

раторії для виявлення збудника абсцесу та вибору адекватної антибіотикотерапії у майбутньому. До отримання результату посіву використовували антибіотики широкого спектра дії у максимальній дозі. Лише у 4 випадках вдалося ідентифікувати збудника абсцесу. У комплексі з антибактеріальним лікуванням ми проводили детоксикаційну, протинабрякову й імуностимулювальну терапію.

Інтраопераційних і післяопераційних ускладнень у цій групі хворих не відзначено. У результаті проведеного лікування усі хворі виписані зі стаціонару з позитивною динамікою, регресом загально мозкових і неврологічних розладів.

Результати лікування хворих методом стереотаксичної пункції та дренивання демонструють його ефективність і надійність, підтверджують переваги цієї методики порівняно із загальноприйнятими хірургічними прийомами.

Висновки

1. Спіральна комп'ютерно-томографічна ангиографія за спеціальною програмою з кроком 1 мм дозволяє одночасно чітко візуалізувати межі патологічного осередку та судинну систему головного мозку, що допомагає розрахувати найбільш безпечну траєкторію проходження біо-

птора для отримання позитивної гістологічної відповіді.

2. При стереотаксичній біопсії вогнищевих утворень з кістозним компонентом першим етапом слід проводити взяття матеріалу з солідної частини, а наступним — випорожнення кістозного компонента для запобігання зміщенню цілей.

3. Встановлення резервуара Омая при лікуванні кістозних вогнищевих утворень дозволяє протягом тривалого часу контролювати об'єм кістозного вмісту.

4. Стереотаксична біопсія та дренивання абсцесів головного мозку — надійний і ефективний метод лікування, що дозволяє встановлювати дрениуючі системи безпосередньо до центру абсцесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Infrasellar craniopharyngioma* / X. Yu, R. Liu, Y. Wang [et al.] // *Clin. Neuro. I Neurosurg.* – 2012. – Vol. 114. – P. 112–119.

2. *Stereotactic biopsy and drainage of a brainstem abscess caused by listeria monocytogenes* / C. Beynon, J. O. Neumann, J. Bösel [et al.] // *Neurol Med Chir (Tokyo)*. – 2013. – Vol. 53. – P. 263–265.

3. *Пат. 60606 Україна, МПК А61В 10/02 Спосіб стереотаксичної біопсії вогнищевих утворень головного мозку глибоко локалізації* / Л. А. Дзяк, М. О. Зорін, А. Г. Сірко, І. Ю. Кирпа, О. В. Симонова ; заявник і патентовласник ДУ «Інститут нейрохірургії

ім. акад. А. П. Ромоданова АМН України». – № 201013951 ; заявл. 23.11.10 ; опубл. 25.06.2011 р., Бюл. № 12.

4. *Пат. 60605 Україна, МПК А61В 10/02 Спосіб лікування глибоко розташованих внутрішньомозкових пухлин з кістозним компонентом* / Л. А. Дзяк, М. О. Зорін, А. Г. Сірко, І. Ю. Кирпа, О. А. Марченко ; заявник і патентовласник ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України». – № 201013951 ; заявл. 23.11.10 ; опубл. 25.06.2011 р., Бюл. № 12.

REFERENCES

1. Yu X., Liu R., Wang Y. [et al.] *Infrasellar craniopharyngioma. Clin. Neuro. I Neurosurg* 2012; 114: 112-119.

2. Beynon C, Neumann J.O, Bösel J [et al.] *Stereotactic biopsy and drainage of a brainstem abscess caused by listeria monocytogenes. Neurol Med Chir (Tokyo)* 2013; 53: 263-265.

3. *Pat. 60606, Ukraine, IPK A61B 10/02 Stereotactic biopsy method of deep brain lesions* / Dzyak L.A., Zorin M.O., Sirko A.G., Kirpa I.Yu., Simonova O.V.; applicant for a patent and patent owner The State institution "Institute of neurosurgery named after acad. A. P. Romodanov of AMS of Ukraine". – № 201013951; declared 23.11.10; published 25.06.2011 p. bulletin № 12.

