

## ФАКТОР СТРЕССА И ФЕНОМЕН ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ В СТРУКТУРЕ РАННИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЯХ

И. В. Богданова, Т. В. Богданова

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», Харьков

Синдром хронической усталости (СХУ) при болезни Паркинсона (БП) выявляется по данным разных авторов у 37–73 % пациентов и является одним из основных факторов, влияющих на качество жизни пациентов с БП, особенно на ранних стадиях. Многие авторы рассматривают СХУ как проявление психосоматической патологии. Во второй половине XX в. Холмс и Рей изучали влияние повседневного стресса на заболеваемость и показали связь риска психосоматической патологии с уровнем суммарного стресса (за определенный промежуток времени).

**Цель** — оценить связь между фактором стресса и манифестацией нейродегенеративного заболевания паркинсонического типа через этап клинических проявлений СХУ в разных возрастных категориях.

**Материалы и методы.** Клинико-анамнестическая оценка, тестирование по опроснику на стрессоустойчивость Холмса и Рея пациентов разного возраста на первом году от манифестации клинических проявлений и диагностики болезни Паркинсона.

Выявлено, что в течение 6–12 мес до манифестации клинических признаков БП 65 % пациентов достигали высокого уровня суммарной оценки жизненных изменений (“Life Change Units” (LCU) по опроснику Холмса–Рея), превышающего 250 баллов, что является показателем вероятности до 50 % развития психосоматической патологии в ближайшие месяцы. Реализация патогенного воздействия стрессовых факторов зависит также от индивидуальной стрессоустойчивости. Отмечено, что наиболее низкий уровень стрессоустойчивости имели пациенты в возрасте 45–60 лет (период гормональной климактерической перестройки) в течение первого года окончания профессиональной деятельности без дальнейшей реализации в других видах творческой и социальной активности (подавленная поисковая активность по В. Ротенбергу), со сложившимся жизненным сценарием пассивного времяпрепровождения (“потреблять, а не создавать”). Также у данного контингента больных наиболее выражено был представлен симптомокомплекс феноменов СХУ, что может оцениваться как потенциальный маркер манифестации психосоматического и(или) нейродегенеративного процесса.

В качестве профилактических мероприятий у пациентов группы риска (с высоким уровнем LCU по Холмсу и Рею), низкой стрессоустойчивостью и клиническими проявлениями СХУ применяли комплекс адаптогенов (адаптол, препараты янтарной кислоты (элфунат), поливитамины) и психотерапевтическую коррекцию.

**Вывод.** В период пониженной стрессоустойчивости БП может проявляться как вариант патологии психосоматического типа с ранними клиническими проявлениями в виде СХУ, что подразумевает применение комплекса мероприятий, повышающих адаптационные возможности организма.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТРОМБОФИЛИИ — ВОЗМОЖНЫЙ МАРКЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

О. В. Борисова, Е. Л. Бахчеван, А. А. Аппельханс

Немецкий диагностический центр Св. Павла, Одесса

Климактерий — это физиологический период в жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений в организме доминируют инволюционные процессы в яичниках, что приводит к постепенному снижению концентрации эстрогенов и обуславливает развитие метаболических нарушений в эстрогензависимых органах и тканях. Основной целью терапии женщин климактерического возраста является устранение дефицита эстрогенов. В настоящее время методом выбора при лечении таких пациенток является проведение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) (Гависова, 2009; Серов, 2007).

Однако в ряде исследований, проведенных в 80–90-х годах прошлого столетия, было выявлено повышение риска развития венозных тромбозов в 2–4 раза при проведении ЗГТ. Позже эти данные

були підтвержені результатами проспективних рандомізованих досліджень (HERS, 1993–1998; Women Health Initiative, 1993–2002, 1993–2004; Million Women Study, 1999–2016).

Одною із причин ускладнень при проведенні ЗГТ може бути наявність генетичної предрасположенності, не проявляючої клінічно, але обумовлюючої підвищену чутливість до протромботических стимулів, при цьому прийом гормонів може стати критичним в відношенні розвитку тромбозів (Вороб'єв, 2014). Уникнути негативних ефектів ЗГТ можна лише при умови всебічної оцінки факторів ризику та ретельному відборі пацієнток з генетичної та придбанної тромбофілії для проведення даного виду лікування.

