

Немеш Маріанна Іванівна 

доктор філософії, асистент

кафедри фундаментальних медичних дисциплін

Медичного факультету №2

Ужгородський національний університет, Україна

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ БЕЗЖИРОВОЇ МАСИ ТА ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ЖІНОК МОЛОДОГО ВІКУ

Показник безжирової маси хаарактеризує тсан скелетних м'язів. М'язи здатні виробляти ряд міокінів, що мають протизапальний ефект [1]. Дозоване фізичне навантаження сприяє зменшенню артеріального тиску [2]. Таким чином треновані скелетні м'язи можуть впливати на функціональний стан систем організму.

Метою нашого дослідження було знайти зв'язок між показником безжирової маси та показниками центральної гемодинамікою у жінок молодого віку.

В дослідженні взяли участь 40 жінок віком від 20 до 25 років. Показник вмісту безжирової маси (ВБМ, %) визначався за допомогою вагів-аналізаторів Tanita BC-601. Показники центральної гемодинаміки, а саме серцевий індекс (СІ, л/хв·м²), середній артеріальний тиск (САТ, мм.рт.ст.) та робота лівого шлуночка (РЛШ, кг/м) вимірювалися методом тетраполярної реографії на комп'ютерному апараті «РЕОКОМ». Результати були опрацьовані статистично, методом кореляційного аналізу.

В результаті проведеного статистичного кореляційного аналізу було виявлено, що СІ мав статистично достовірний прямий кореляційний зв'язок з ВБМ ($r=0,51$ $p<0,05$), в той час ВБМ мав обернено пропорційний статистично достовірний кореляційний зв'язок з САТ ($r=-0,45$ $p<0,05$). Статистично достовірного кореляційного зв'язку між ВБМ та РЛШ не було знайдено ($r=-0,31$ $p>0,05$).

М'язова тканина є метаболічно активною і потребує великий потік крові. В результаті постійної фізичної активності значення серцевого індексу будуть збільшуватися [3]. В той самий час безжирова маса сприятиме зменшенню середнього артеріального тиску. Отже, можемо припустити, що безжирова маса відіграє кардіопротективну функцію.

Список використаних джерел:

1. Benatti, F. B., & Pedersen, B. K. (2015). Exercise as an anti-inflammatory therapy for rheumatic diseases—myokine regulation. *Nature reviews rheumatology*, 11(2), 86.
2. Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Gullette, E. C., Babyak, M., Waugh, R., Georgiades, A., ... & Hayano, J. (2000). Exercise and weight loss reduce blood pressure in men and women with mild hypertension: effects on cardiovascular, metabolic, and hemodynamic functioning. *Archives of internal medicine*, 160(13), 1947-1958.
3. Baker, J. S., McCormick, M. C., & Robergs, R. A. (2010). Interaction among skeletal muscle metabolic energy systems during intense exercise. *Journal of nutrition and metabolism*, vol. 2010, 1-13. doi:10.1155/2010/905612

Бурмак Юрій Григорович

д-р.мед.наук, професор, професор кафедри внутрішньої медицини №3
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Україна

Петров Євген Євгенович

канд.мед.наук, доцент, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом
за хворими, загальної практики (сімейної медицини)
Полтавський державний медичний університет, Україна

Іваницька Тетяна Анатоліївна

асистент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини
з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини)
Полтавський державний медичний університет, Україна

ЗМІНИ КОАГУЛЯЦІЙНОЇ ЛАНКИ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

У механізмах формування патології бронхопульмональної системи і, зокрема, хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), на даний час суттєва роль приділяється змінам коагуляційного потенціалу крові [3]. Відзначаючи значення змін окремих ланок гемостазу у патогенезі захворювань наголошується на їх участі у формуванні судинних катастроф та необхідності визначенні ступеня кардіоваскулярного ризику таких хворих [1, 2, 4, 5].

Метою дослідження було проведення порівняльного аналізу змін показників плазмової ланки системи гемостазу у хворих на хронічне легеневе серце (ХЛС) бронхопульмонального генезу.

Було досліджено 64 хворих на ХОЗЛ із компенсованим (n=32) та декомпенсованим (n=32) ХЛС [7] (жінок — 23, чоловіків – 41; вік хворих $55,5 \pm 1,9$ років); групою контролю були 15 практично здорових осіб, що не відрізнялись за статтю і віком від обстежених хворих.

Оцінку плазмової ланки системи гемостазу визначали за показниками протромбінового часу (ПтЧ) за В.П. Балуда, антитромбіну-III (Ат-III), тромбінового часу (ТЧ), толерантності плазми до гепарину (ТПГ), плазмінового лізису (ПлЛ) за методиками Е.Д. Гольдберг, фібриногену (Фг) за Т.Н. Горшковой та Х.Д. Ломазовой, рівнем тромбінемії (за показником розчинного фібрину (РоФ) та наявністю продуктів фібринолізу і фібриногену (в етаноловому тесті).

Обробка отриманих даних проводилась з використанням ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof. Для всіх показників вірогідність розбіжностей визначена як: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$ - з практично здоровими особами, а # - $p < 0,05$, ## - $p < 0,01$, ### - $p < 0,001$ — між хворими досліджуваних груп.

Даними аналізу змін показників плазмової ланки системи гемостазу було з'ясовано, що у хворих на ХОЗЛ із компенсованим ХЛС мало місце наявність ознак синдрому гіперкоагуляції, що відбивалось підвищенням вмісту Фг*** ($5,0 \pm 0,4$ г/л проти $2,42 \pm 0,2$ г/л), зниженням значень ТПГ*** ($310,0 \pm 2,5$ с проти $360,0 \pm 12,0$ с) та Ат-III* - до $19,0 \pm 0,6$ % (в контролі - $20,9 \pm 0,4$ %) за відсутності вірогідних змін ПтЧ (в контролі $16,4 \pm 0,6$ с), а також спостерігались ознаки активації фібринолітичної системи (збільшенням показника ТЧ*** ($22,0 \pm 0,6$ с проти $14,6 \pm 0,8$ с) за тенденції до зниження часу плазмінового лізису (в контролі