4. *Pat. 60605 Ukraine, IPK A61B 10/02 Method of treated deep intracerebral tumors with cystic component* / Dzyak L.A., Zorin M.O., Sirko A.G., Kirpa I.Yu., Marchenko O.A.; applicant for a patent and patent owner The State institution "Institute of neurosurgery named after acad. A. P. Romodanov of AMS of Ukraine". — № 201013951; declared 23.11.10; published 25.06.2011 p. bulletin № 12.

Надійшла 20.09.2013

УДК 616.62-008.222

Ф. І. Костєв, О. В. Лук'янчук, О. М. Чайка, В. В. Сажієнко

КОМБІНОВАНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ЖІНОК ІЗ НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ ПРИ НАПРУЖЕННІ, АСОЦІЙОВАНИМ ІЗ ГЕНІТАЛЬНИМ ПРОЛАПСОМ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.62-008.222

Ф. И. Костев, О. В. Лукьянчук, А. М. Чайка, В. В. Сажиеенко
КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОМ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Целью исследования была оценка эффективности комбинированных методов лечения женщин с недержанием мочи при напряжении, ассоциированном с генитальным пролапсом. Показано, что предложенный комбинированный способ лечения больных с генитальным пролапсом



имеет высокую клиническую эффективность. В частности, применение комплексного метода оперативного лечения стрессового недержания мочи, ассоциированного с генитальным пролапсом, имело более выраженное влияние на показатели величины заднего пузырно-уретрального угла: до операции — $(137,1 \pm 4,7)^\circ$ в покое, $(167,7 \pm 3,3)^\circ$ — при напряжении, после операции — $(100,8 \pm 2,9)^\circ$ в покое, $(117,3 \pm 3,2)^\circ$ — при напряжении.

Ключевые слова: генитальный пролапс, недержание мочи, липографтинг, лечение.

UDC 616.62-008.222

F. I. Kostyev, O. V. Lukyanchuk, O. M. Chayka, V. V. Sazhienko

COMBINED TREATMENTS FOR WOMEN WITH STRESS INCONTINENCE ASSOCIATED WITH GENITAL PROLAPSE

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Introduction. The most of the interventions carried out for the correction of stress urinary incontinence are aimed at reducing hypermobility of vesico-urethral segment by the means of a physiological mechanism consisting of muscles and ligaments of pelvic floor or increase of urethral resistance.

The study **was aimed** to evaluate the effectiveness of combined treatments for women with stress incontinence associated with genital prolapse.

The research was conducted at the ONMedU Center for Reconstructive Medicine. From 2011 to 2012 there were operated 33 women with genital prolapse and incontinence. All patients underwent examination in accordance with current clinical protocol, approved by the Ministry of Health N 330 from 15.06.2007. Treatment of all patients started on a course of training, perineal muscles using the method of biofeedback as a method of first-line treatment of the incontinence. Then 15 women were operated with the frontal and posterior colporrhaphy and urethrovesiculoplastics, the rest 18 women were operated with TVT (tension free tape) with the inclusion phase lipografting.

It is shown that the proposed combined method of treatment of patients with genital prolapse has high clinical efficacy. The integrated method for surgical treatment of stress urinary incontinence associated with genital prolapse had a more pronounced effect on the performance value urethovesical angle (before surgery — $(137.1 \pm 4.7)^\circ$, $(167.7 \pm 3.3)^\circ$ — with straining after the surgery — $(100.8 \pm 2.9)^\circ$ alone, $(117.3 \pm 3.2)^\circ$ — with tension). Thus, the combined method of treatment leads to the normalization of the anatomy of urethrovesical segment and proximal urethra, restoring a sphincter mechanism.

Key words: genital prolapse, urinary incontinence, lipografting, treatment.