Одною із найбільш вивчених генетических форм тромбофілії є поліморфізм фактора V G1691A (Лейденська мутація). Активована форма фактора V (FVa) виступає як кофактор для перетворення протромбіну в тромбін. Активація FV здійснюється тромбіном в присутстві іонів  $Ca^{2+}$ , а її інактивація відбувається під впливом активованого протеїну C (АПС). Ген фактора V знаходиться на 1-й хромосомі, в локусі 1q-21-25. Лейденська мутація в гені фактора V (FV Leiden) заключається в заміні гуаніну на аденін в позиції 1691 (G1691A), що призводить до заміни аргініну на глутамін в позиції 506 (Arg506Gln) амінокислотної послідовності білка. В результаті цієї мутації утворюється варіант фактора V (FV Leiden), стійкий до розщеплення під впливом АПС і зберігає, таким чином, свою активність (Дем'яненко, 2013).

Таким чином, вивчення частоти поліморфізму гена FV Leiden в українській популяції є актуальною задачею як з теоретичної, так і з практичної точки зору для розробки алгоритму обстеження пацієнток при відборі для проведення ЗГТ.

**Ціль роботи** — визначити частоту поліморфізму G1691A (Arg506Gln) гена FV (Leiden). ДНК виділяли із проб біязальної епітеліальної тканини по методу Деллапорта (Дрейпер, Скотт, 1991). Ампліфікацію проводили з алель-специфічними праймерами, рекомендованими фірмою "Літес" (Росія). Продукти ПЦР фракціонували в 3 % агарозному гелі. В групу вошли образці ДНК 250 жінок з сімейною анамнезом тромботических ускладнень і/або порушеннями репродуктивної системи (бесплодіє, невинашивание вагітності). Згідно з результатами дослідження частота варіанта G/G складала 58,6 %, G/A — 39,8 %, A/A — 1,6 %. Таким чином, висока частота поліморфного варіанта гена FV, його домінуюча роль в підвищенні ризику тромботических ускладнень і простота виконання аналізу роблять даний варіант інформативним маркером для включення в обстеження пацієнток перед ЗГТ.

## РОЛЬ ПРЕ- І ПРОБІОТИКІВ У ФОРМУВАННІ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК У ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Ю. В. Гавалко, М. С. Романенко, Л. Л. Синьок, Н. С. Наумчук

*ДУ "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України", Київ*

Характер харчування значною мірою є визначальним у становленні нормального складу кишкової мікрофлори, яка своєю чергою має важливе значення для формування та підтримки імунного захисту як на системному, так і місцевому рівні. Низька кількість харчових волокон, органічних кислот сприяє підтриманню корисної флори кишечника, що дозволило віднести їх до пребіотиків. Однак досить часто вживання самих пребіотиків виявляється недостатнім для підтримання чи відновлення нормальної мікрофлори кишечника. Вік, стан навколишнього середовища, неякісні продукти харчування, неконтрольоване використання антибіотиків спричиняють зменшення мікробного різноманіття кишечника і розвиток умовно-патогенної чи патогенної флори. З порушення нормальної мікрофлори асоційований і такий патологічний стан, як метаболічний синдром (МС).

**Мета** — аналіз зв'язку харчування та стану імунного захисту слизових оболонок у людей з МС залежно від наявності дисбактеріозу кишечника, а також можливості покращення місцевого імунітету за допомогою пробіотических культур.

**Матеріали і методи.** Обстежено 34 пацієнтів літнього віку (60–74 роки) з МС за критеріями IDF (2005), яких згідно з результатами мікробіологічного дослідження калу із видовою ідентифікацією розділили на дві групи: I — з дисбактеріозом кишечника та II — без дисбактеріозу. Бактеріологічне дослідження калу на дисбактеріоз із видовою ідентифікацією виділених мікроорганізмів проводили на напівавтоматичному бактеріологічному аналізаторі MiniAPI (Bio Merieux). Рівень секреторного імуноглобуліну А в слині (IgA) визначали імуноферментним методом з використанням наборів виробництва DiaMeta (США) та "Хема" (Російська Федерація) на приладі Multiscan Ascent V1.24. Фактичне харчування вивчали методом добового відтворення з додатковим застосуванням анкетно-вагового методу. Харчові компоненти й енергоємність харчування підраховували з використанням