

**Міністерство освіти і науки України
Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського
Департамент охорони здоров'я Тернопільської ОДА**

ПОЛІМОРБІДНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції

27 лютого 2014 року

Тернопіль
«Укрмедкнига»
2014

Редакційна колегія: член-кор. НАМУ, проф. Л.Я. Ковальчук
проф. М.В. Гребеник, проф. В.Б. Гощинський,
проф. О.Л. Ковальчук, проф. Н.В. Банадига,
проф. А.В. Бойчук

**Поліморбідні стани у практиці сімейного лікаря. – Тернопіль: Укрмедкнига,
2014. – 92 с.**

35 РОКІВ ПЛІДНОЇ РОБОТИ І ТВОРЧИХ ЗВЕРШЕНЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ НА МАЙБУТНЄ

М.В. Гребеник, Є.М. Стародуб, Б.І. Рудик, Є.Ф. Бузько

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти ДВНЗ „Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України”

Наша історія розпочалась рівно 35 років тому – 26 лютого 1979 року з отримання Наказу міністерства охорони здоров'я УРСР про створення на базі Тернопільського медичного інституту факультету удосконалення лікарів.

По праву фундаторами цього підрозділу інституту вважають доцентів Хоромського Л.М., Галицького Я.Д. і Борсук Г.Т. Вони з перших днів узялися за титанічну працю по формуванню післядипломної освіти на теренах області, яка згодом стала приймати курсантів з усього бувшого Радянського Союзу.

За 35-літню історію факультету до його становлення й розвитку долучилось багато відомих учених, професорів, доцентів і талановитих лікарів нашого краю. Зокрема, це завідувачі випускових кафедр:

– акушерства і гінекології: Розуменко М.Б. (1979-1987), Жилияєв М.І. (1988-1998), Олійник Н.М. (1998-2001), Бойчук А.В. (з 12.2001);

– хірургії: Гаджієв А.Г. (1979-1980), Микуляк В.Г. (1980-1984), Хоромський Л.М. (1985-1991), Дзюбановський І.Я. (1992-1995; 1998-2012), Кіт О.М. (1995-1997), Гощинський В.Б. (з 2013);

– терапії: Вайнштейн С.Г. (1979-1988), Стародуб Є.М. (1988-2005;2007-2009), Масик О.М. (2006-2007), Гребеник М.В. (з 2010);

– педіатрії: Бузько Є.Ф. (1979-1984), Ходорчук Н.Я. (1984-1985), Слободян Л.М. (1985-1996), Лобода В.Ф. (1997-2001), Банадига Н.В. (з 2001).

Першим деканом факультету став доцент, а згодом професор Хоромський Л.М. У різні роки його естафету продовжили доцент Герасимець М.Т., професор Охримович Л.М., професор Сабадишин Р.О., професор Шульгай А.Г. Біля 20 років факультет успішно очолював професор

Стародуб Є.М., нині ветеран університету, який і надалі залишається у строю. З січня 2010 року деканом факультету післядипломної освіти, а з липня 2013 року директором навчально-наукового інституту післядипломної освіти ТДМУ обрано професора Гребеника М.В.

Сьогодні хочеться коротко прослідкувати основні етапи становлення факультету наприкінці ХХ століття:

- 1984 – створення курсу медичної статистики (проф. Голяченко О.М., доц. Романюк Л.М.);
- 1987 – відкриття кафедри кардіології (проф. Рудик Б.І., 1987-1997);
- 1994 – перший цикл спеціалізації для сімейних лікарів;
- 1995 – відкрита кафедра діагностики і медичної інформатики (Рівне, проф. Поліщук В.М., 1995-1999; доц Шумлянський І.В., 1999-2007);
- 1995 – відкрита кафедра медицини невідкладних станів (Рівне, Маслій Я.О., 1998-2001; д.м.н. Боровий Є.М., доц Євтушенко О.В., проф. Семенюк Ю.С. 2008-2013);
- 1999 – започатковано курс медичної реабілітації (санаторій “Медобори”, Мартинюк В.І. 1999-2001, з 2001 кафедра фізіотерапії, медичної реабілітації та курортології, проф. Мисула І.Р.).

