

Матеріали та методи Були проаналізовані сучасні літературні дані, схожі за метою та методологією дослідження. А саме, дослідження були проведені на підлітках чоловічої статі віком біля 14 років, які були розподілені на три групи. Перша група з нормальними дітьми без ознак ожиріння. Друга група була з підлітками, що мали ожиріння і нормальну чутливість до інсуліну. Третя група дітей мала ожиріння та була виявлена резистентність до інсуліну.

Дослідження експресії генів були проведені на жировій тканині, взятій шляхом біопсії у 18 дорослих чоловіків, розподілених на три рівні групи. Перша група, клінічно здорові чоловіки без ознак ожиріння, друга – пацієнти з ожирінням та нормальною здатністю до глюкози, третя – пацієнти з ожирінням та порушеною здатністю до глюкози.

Результати дослідження. При дослідженні встановлено, що індекс маси тіла був значно більшим в обох групах дітей з ожирінням +66 та +83%, відповідно до груп з нормальною чутливістю до інсуліну та з резистентністю до нього. Більше того, індекс резистентності до інсуліну був більшим у 3,7 разів у групі з ожирінням і порушеною чутливістю до інсуліну.

Дослідження проводилися з вивчення експресії генів у лімфоцитах крові підлітків з ожирінням та жировій тканині дорослих чоловіків з ожирінням, які мали нормальну та порушену чутливість до інсуліну. Так, рівень експресії генів які задіяні у захисних реакціях організму і регуляції процесів метаболізму, був збільшений у лімфоцитах крові у підлітків незалежно від наявності резистентності до інсуліну, що свідчить про розвиток ожиріння. У дорослих чоловіків також збільшувався рівень експресії генів у жировій тканині.

Таким чином, більшість досліджених генів можуть бути причетними до розвитку хронічного запалення та дисрегуляції адипоцитокінів за умов ожиріння та призводити до канцерогенезу.

Висновки. 1. Було встановлено, що за умов ожиріння і нормальної чутливості до інсуліну рівень експресії TLR2 та TLR4 генів у лімфоцитах підлітків збільшується, а генів TNF та ADD3 зменшується, а у дорослих чоловіків навпаки. 2. Розвиток резистентності до інсуліну за умов ожиріння призводить до подальшого збільшення рівня експресії генів ADD3 у лімфоцитах підлітків та TNF у дорослих чоловіків. 3. Отримані результати свідчать про те, що у лімфоцитах підлітків та жировій тканині чоловіків за умов ожиріння порушується TLR2, TLR4, TNF, ADD3, які задіяні у регуляції метаболізму та захисних реакціях організму.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ЯК НОВИЙ ВИКЛИК СУЧАСНІЙ УКРАЇНИ

Світлична К. О.

Науковий керівник: Кононенко Н. М.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

patology@nuph.edu.ua

Вступ. Протягом останніх дев'яти місяців збройний конфлікт, що вирує в Україні, призвів до величезної кількості загиблих, поранених, заручників з числа військових та цивільного населення. Наслідків у війні багато – від руйнування інфраструктури, появи переселенців, біженців, травмованих та інвалідів до віддалених на роки, тих, що стосуються

порушень психіки та поведінки – сильними реакціями на незначні стимули, агресивізації, алкоголізації, наркоманії, психічних розладів різного ступеня, навіть суїцидів.

Враховуючи постійне удосконалення військової техніки і тактики ведення боїв, появу явища «гібридної війни», особи, які беруть участь у військових конфліктах, все рідше мають можливість після виходу з театру бойових дій зберегти фізичне та психічне здоров'я. Все це зумовлює інтерес дослідників до проблеми психічного здоров'я тих, хто зазнав впливу стрес-факторів збройних конфліктів. До їх наслідків можна віднести посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що розвивається після латентного періоду, який, згідно з діагностичними критеріями Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), не має перевищувати 6 міс.

Багато робіт, присвячених цій проблемі, з'явилися після військових конфліктів. Важливі дослідження щодо цього питання, пов'язані з Першою світовою війною (1914-1918), знаходимо в роботах Е. Краєрелін (1916), який вперше описав травматичний невроз, що проявляється у вигляді тяжких психологічних переживань та розладів, що можуть залишитися назавжди та наростати з часом. Після Другої світової війни (1939-1945) Д.І. Панченко (1944) описував наслідкові реакції у ветеранів війни. Знову інтерес до цієї проблеми виник в останні десятиліття у зв'язку з новими військовими конфліктами, природними і техногенними катастрофами.