Генітальний пролапс трапляється у жіночій популяції настільки часто, що, за висловом одного з провідних американських урогінекологів G. Sutkin'a, можна стверджувати про «приховану епідемію серед жінок» ("Prolapse is silent epidemic among women".) За даними останніх досліджень поширеність частоти стрессового нетримання сечі, асоційованого з генітальним пролапсом різного ступеня, ці патологічні стани виявляються у 30–45 % жінок. За іншими оцінками, у 50–80 % жінок із нетриманням сечі при напруженні наявний генітальний пролапс [1–3].

В основі нетримання сечі при генітальному пролапсі у більшості випадків лежить дислокація міхурово-уретрального сегмента, тому що наслідок цього — порушення функції сфінктерного апарату [1; 2]. Доведено, що внутрішньоміхуровий тиск не має прямої залежності від пролапсу, натомість більшу роль у детермінації клінічної картини відіграє наявність дисплазії сполучної

тканини й інших факторів уретральної підтримки [1; 3].

Більшість втручань, що здійснюються для корекції стрессового нетримання, спрямовані на зменшення гіперрухомості міхурово-уретрального сегмента шляхом реконструкції фізіологічного механізму, який складається з м'язів і зв'язок тазового дна (слінги та кольпосуспензії), або на збільшення уретрального опору (ін'єкційні агенти) [4; 5].

Для проведення парауретральних ін'єкцій запропоновано чималу кількість біологічних і неорганічних матеріалів, деякі дослідники вважають доброю альтернативою їм ліпографтинг, тобто використання жирової тканини для ремоделювання м'яких тканин, що здійснюють підтримку міхурово-уретрального сегмента [6; 7]. Добрі результати були одержані при застосуванні ін'єкцій штамових (стовбурових) клітин у рабдоміосфінктер уретри [8].

Метою дослідження була оцінка ефективності комбінованих методів лікування жінок

із нетриманням сечі при напруженні, асоційованим з генітальним пролапсом.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведене на базі Центру відновлювальної та реконструктивної медицини ОНМедУ. З 2011 по 2012 рр. були прооперовані 33 жінки з пролапсом геніталій і нетриманням сечі у віці від 35 до 52 років. Тривалість захворювання у середньому становила $(4,3 \pm 0,2)$ року.

Опущення стінок піхви було виявлене у 24 (72,7 %) пацієнток, неповне випадання матки — у 7 (21,2 %). У всіх пацієнток відзначався центральний дефект пубоцервікальної фасції у вигляді цистоцеле, у 12 (36,4 %) — ректоцеле. Серед хворих переважав ІІа тип нетримання сечі за ICS [9].

Усім хворим проводили обстеження відповідно до вимог чинного клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 330 від 15.06.2007 р. [10]. За показаннями здійсню-



вали комбіноване уродинамічне дослідження з допомогою апарата «Поток-К» (Україна) для визначення імперативного компонента нетримання сечі або гіпорексії детрузора, а також для оцінки стану уретральних сфінктерів.

Лікування усіх пацієнок починали з проведення курсу тренінгу промежнинних м'язів з використанням методу біологічного зворотного зв'язку як методу першої лінії лікування інконтиненції. У подальшому хворим виконували оперативні втручання у такому обсязі: 15 жінкам — передню та задню кольпорафію з уретроцистопластиком, решті 18 жінкам — додатково TVT (tension-free vaginal tape) втручання за загальноприйнятою методикою з попереднім ліпографтингом [11]. Для цього застосовували суспензію жирового автотрансплантата у кількості 20–120 мл разом із плазмою, збагаченою тромбоцитами (залежно від ступеня змін м'яких тканин дна таза), яку вводили у м'які тканини тазового дна додатково на заключному етапі оперативного втручання за допомогою мікроканюлі діаметром 1,2 або 1,4 мм двома-чотирма проколами.