Нове тисячоліття ознаменувалось суттєвим поступом в розвитку післядипломної освіти в університеті:

- 2000 – відкрита інтернатура з фаху «Загальна практика-сімейна медицина»;
- 2002 – реорганізація в кафедри терапії в кафедру терапії і сімейної медицини ФПО;
- 2003 – відкрита кафедра травматології та ортопедії з комбустіологією ФПО (проф. Ролік О.В. 2003; проф. Бігуняк В.В., 2003-2004; проф. Єдинак О.М., 2004-2007);
- 2007 – відкрита інтернатура з фармації;

- 2007 – започатковано курс малоінвазивних ендоскопічних технологій та хірургічних дисциплін (доц. О.Л. Ковальчук);

За останні 5 років:

- 2009 – відкрита інтернатура з стоматології;
- 2011 – відкрита кафедра ендоскопії з малоінвазивною хірургією, урологією, ортопедією та травматологією ФПО (проф. О.Л.Ковальчук);

- 2011 – розпочато цикли спеціалізації з клінічної лабораторної діагностики;

- 2013 – створено філіал кафедри акушерства і гінекології в Рівненському обласному перинатальному центрі;

- 2013 – реорганізація факультету післядипломної освіти в навчально-науковий інститут післядипломної освіти (*Рішення Вченої ради університету від 29 січня 2013 р., протокол № 8 ; наказ МОЗ України від 26.03.2013 р. №08.01.47/402/8418; наказ Ректора чл.-кор. НАМН України, проф. Л. Ковальчука за № 328 від 16.04.2013 р. про утворення з 1 липня 2013 року ННІ ПО при ТДМУ*);

- 2013 – з вересня почала функціонувати кафедра фармації ННІПО

- 2013 – з вересня відкрита кафедра стоматології ННІПО

- 2014 – з початку року отримано дозвіл МОЗ на передатестаційну підготовку і стажування провізорів за трьома напрямками.

На сьогодні ННІ післядипломної освіти представлений сімома кафедрами, на яких навчально-методичну, наукову і лікувальну роботу забезпечують 14 докторів медичних наук, професорів та 33 доценти.

За час існування нашого підрозділу університету у ньому підготовлено і перепідготовлено понад 33 тисячі лікарів та 8765 інтернів. В останні роки для реалізації Національного плану дій по упровадженню Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» з фаху «Загальна практика-сімейна медицина» спеціалізацію пройшли 183 лікарі, а передатестаційну підготовку – понад 400 сімейних лікарів. На виконання доручення Президента України від 19.11.2010 р.

№ 1-1/2753 фахівцями нашого факультету розроблена Наскрізна Програма практичних навичок з фаху «Загальна практика-сімейна медицина», яка отримала схвальну оцінку МОЗ України і направлена для упровадження в усі навчальні заклади IV рівня акредитації. Також розроблено і затверджено на Вченій раді університету «Положення про підготовку на циклах спеціалізації лікарів-педіатрів дільничних та лікарів-терапевтів дільничних за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» за очно-заочною формою навчання». Упроваджено нову робочу програму для вторинної спеціалізації лікарів-терапевтів та лікарів-педіатрів з фаху «Загальна практика-сімейна медицина» за 6-ти місячною очно-заочною формою навчання.

В останні роки особлива увага приділяється іншому важливому питанню державного значення – підготовці спеціалістів з фаху «Медицина невідкладних станів», з даного напрямку нами підготовлено 152 лікарі.

Для реалізації Національного проекту «Нове життя» повністю виконано план з підготовки спеціалістів для новостворених перинатальних центрів регіону.

Сьогодні на базі ННІ післядипломної освіти проводиться підготовка через інтернатуру з 15 спеціальностей, спеціалізація для лікарів з 4 фахів: «Загальна практика – сімейна медицина», «Медицина невідкладних станів», «Організація та управління охороною здоров'я», «Клінічна лабораторна діагностика». Передатестаційні цикли охоплюють 21 спеціальність, а 56 циклів тематичного удосконалення проводяться за 27 напрямками діяльності.