Наслідки війни у В'єтнамі стали серйозним стимулом для проведення більш глибоких досліджень американськими психологами та психіатрами. У зв'язку з тим що психопатологічні та особистісні розлади не відповідали жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, у 1980 р. М.І. Ногорвіц запропонував ввести поняття ПТСР. У подальшому запропоновані діагностичні критерії ПТСР, що увійшли до Діагностичної та статистичної настанови із психічних захворювань Американської асоціації психіатрів (DSM-III), а пізніше – у МКХ-11. ПТСР виникає як віддалена і затяжна реакція на стресову подію виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, яка викликає загальний дистрес практично у кожній людині.

Мета дослідження. Проаналізувати актуальність проблеми ПТСР в Україні в умовах збройного конфлікту та заходи щодо його попередження.

Матеріали та методи. Проведено огляд літератури в спеціалізованих виданнях та мережі інтернет.

Результати дослідження. ПТСР має дві особливості: психогенну природу розладу та нестерпну для пересічної людини тяжкість психогенії.

Більшість дослідників цієї психотравми виділяють три основні групи симптомів, що з віком мають тенденцію до посилення: надмірне збудження; періодичні напади депресивного настрою; риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, нервові тремтіння).

Серед патофізіологічних синдромів виділені характерні для ПТСР стани: "солдатське серце" (біль за грудиною, серцебиття, уривчастість дихання, підвищена пітливість), синдром того, хто вижив (хронічне "відчуття провини за те, що залишився живим"), флешбек-синдром (спогади про "непереносні" події, що насильно втручаються у свідомість), прояви "комбатантної" психопатії (агресивність та імпульсивна поведінка із спалахами насильства, зловживання алкоголем і наркотиками), синдром прогресуючої астенії (астенія, що спостерігається після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, зниження ваги, психічної млявості та прагнення до спокою), посттравматичні рентні стани

(нажита інвалідність з усвідомленою вигодою від наданих пільг та привілеїв, перехід до пасивної життєвої позиції).

Сьогодні доведеним є факт, що психічний стан людини перебудовується під потреби бойової обстановки та потім виявляється непридатним до перебування та життєдіяльності у мирній обстановці (стандартних цінностей, до оцінки мирними громадянами пережитих ветераном військових подій та ін.). У цьому зв'язку з'являються можливості як додаткової психотравматизації ветеранів, так і породження у них неприйняття існуючих соціальних цінностей, розвитку асоціальних форм поведінки та ін.

Профілактична психологічна допомога є найефективнішим засобом попередження негативного впливу тяжкої психічної травми на психічне здоров'я людини. Розробка методичних рекомендацій (комплексу заходів) з первинної та вторинної профілактики ПТСР та реабілітації постраждалих є однією з актуальних проблем сучасної психології. Події, що відбуваються в Україні, показали необхідність соціально-психологічного захисту і психологічної допомоги як дітям і окремим дорослим, так і цілим соціальним групам.

На думку фахівців, на Україну чекає ПТСР-цунамі, з концентрацією сили на соціальній сфері, охороні здоров'я, економіці відповідно, що захватить зверненнями хворих та важкопоранених, інвалідів, членів їх сімей, тисячами медичних та соціальних експертиз тощо. Окремої уваги, беззаперечно, потребують питання адаптації тисяч військових, що повертаються з зони ведення боїв, демобілізованих. Сьогодні в Україні інтенсивно впроваджуються різнопланові заходи до профілактики ПТСР. Втілюються заходи щодо забезпечення посад штатного психолога у кожному військоматі країни, відновлюються ефективно функціонування усіх військових шпиталів із обов'язковим відділенням психіатрії у кожному з закладів, розробляються програми щодо подальших реабілітації, соціалізації, навчання та працевлаштування учасників бойових дій. Психологічні наслідки ПТСР бійців можуть тривати роками, до 20 років, вражатимуть 20% учасників бойових дій. Це для суспільства реальний виклик – загрожує дегуманізацією, криміналізацією, каналізацією поглиблення ціннісного розколу і нетолерантності. Реалізація Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної, соціальної реабілітації та професійної реадaptaції учасників бойових дій потребує здійснення організаційно-правових заходів, пов'язаних із проведенням цілеспрямованих та скоординованих дій з боку органів державного управління, виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, недержавних установ та громадських організацій, а в загальнодержавному масштабі повинна забезпечити лікувальну, соціальну та економічну ефективність.