Взяття жирової тканини для подальшої автотрансплантації здійснювали таким чином. Кількома проколами пацієнці виконували інфільтрацію підшкірно-жирової клітковини у зоні передньої черевної стінки, попереку або стегон розчином Рінгера через інфільтраційну мікроканюлю. Після цього через раніше виконані проколи за допомогою аспіраційної мікроканюлі, приєднаної до шприца ємністю 20,0 мл, проводили аспірацію жирової тканини шляхом поздовжніх рухів руки з одночасним створенням від'ємного тиску у шприці відведенням поршня. Отриману суспензію жирової тканини обробляли методом відстоювання в металевому ситі, після чого екстрагували вільні ліпіди й ін-

фільтраційний розчин. Потім жировий трансплантат переносили у шприци ємністю 50,0 мл. До обробленого жирового трансплантата додавали плазму, що багата на тромбоцити, яку отримували шляхом центрифугування крові пацієнтки з додаванням цитрату натрію в апараті SmartPReP Platelet Concentrate System (Harvest Technologies, США). У подальшому жировий автотрансплантат змішували з плазмою, багатою на тромбоцити, до отримання 5 % плазможирової суспензії та вводили у парауретральний простір за описаною вище методикою [12].

Статистичну обробку одержаних даних проводили за допомогою програмного забезпечення Statistica 7.0 (StatSoft Inc., США) [13].

Результати дослідження та їх обговорення

Основними завданнями оперативного лікування генітального пролапсу з нетриманням сечі є корекція заднього міхурово-уретрального кута, звуження проксимального відділу уретри при збереженні її вільної прохідності, подовження уретри й усунення цистоцеле (ректоцеле).

Запропонована методика оперативного втручання містить як елементи субуретрального слінгу, так і заходи, спрямовані на зміцнення тазової діафрагми. Ізольоване виконання оперативного втручання за одним із цих напрямів, на нашу думку, має низьку функціональність і не дає змоги одержати задовільні результати. Так, застосування субуретрального слінгу або надлобкової цистоцервікопексії може призвести до виникнення іригаторної симптоматики й імперативного нетримання сечі за рахунок збільшення кількості ретенційної сечі. Збереження навіть мінімально вираженого цистоцеле створює хронічний осередок інфекції у нижніх сечових шляхах. Натомість зміц-

нення діафрагми таза при низькому профілі внутрішньоуретрального опору, тобто при функціональній неспроможності уретри, без створення потрібної ангуляції не може привести до повного усунення нетримання сечі.

Внаслідок оперативного лікування відновлюються анатомо-топографічні співвідношення у міхурово-уретральній ділянці, а також зміцнюється діафрагма таза. Крім того, оперативне втручання забезпечує передачу абдомінального тиску на сечовий міхур й уретру. Подальші спостереження показали, що після оперативного втручання значно покращується уродинаміка у хворих, в яких для проведення оперативного втручання застосовували ліпографтинг (рис. 1).

Крім того, застосування комплексного методу оперативного лікування стресового нетримання сечі, асоційованого із генітальним пролапсом, мало більш виражений вплив на показники заднього міхурово-уретрального кута: до операції — $(137,1 \pm 4,7)^\circ$ у спокої, $(167,7 \pm 3,3)^\circ$ — при напруженні; після операції — $(100,8 \pm 2,9)^\circ$ у спокої, $(117,3 \pm 3,2)^\circ$ — при напруженні. Описані зміни є статистично значущими ($p < 0,05$).

З наведених графіків видно, що у пацієнок превалював стрімкий і переривчастий тип урофлуометричних кривих.

Подальший аналіз показав, що в основній групі після оперативного втручання було досягнуто кращих клінічних результатів (табл. 1).