Вбачаємо перспективи розвитку ННІ післядипломної освіти в укріпленні матеріально-технічної бази, зокрема в запланованому розширенні приміщень під кафедри інституту, удосконаленні системи викладання через ширше упровадження дистанційних форм навчання та інноваційних технологій, тісній взаємодії з заочними базами стажування і усіма підрозділами департаменту охорони здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ І ПРОБЛЕМНІ МОМЕНТИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

О.О. Ткач

Департамент охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації

За 2011 та 2013 роки в області створені та функціонують 17 центрів первинної медико-санітарної допомоги у 16 районах та м. Тернополі. Загалом в області заплановано створення 18 центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Станом на 01.01.2014р. в області розгорнуто 174 АЗПСМ. Загалом по області реорганізовано 44 ФАП в АЗПСМ.

Здійснено окремі заходи щодо оптимізації ліжкового фонду та мережі, зокрема, реорганізовані чотири дільничні лікарні в амбулаторії загальної практики-сімейної медицини: у 2010 році в с.Урмань Бережанського району, в 2011 році в с.Ридомиль, в 2012 році в смт. Хоростків та смт. Гримайлів Гусятинського району та с. Пробіжна Чортківського району.

Постійно проводиться робота по покращенню матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я усіх рівнів надання медичної допомоги. Розгорнуто 1683 ліжок денного стаціонару, у т.ч. в закладах сільської місцевості функціонує 1012 ліжок.

З метою забезпечення доступності лікарської допомоги у сільській місцевості в області запроваджена система перепідготовки дільничних терапевтів та педіатрів за 6-місячною очно-заочною програмою з сімейної медицини. У 2010 році спеціалізацію з фаху «Загальна практика-сімейна медицина» пройшли 19 лікарів, у 2011 – 16, у 2012 – 18, у 2013 – 16 лікарів. Приступили до роботи у 2010 році після закінчення інтернатури 25 сімейних лікарів, у 2011 році – 24 лікарі, у 2012 році - 21 сімейний лікар, у 2013 році 18 лікарів.

На даний час в області працює 541 підготовлений сімейний лікар (5,1 на 10 тис. населення) та 823 медичних сестер ЗПСМ (7,7 на 10 тис. населення). На кінець 2010 року кількість сімейних лікарів становила 431, 2011 року – 464, 2012 – 478. Сімейними лікарями обслуговується 91 % населення області, у т.ч. 96 % сільського населення, 85 % міського населення. З урахуванням спеціалізації по сімейній медицині дільничних лікарів, орієнтовна потреба у підготовці в інтернатурі з фаху «Загальна практика-сімейна медицина» на період 2013-2015 років становить 50 осіб.

У зв'язку з створенням центрів ПМСД покращилось кадрове забезпечення, як приклад, на початок реформи 25 АЗПМС були не укомплектовані лікарями. При створенні Центрів, за рахунок внутрішніх резервів, вдалося укомплектувати посади лікарів в 10 амбулаторіях і вирішити кадрову проблему по фельдшерсько-акушерських пунктах.

Для своєчасного інформування населення щодо реформування закладів охорони здоров'я на телепросторі обласної телерадіокомпанії створені просвітницькі програми «Час реформ», «Зона ризику», «Консультує лікар». Відкриті «телефони довіри», гарячі телефонні лінії. В області створений веб-сайт департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації <http://www.guoz.te.ua/>, на якому висвітлюється інформація про діяльність департаменту, новини в медицині, нормативно-правова база.

Штатними та позаштатними фахівцями департаменту охорони здоров'я забезпечується роз'яснювальна та інформаційна робота з питань реформування галузі. Керівництво департаменту охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації проводить зустрічі із колективами медичних закладів області, висвітлює питання реформування під час прямих ефірів на обласному телебаченні, по радіо та в друкованих ЗМІ.