Висновки. Аналіз літературних джерел, наукових праць дає змогу дійти висновку, що на теперішній час важливо провести дослідження особливостей розвитку суспільних відносин при розв'язанні проблем учасників бойових подій та членів їх сімей. Залишаються невирішеними питання щодо створення максимально дестигматизованих умов для продовження активної та продуктивної життєдіяльності мобілізованих та членів їх сімей. Необхідна розробка системи та індикаторів щодо моніторингу задоволеності отриманою медико-соціальною допомогою із виявленням реальних потреб та проблем.

Сьогодні держава визнала як проблему, виклик, ризик ПТСР та його наслідки у великій кількості українців – учасників бойових дій та членів їх сімей, його вплив на майбутнє як сімей, так і нації в цілому. Тому активно приймає рішення та інтенсивно впроваджує

відповідні заходи, ефективність і якість яких буде оцінена через роки якістю розвитку суспільства та наступних поколінь.

Держава повинна створювати умови якісного життя та діяльності для учасників бойових дій та членів їх сімей, для збереження їх здоров'я, у т.ч. профілактики ПТСР. Адже здорова людина є соціально адаптованою, активною та має виняткове значення для держави у забезпеченні репродуктивного і трудового потенціалів країни, національної безпеки тощо.

ЛЕПТИН І ГРЕЛІН – ГОРМОНИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Світлична К. О.

Науковий керівник: Щербак О. А.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

ekaterinasv2002@gmail.com

Вступ. Процеси харчування та харчової поведінки організму контролюються складною системою, центральною ланкою якої є гуморальна регуляція. Провідну роль регуляції відіграють гастроінтестинальні гормони, що являють собою пептиди і аміни. Джерелом цих сполук служать ендокринні клітини слизової оболонки шлунку, підшлункової залози та кишечника, що розташовані серед інших клітин слизового шару. На сьогодні відомо більш ніж 20 гормонів та БАР, які відповідають за підтримку енергетичного та метаболічного балансу організму. Одними з них є поліпептиди, що були відкриті у 90-х роках ХХ століття – лептин і грелін.

Мета дослідження. Вивчити дію гормонів лептину та греліну в регуляції споживання їжі та маси тіла.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз наукових робіт та літературних джерел з електронної бази даних медичних і біологічних публікацій PubMed та пошукової системи Google Scholar.

Результати дослідження. У більшості людей маса тіла підтримується у стабільному стані. Щоб мати постійну вагу, має бути енергетичний баланс; споживання енергії має дорівнювати витраті енергії, при порушенні якого призводить до проблем з вагою (ожиріння). Кількість людей, які страждають на ожиріння, постійно зростає. Це призводить до збільшення захворюваності та смертності, що корелюється зі збільшенням індексу маси тіла (ІМТ). Багато дослідників намагаються виявити механізми дисбалансу між споживанням та витратою енергії. Було виявлено, що маса тіла регулюється складною системою, яка включає як периферичні, так і центральні фактори. Два гормони, що відіграють важливу роль у регуляції споживання їжі та маси тіла, – це лептин та грелін. Обидва виникають на периферії і різними шляхами передаються в мозок, особливо в гіпоталамус, де вони ініціюють різні сигнальні каскади, що призводять до змін у споживанні їжі.

Лептин – це гормон, який виробляється у жировій тканині. Після того, як їжа розщепилася, вона потрапляє в кровотік, звідки потрапляє у мозок, щоб дати сигнал вгамувати голод і забезпечити потрібну кількість енергії з їжі.

У дослідженнях було виявлено, що рівні лептину в сироватці та плазмі крові вищі у суб'єктів з високим ІМТ та високим відсотком загального жиру в організмі. Крім того, було продемонстровано, що лептин плазми може проходити гематоенцефалічний бар'єр (ГЕБ), а