Зокрема, при застосуванні комбінованого методу лікування значно зменшувалися показники максимальної швидкості сечовипускання при одночасному зростанні часу сечовипускання (див. табл. 1) і прискорення потоку сечі. При цьому у пацієнок II групи позитивна динаміка урофлуометричних показників була більш вираженою, що свідчить про



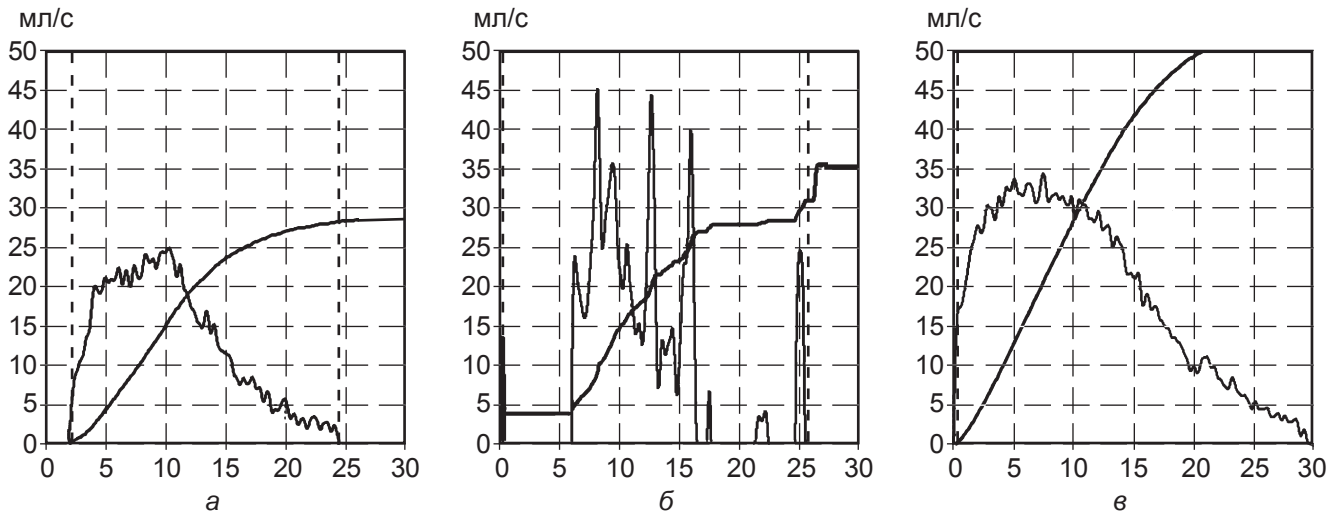


Рис. 1. Динаміка урофлуорографічних показників протягом терміну лікування:
а — після операції, б — до операції при напруженні, в — норма

ефективність запропонованого методу.

Слід зазначити, що незважаючи на малий розмір досліджуваної вибірки, спостережувані відмінності є значущими — внаслідок застосування методу вдалося зменшити максимальну швидкість сечовипускання (Q_{max}) з $(41,9 \pm 3,2)$ до $(25,7 \pm 1,4)$ мл/с при збільшенні часу сечовипускання з $(9,9 \pm 0,6)$ до $(24,5 \pm 1,2)$ с. Для оцінки клінічної ефективності запропонованого методу доцільне проведення лонгітудинального когортного дослідження на репрезентативній вибірці хворих.

Висновки

1. Запропонований комбінований спосіб лікування хворих на генітальний пролапс впливає на основні ланки патогенезу, приводить до нормалізації

топографо-анатомічного стану уретровезикального сегмента і проксимальної частини уретри, відновлюючи єдиний сфінктерний механізм.

2. Застосування автотрансплантації жирової тканини в поєднанні з плазмою, багатою на тромбоцити, у парауретральну клітковину дозволило значно покращити функціональні результати оперативних втручань, зокрема зменшити максимальну швидкість сечовипускання (Q_{max}) з $(41,9 \pm 3,2)$ до $(25,7 \pm 1,4)$ мл/с при збільшенні часу сечовипускання з $(9,9 \pm 0,6)$ до $(24,5 \pm 1,2)$ с.