На виконання наказу МОЗ України 02.11.2012 року № 866 «Про оцінку оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та моніторинг

модернізації первинної медичної допомоги» і у відповідності до примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, затвердженого наказом МОЗ України від 23.02.2012 року № 132 проведено визначення комплекту приміщень, оснащення інфраструктури закладів первинної медико-санітарної допомоги та потреби оснащення медичним обладнанням, інвентарем, виробами медичного призначення. Зокрема, медичним обладнанням, інструментами та інвентарем заклади первинної медико-санітарної допомоги оснащені на 34,84%. Із 174 амбулаторій тільки 60 укомплектовані на 100%. Доступ до системи «Інтернет» наявний в кожному центрі ПМСД. Електронний реєстр пацієнтів відсутній в усіх центрах ПМСД. Санітарними автомобілями забезпечені 101 амбулаторія, що складає 58,3% від усіх сільських АЗПСМ. Згідно нормативу на заклади первинної мережі в області потрібно придбати ще 200 автомобілів. Вимагають капітального ремонту 61 амбулаторія, які розміщені в сільській місцевості. На жаль, 27 лікарів ПМД та 51 молодший спеціаліст з медичною освітою не забезпечені житлом. Економічна мотивація праці медичних працівників сільської місцевості практично не реалізовується.

Згідно вимог наказу МОЗ України від 04.11.2011 року № 756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації» упроваджується механізм вибору (заміни) лікаря ПМСД.

Основні проблеми, на які слід спрямувати зусилля у найближчий час:

- створення Центру первинної медико-санітарної допомоги в Тернопільському районі;
- реорганізація дільничних лікарень в АЗПСМ (в області залишається 7 дільничних лікарень, з втраченими термінами акредитації);
- поліпшення фінансування галузі (зокрема, проблемним є дефіцит коштів на етапі становлення Центрів ПМСД, що не дозволяє вчасно здійснити проведення підготовчих заходів по ліцензуванню Центрів на предмет

провадження медичної практики та отримання права на придбання, перевезення, використання наркотичних, сильнодіючих препаратів та прекурсорів);

– дефіцит медичних кадрів насамперед у сільській місцевості, зокрема у АЗПСМ;

– незадовільний матеріально-технічний стан більшості споруд, медичної техніки, потребує оновлення санітарний транспорт;

– недосконалість нормативно-правової бази для впровадження загальнодержавних та місцевих стимулів для лікарів первинної ланки (житло, преміювання, безкоштовний проїзд та ін.);

– забезпечення перепідготовки дільничних терапевтів та педіатрів (зокрема, у Гусятинському районі на ставках сімейних лікарів працює 13 педіатрів та 3 терапевта, у Кременецькому ЦПМСД – 3 терапевта);

– виведення з Центрів первинної медико-санітарної допомоги стоматологів на вторинну ланку;

– фінансове забезпечення тематичних циклів удосконалення для сімейних лікарів по веденню фізіологічної вагітності;

– комп'ютеризація та запровадження електронних реєстрів з єдиною мережею по області.

– удосконалити нормативно-правову базу щодо збору, передачі даних по звітах.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ОНОВЛЕНОГО ПРЕПАРАТУ

СИМБІКОРТ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХОЗЛ

С.М. Бутвин, Ф.А. Звершхановський

Кафедра терапії та сімейної медицини ННІ ПО ТДМУ

Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається однією із загрожуючих

життю захворювань, розповсюдженість, інвалідність і смертність від якого невпинно зростає.

У дослідження було включено 26 пацієнтів, які знаходилися на амбулаторному лікуванні в ДСП поліклініки і поліклініці Міськлікарні № 2 м. Тернопіль. Діагноз ХОЗЛ встановлювали на підставі клінічних даних, опитувальників ТОХ і МшзМДР та даних спірометрії після бронхолітика. Всім хворим були підтверджені 3 і 4 стадії ХОЗЛ за GOLD, категорії С, фаза ремісії. Згідно наказу № 555 від 27.06.2013 р. всім хворим в якості основного лікарського засобу був призначений оновлений препарат Симбікорт 9/320 по 1 інгаляції 2 рази на день в якості постійної базисної терапії. Оцінювали результати на першому візиті та наступному через 6 місяців.

