерна обробка електрокардіограм (ЕКГ) з їх оцифровкою та побудовою першої похідної диференційованого зубця Т (запропонована модель Халфеном Е.Ш.). Суть методу полягає у визначенні швидкісних показників зубця Т диференційованої ЕКГ, які аналізуються при підсиленій і оцифрованій ЕКГ в V_1 , V_2 та V_6 відведеннях, що зумовлено особливостями локалізації визначення можливих уражень міокарда. Відповідно до I відведення ЕКГ аналізувався стан передньої стінки лівого шлуночка (ЛШ), III відведення ЕКГ – задньої стінки ЛШ, V_2 відведення ЕКГ – міжшлуночкової перетинки, V_6 відведення ЕКГ – бокової стінки ЛШ. Отримані дані вводилися за допомогою сканера у персональний комп'ютер із підсиленням та оцифруванням ЕКГ та розрахунком першої похідної зубця Т з оцінкою кількісних розрахунків першої похідної зубця Т ЕКГ.

Кількісні показники, що аналізувалися в розрахунках швидкості змін різниці потенціалів при реполяризації шлуночків, стосувались визначення показника ВМШ відношення сусідніх екстремальних значень (ВСЕЗ) на першому коліні зубця Т (V_1 / V_3) диференційованої ЕКГ.

Так, для здорових ВМШ складає в межах $1,80 \pm 0,7$ Од, при СС певною мірою залежить від функціонального класу і дорівнює для ФК I-II – $1,60 \pm 0,11$ Од, для ФК II-III – $1,30 \pm 0,80$ Од, знижуючись при гострому неQ-інфаркті міокарда до $0,98 \pm 0,08$ та гострому Q-інфаркті міокарда до $0,71 \pm 0,10$ Од, в той же час значно зростаючи при ГЛШ, у випадку якої рівень показника ВМШ складає $2,47 \pm 0,22$ Од. Розподіл показника для ВСЕЗ: здорові – $0,77 \pm 0,02$ Од, при гострому неQ-інфаркті міокарда збільшення до $1,10 \pm 0,03$ та гострому Q-інфаркті міокарда до $1,12 \pm 0,03$ Од, всі розбіжності достовірні ($p < 0,001$). Встановлено, що значення ВМШ та ВСЕЗ відображають патологічні процеси у міокарді та мають свою тенденційну спрямованість при кожній патології.



Доведена роль оцінки показників диференційованої ЕКГ згідно аналізу ВМШ першої похідної зубця Т при зменшенні впливів факторів ішемії міокарда зі зростанням впливу ГЛШ на цей показник при залежності значення ВМШ від рівнів систолічного і діастолічного артеріального тиску (САТ і ДАТ) та індексу маси тіла. З погіршенням стану показник ВМШ зростає, що є відображенням патофізіологічних процесів ремоделювання міокарда ЛШ, у той час як оцінка ВСЕЗ першої похідної зубця Т є більш специфічною для визначення ішемічного компоненту впливу.

Показано зростання показника ВМШ диференційованої ЕКГ, залежно від наростання проявів СН, що можна розглядати як компенсаторне, з огляду на поєднання парадигми реалізації ГЛШ у формуванні СН з переважанням процесу в бік компенсації. Вплив ДАТ на показник ВМШ достовірний із приростом ознак ГЛШ для бокової стінки ЛШ та зменшенням для перетинкової ділянки ЛШ, а отже САТ, і ще більше ДАТ, обумовлюють ремоделювання ЛШ, на відміну від тези про незалежність ГЛШ від САТ.

Застосування диференційованої ЕКГ з її характерними змінами відносно наявної патології оптимізує діагностичну цінність методу кількісної оцінки ЕКГ.

Rusnak I.T., Tashchuk V.K.

THE RESULTS OF INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY IN CARDIOLOGY PRACTICE

*Department of Internal Medicine, Physical Rehabilitation and Sports Medicine
Bukovinian State Medical University*

Physical activity helps to prevent heart attacks and cardiovascular system diseases. The results of all available researches demonstrate that regular exercises in moderate amount are, perhaps, the most effective preventive measure of heart diseases and their complications.

In case of coronary artery diseases regular exercises help the body to form more auxiliary arteries through which the blood can flow around the body and bypass occluded blood vessels.

A patient with 80-90% occlusion of right coronary artery has been observed. After a year of regular trainings in aerobics a lot of collaterals appeared in the organism, making blood flow to certain parts of his body easier.