3. Широке застосування методу комбінованої терапії генітального пролапсу у жінок із використанням автотрансплантації жирової тканини та збагаченої тромбоцитами плазми потребує подальших досліджень.

Таблиця 1

Урофлуометричні показники у групах порівняння

Група	Максимальна швидкість сечовипускання (Q_{max}), мл/с	Час сечовипускання, с
I, n=18		
До лікування	$39,3 \pm 2,8$	$10,2 \pm 0,8$
Після лікування	$28,9 \pm 2,4^*$	$20,3 \pm 1,1^*$
II, n=15		
До лікування	$41,9 \pm 3,2$	$9,9 \pm 0,6$
Після лікування	$25,7 \pm 1,4^*$	$24,5 \pm 1,2^*$

Примітка. * — відмінності є статистично значущими.

ЛІТЕРАТУРА

1. Запорожан В. Н. Оперативное лечение уrogenитального пролапса влагалитическим доступом : практ. руководство / В. Н. Запорожан, А. А. Процепко. — Одесса : Одес. мед. ун-т, 2010. — 157 с.
2. Symptomatic urinary tract infections after surgery for prolapse and/or incontinence / G. Sutkin, M. Alperin, L. Meyn [et al.] // Int Urogynecol J. — 2010. — Vol. 21 (8). — P. 955–961.
3. Onwude J. L. Genital prolapse in women / J. L. Onwude // Clin Evid (Online). — 2012 — pii: 0817.
4. Maher C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women / C. Maher, B. Feiner, K. Baessler // Cochrane Database Syst Rev. — 2010. — Vol. 4. — CD004014.
5. Prise en charge laparoscopique des prolapsus genitaux par suspension laterale au moyen d'une prothese: une serie de 377 cas / I. Eperon, C. Luyet, M. Yaron [et al.] // Rev Med Suisse. — 2011. — Vol. 7 (314). — P. 2084–2088.
6. The role of biologics in pelvic floor surgery / M. Ahmad, P. Sileri, L. Franceschilli, M. Mercer-Jones // Colorectal Dis. — 2012. — Vol. 14, Suppl. 3. — P. 19–23.
7. Щукін Д. В. Современные тенденции в лечении стрессового недержания мочи у женщин / Д. В. Щукін // Международный медицинский журнал. — 2006. — № 3. — С. 76–79.
8. New approach in vaginal prolapse repair: mini-invasive surgery associated with application of platelet-rich fibrin / F. Gorlero, M. Glorio, P. Lorenzi [et al.] // Int Urogynecol J. — 2012. — Vol. 3. — P. 715–722.
9. Foldspang A. The International Continence Society (ICS) incontinence definition: is the social and hygienic



aspect appropriate for etiologic research? / A. Foldspang, S. Mommsen // *J Clin Epidemiol.* – 1997. – Vol. 50 (9). – P. 1055–1060.

10. Про удосконалення надання урологічної допомоги населенню України : Наказ МОЗ України від 15.06.2007 № 330 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070615_330.html

11. *Periurethral* injection therapy for urinary incontinence in women / R. Pickard, J. Reaper, L. Wyness [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2003. – Vol. 2. – CD003881.

12. Пат. № 66402 Україна МПК (2011) А61В 17/00 Спосіб обробки жирової тканини для подальшого використання як аутотрансплантату / В. Г. Дубініна, В. В. Сажієнко, О. В. Лук'янчук, С. Г. Четверіков ; заявник і патентовласник Одес. нац. мед. ун-т. – № u201114126 ; заявл. 30.11.2011 ; опубл. 26.12.2011, Бюл. № 24.

13. Боровиков В. В. STATISTICA: искусство анализа данных на компьютере / В. В. Боровиков. – СПб. : Питер, 2001. – 656 с.