До лікування у хворих результати по ТОХ складалі $23,7 \pm 2,2$ бали, на наступному візиті $16,2 \pm 1,7$ бали ($p < 0,05$), по МшзМДР до лікування $3,1 \pm 0,1$ бали, на наступному візиті – $2,2 \pm 0,1$ бали ($p < 0,05$), спірографічні показники до лікування складалі в середньому по ОФВ1 $34,7 \pm 2,1$ % від належних, то на наступному візиті вони були вже $41,2 \pm 2,2$ % ($p < 0,05$) від належних.

Таким чином при включенні в лікування хворих на ХОЗЛ 3 і 4 стадії, категорії С оновленого препарату Симбікорт 9/320 вже через 6 місяців зрочно покращуються як клінічні, так і спірографічні показники перебігу хвороби. Крім того, зручний спосіб застосування я (по 1 інгаляції 2 рази на день) збільшує прихильність хворих до лікування і покращує клінічні результати. Запропонована схема лікування може бути запропонована для широкого застосування в лікуванні ХОЗЛ 3 і 4 стадіях по GOLD категорій С і D як в якості єдиної базисної терапії, так і в поєднанні з іншими бронхолітиками.

**ВИКОРИСТАННЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СИСТЕМИ
НІТРОГЛІЦЕРИНУ І СИНУСОЇДАЛЬНИХ МОДУЛЬОВАНИХ СТРУМІВ
У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З
СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**О.Б. Волошина, О.А. Філіппова, С.В. Бусел, В.В. Саморукова, В.В. Бугерук,
І.О. Добровольська**

Одеський національний медичний університет, Одеса

Тактика лікування гіпертонічної хвороби (ГХ) залежить від стадії, ступеня артеріальної гіпертензії та також від наявності ураження органів-мішеней та супутньої патології.

Метою дослідження було визначити ефективність комплексної реабілітації хворих на ГХ з супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС) при використанні трансдермальної терапевтичної системи нітрогліцерину (ТТСН) у поєднанні з синусоїдальними модульованими струмами (СМС).

Матеріал і методи. Обстежено 120 пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГБ) II стадії, віком 45-74 років, з супутньою ІХС. Результати медикаментозного лікування (МедЛ) (еналаприл, аторвастатин, ТТСН) у 30 пацієнтів контрольної групи порівнювали з аналогічним МедЛ та впливом СМС в 30 пацієнтів.

Результати. Після курсу реабілітації у більшості пацієнтів спостерігалось зниження діастолічного артеріального тиску (ДАТ) у контрольній групі становив у середньому $16,5 \pm 1,2$ мм рт.ст. , $19,7 \pm 1,1$ мм рт.ст. ($P < 0,01$) – у групі СМС та МедЛ. Аналогічну спрямованість змін зареєстровано стосовно систолічного артеріального тиску (САТ). Частота нападів стенокардії на тиждень в контрольній групі незначно знизилась (з $7,1 \pm 0,5$ до $5,9 \pm 0,3$, $P > 0,5$), а у пацієнтів, які використовували СМС поєднанні з МедЛ частота нападів стенокардії достовірно знизилась – з $7,5 \pm 0,4$ до $3,8 \pm 0,3$ ($p < 0,001$). В основній групі було також значно збільшився час до появи депресії сегменту ST- сегмента на біговій доріжці (з $8,2 \pm$

0,04 до $7,3 \pm 0,03$, $P > 0,5$ в контрольній групі, з $7,8 \pm 0,06$ до $5,6 \pm 0,03$, $P < 0,001$ – в основній групі).

Висновки. Застосування трансдермальної терапевтичної системи нітрогліцерину та синусоїдальних модульованих струмів в комплексній реабілітації хворих ГХ у поєднанні з ІХС призводить до зниження систолічного та діастолічного артеріального тиску, зменшення нападів стенокардії за неділю.