In other forty-year-old male patient, angiogram showed partial occlusion of coronary arteries. The occlusion was accompanied by chest pain. The coronary artery bypass grafting was not advised to the man, he had to use conservative method of treatment first. He agreed to regulate daily water intake and to begin with two glasses of water (0,5 l) exactly half an hour before meal. He was also recommended one hour walks in the morning and in the evening (20-30 minutes at the beginning, gradually increasing the time up to an hour). The outcome of the research has demonstrated that fat-burning enzymes, sensitive to hormones are activated after the first hour of walk and remain active for 12 hours. Thus, having walks twice a day, a patient activates fat-burning enzyme and accumulative effect of its activity is achieved. After three months of exercises this man addressed to one of the known medical centers in Houston for the final examination in order to make a decision about grafting. His new angiogram didn't show any signs of previous blood vessel occlusion. He didn't need surgery anymore.

Aerobic exercises contribute in blood pressure lowering, amount of triglycerides and low-density cholesterol, at the same time increasing the level of high-density cholesterol and preventing blood clotting.

The results of a large-scale eight year investigation of more than 84 thousand of nurses are significant. In those who regularly did complex of physical exercises, the risk of heart attack or stroke was 54% less, compared to those women, who had sedentary lifestyle.

Сенюк Б.П.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ РАФАХОЛІНУ Ц У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ, ПОЄДНАНУ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Однією із актуальних проблем сучасної гастроентерології є неалкогольна жирова хвороба печінки. В даного контингенту хворих має місце біліарна дисфункція, у зв'язку з чим їм найбільш доцільно є призначення препаратів, що одночасно володіють гепатопротекторною дією та відновлюють моторно-евакуаторну функцію жовчного міхура.

Метою дослідження було вивчення ефективності і переносимості рафахоліну Ц у терапії хворих з неалкогольною хворобою печінки, поєднаною з дискінезіями жовчовидільних шляхів. Дослідження проведено в 24 хворих із вказаною недугою. Вивчали особливості клінічного перебігу захворювання, біохімічні показники (білірубін, АлАТ, АсАТ, лужну фосфатазу, тимолову пробу, холестерин), жовчовидільну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів в «гострих» клінічних дослідженнях за допомогою фармакодинамічної ехохолістографії, та при курсовому лікуванні.

Рафаколін Ц призначали по 2 драже 3 рази на день після їжі впродовж 21 дня. До складу рафаколіну(рафаколін Ц, Herbarol, Вроцлав, Польща) входять екстракт редьки чорної, екстракт трави артишоку, масло м'яти перцевої, дегідрохолієва кислота та активоване вугілля. Поєднання таких складових, крім власне гепатопротекторної дії, забезпечує також стимуляцію жовчоутворення та жовчовиділення, усунення спазмів жовчного міхура, нормалізації моторної функції жовчовидільних шляхів і кишечника, пригнічення процесів бродіння та зменшення газоутворення.



Результати проведених досліджень показали позитивний вплив рафахоліну Ц на динаміку клінічних проявів, функціональний стан печінки та жовчовидільних шляхів. Під впливом проведеної терапії у вказаного контингенту хворих відзначали зменшення частоти і вираженості таких проявів диспепсичного синдрому як відрижка, зниження апетиту, відчуття сухості і гіркоти в роті, метеоризму, порушення кишкових випорожнень. Одночасно у хворих зменшувалась вираженість проявів астеничного синдрому: на 5-й день від початку лікування значно зменшилась загальна слабкість, підвищена втома у 15 (66,7%) хворих, а по завершенню лікування у 22 (88,9%) хворих. У всіх хворих після проведеного лікування виявляли зменшення болючості у правому підребер'ї, зменшення розмірів печінки.

За допомогою фармакодинамічної ехохолістографії під впливом рафахоліну Ц відмічали холестіокінетичний ефект різного ступеня вираженості. Так, у пацієнтів з нормальним об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення відбувалося на 50-60 хвилині (КС – 56,4±7,9 % $p < 0,05$). У випадку гіпотонічної дисфункції максимальне скорочення жовчного міхура наступало на 20-30 хвилині і було нетривалим у часі. Аналіз ультрасонографічних даних органів черевної порожнини підтвердив позитивний ефект курсового лікування рафахоліном Ц (зменшенням розмірів печінки на 1-2см, зниження її ехогенності, відновленням розмірів жовчного міхура, значне зменшення осаду в порожнині жовчного міхура).