REFERENCES

1. Zaporozhan V.N., Protsepko A.A. The surgical treatment of urogenital prolapse, vaginal access [Pract. man-

ual]. O. The Odes. Medical University, 2010. 157 p. [Russian].

2. Sutkin G., Alperin M., Meyn L. et al. Symptomatic urinary tract infections after surgery for prolapse and/or incontinence. *Int Urogynecol J.* 2010; 21 (8): 955-961.

3. Onwude J.L. Genital prolapse in women. *Clin Evid (Online).* 2012. pii: 0817

4. Maher C., Feiner B., Baessler K. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 4. CD004014.

5. Eperon I., Luyet C., Yaron M., Dubuisson J., Dubuisson J.B. Prise en charge laparoscopique des prolapsus genitaux par suspension laterale au moyen d'une prothese: une serie de 377 cas. *Rev Med Suisse.* 2011; 7 (314): 2084-2088.

6. Ahmad M., Sileri P., Franceschilli L., Mercer-Jones M. The role of biologics in pelvic floor surgery. *Colorectal Dis.* 2012; 14 Suppl. 3: 19-23.

7. Shchukin D. Modern trends in the treatment of stress incontinence in women. *International Journal of Medicine* 2006; 3: 76-79 [Russian].

8. Gorlero F., Glorio M., Lorenzi P., Bruno-Franco M., Mazzei C. New approach in vaginal prolapse repair: mini-invasive surgery associated with appli-

cation of platelet-rich fibrin. *Int Urogynecol J.* 2012; 3: 715-722.

9. Foldspang A, Mommsen S. The International Continence Society (ICS) incontinence definition: is the social and hygienic aspect appropriate for etiologic research. *J Clin Epidemiol.* 1997; 50 (9): 1055-1060.

10. Mandate issued on 15.06.2007 N 330 "About the improvement of urologic care for the population of Ukraine" Electronic resource. Retrieved from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070615_330.html [Ukrainian].

11. Pickard R., Reaper J., Wyness L., Cody D.J., McClinton S., N'Dow Periurethral injection therapy for urinary incontinence in women. *J. Cochrane Database Syst Rev.* 2003; 2. CD003881.

12. Patent of Ukraine N 66402 IPC (2011) А61В 17/00 The method of fat tissue processing for further use as autotransplant. V.G. Dubinina, V.V. Zazhienko, O.V. Lukyanchuk, S.G. Chetverikov Owner: Odessa State Medical University Application № u201114126, doa 30.11.2011 Published on 26.12.2011, B. N 24 [Ukrainian].

12. Borovikov V.V. STATISTICA: the art of computer data analysis. St. Petersburg: Piter, 2001. 656 p. [Russian].

Надійшла 1.04.2013

УДК 575:616.126.3-089:616-005.1-084-085.273.53

І. В. Малярчук, Н. Г. Горовенко, А. Р. Бабочкіна

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФНОГО ВАРІАНТА G10976A ГЕНА *FVII* ПРИ АНТИКОАГУЛЯНТНІЙ ТЕРАПІЇ ВАРФАРИНОМ

ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України», Київ, Україна

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Київ, Україна,

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії
імені М. М. Амосова НАМН України», Київ, Україна

УДК 575:616.126.3-089:616-005.1-084-085.273.53

И. В. Малярчук, Н. Г. Горовенко, А. Р. Бабочкина

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА G10976A ГЕНА *FVII* ПРИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ

ГУ «Институт генетической и регенеративной медицины НАМН Украины», Киев, Украина, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев, Украина,

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н. Н. Амосова НАМН Украины», Киев, Украина

В результате проведенного исследования 138 пациентов с протезированными клапанами сердца (мужчин 64,5 %, женщин 35,5 %, средний возраст (51,1±1,2) года) определена частота генотипов 10976GG, 10976GA та 10976AA полиморфного варианта G10976A гена *FVII*, которая составила 81,16, 18,12 и 0,72 % соответственно. У 98 пациентов изучено влияние полиморфного