В результаті проведеного лікування рафахоліном Ц нормалізувалась пігментна функція печінки, що проявлялась статистично достовірним зниженням рівня загального, кон'югованого і некон'югованого білірубіну, знизилась активність лужної фосфатази, а також відзначали зниження активності АлАт, АсАт, тимолової проби ($p < 0,05$). Також виявлено статистично достовірне зниження рівня холестерину крові.

Оцінку переносимості рафахоліну Ц проводили, аналізуючи суб'єктивні симптоми і відчуття хворих у процесі лікування, об'єктивні дані та результати загальноклінічних досліджень. Негативних побічних реакцій не було, переносимість рафахоліну Ц була доброю.

Таким чином, рафаколін Ц у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки, поєднану з дисфункцією жовчовидільних шляхів забезпечує гепатопротекторний ефект і відновлює порушену моторну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів, що обґрунтовує його призначення даній категорії хворих. Оптимальною дозою, що забезпечує лікувальний ефект і не має побічних впливів є 2 драже 3 рази на день після їжі.

Сидорчук Л.П., Соколенко А.А., Яринич Ю.М., Урсляк Ю.В.

СЕКРЕТОРНА АКТИВНОСТЬ АДИПОЦИТІВ ТА ВМІСТ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ І ОЖИРІННЯ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ ТА ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

Метою дослідження було дослідити динаміку лептину, адипонектину та ліпідів під впливом лікування хворих на есенційну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) і абдомінальне ожиріння (АО) залежно від поліморфізму генів ангіотензин-перетворювального ферменту (АСЕ, I/D) та ядерного рецептора $\gamma 2$ активації проліферації пероксисом (PPAR- $\gamma 2$, Pro12Ala).

Скринінг пройшло 110 пацієнтів із ЕАГ, підвищеною масою тіла, чи АО. Вік пацієнтів становив від 25 до 79 років (в середньому 53,3±6,05 року). Серед обстежених було 56,4% (62) жінок, 43,6% (48) чоловіків. Хворих на ЕАГ I стадії (ст.) – 22,7% осіб (25), на ЕАГ II ст. – 45,45% (50), на ЕАГ III ст. – 31,8% (35). Серед них із нормальною масою тіла – 8,18% випадків (9), надмірною масою – 38,2% (42), із АО загалом – 53,6% (59): АО I ступеня – 27,3% осіб (30), АО II ступеня – 17,3% (19), АО III – 9,09% осіб (10). Контрольну групу склали 50 практично здорових осіб, які не були в родинних стосунках із хворими, без вірогідних відмінностей за статевим розподілом і віком.

Кількісний вміст лептину і адипонектину у плазмі вивчали методом імуноферментного аналізу. Дослідження ліпідів плазми крові включало визначення загального холестеролу (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) та ХС ліпопротеїнів високої, низької і дуже низької щільності (ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ).

Алелі поліморфних ділянок вивчали шляхом виділення геномної ДНК із венозної крові обстежуваних із наступною ампліфікацією поліморфної ділянки за допомогою якісної полімеразної ланцюгової реакції на ампліфікаторі "Amplify-4L".

Статистичну обробку проводили за допомогою прикладних програм MS® Excel® 2003™, Primer of Biostatistics® 6.05 та Statistica® 7.0 (StatSoft Inc., США). Достовірність даних для незалежних вибірок вираховували із застосуванням двовибіркового t-критерію Student. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Медикаментозна базова та немедикаментозна терапія хворих на ЕАГ, включених у дослідження передбачала за наявності надмірної маси тіла, чи АО хворим додатково призначали за схемами орлістат чи рослинний препарат "Стиміфол®". Тривалість спостереження склала 6 місяців.

Рівень лептину як у жінок, так і в чоловіків вірогідно зменшився під впливом лікування: у носіїв II-, ID- і DD-генотипів гена АСЕ жінок – на 34,5% ($p=0,01$), 39,9% ($p < 0,001$) і 57,4% ($p < 0,001$) із достовірною різницею між ID- і DD-генотипами на 22,4% ($p < 0,05$), а у чоловіків – на 42,4% ($p=0,016$), 44,9% ($p=0,019$) і 37,7% ($p=0,028$) відповідно, зі збереженням різниці між II та ID-генотипами на 30,6% ($p < 0,05$). У жінок-носіїв Ala-алеля та ProPro-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$ вміст лептину знизився на 37,5% ($p=0,035$) і 33,7% ($p=0,024$) відповідно, при цьому рівень лептину у власників ProPro-генотипу продовжував перевищувати такий у осіб із Ala-алелем