ГІПОТИРЕОЗ ЯК АКТИВАТОР КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Л.О. Волошина, Н.В. Пашковська

Буковинський державний медичний університет

В останні десятиліття підвищена увага науковців звернута на дослідження явищ коморбідності при найбільш соціально значущих недугах. Іншою важливою проблемою постає гіпотиреоз. З покращенням рівня діагностики останнього виявлені негативні впливи цього стану на будь-які супутні патологічні процеси. При остеоартрозі (ОА) ці зазначені явища досліджені недостатньо.

Мета роботи – вивчити поширеність гіпотиреозу у хворих на ОА та його вплив на клінічні прояви та перебіг останнього.

Матеріал і методи. Комплексно обстежено 170 хворих на ОА у віці 45-79 років. Ураження щитоподібної залози (ЩЗ) виявляли шляхом дослідження в сироватці крові рівнів ТТГ, Т₃, Т₄-вільних, ультрасонографічного дослідження. За рекомендаціями Американської Тиреоїдної асоціації 2011 року діагноз субклінічного гіпотиреозу виставляли за рівнем ТТГ в межах 4,5-10 мОд/л, маніфестного – при значеннях цього показника вище 10 мОд/л та можливого зниження Т₃, співвідношення Т₃/Т₄.

Результати дослідження. Встановлено за даними УЗД збільшення розмірів ЩЗ в 72 випадках (42,35%), однак гормональні порушення як доказ субклінічного

гіпотиреозу виявлені лише у 26 пацієнтів (15,29%) та маніфестний гіпотиреоз – у 4 осіб (2,35%). Зазначені явища гіпотиреозу виявляли у хворих на ОА у віці за 55-60 років, переважно у жінок (19 із 30 осіб). У всіх хворих із встановленим за консультацією ендокринолога субклінічним гіпотиреозом ОА проявлявся генералізованою формою з переважним ураженням опорних суглобів, торпідним перебігом та зниженням ефективності правильно побудованих лікувальних заходів на попередніх етапах. Відмічено також виразніші клінічні прояви частих коморбідних «супутників» у хворих на ОА : ІХС, артеріальної гіпертензії, ожиріння, інсулінорезистентності чи цукрового діабету, холецистогепатопатій, гіперхолестеринемії. Ретроспективний аналіз первинної медичної документації та анамнезу орієнтовно вказував на початок вищезазначеної тенденції 1,5-2 роки тому, хоча діагноз субклінічного гіпотиреозу був виставлений нами вперше.

У 4 хворих із маніфестним гіпотиреозом вищенаведені клінічні прояви ОА та коморбідних захворювань мали ще більш чіткі прояви, пацієнти частіше зверталися за медичною допомогою не тільки до ревматологів, але і до кардіологів, гастроентерологів, однак лише ендокринологи звернули увагу на більш швидке збільшення маси тіла, сухість шкірних покривів та ендокринний характер набряків кистей, обличчя. Здійснені за їх консультації дообстеження, підтвердження маніфестної форми гіпотиреозу з виваженим доповненням до лікувального комплексу ОА наростаючих доз левотироксину через 2-3 місяці суттєво покращували клінічні тенденції і ефективність лікування ОА та коморбідних захворювань. Подальші спостереження продовжуються.

Висновки. Гіпотиреоз навіть у субклінічній формі посилює клінічні прояви ОА, погіршує його перебіг, а також подібним чином впливає на властиві цій хворобі вікові коморбідні процеси. У випадках погіршення перебігу ОА та вікових коморбідних захворювань з метою ранньої діагностики субклінічного гіпотиреозу та підвищення ефективності лікування основного і коморбідних захворювань доцільно дослідження тиреоїдного статусу та УЗД щитоподібної залози.

ВАРІАНТИ ХОЛЕЦИСТОКАРДІАЛЬНИХ СИНДРОМІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Е.Б. Волошина, В.Г. Лагутін, О.Р. Дукова, І.С. Лисий, О.А. Філіппова

Одеський національний медичний університет, Одеса

Холецистокардіальні синдроми (ХКС), діагностували раніше загалом на клінічних симптомах, які дозволяли пов'язати зміни з боку серця (болі в серці, аритмії) з патологією жовчного міхура. Проте не завжди супутня патологія жовчного міхура супроводжується кардіальними симптомами.

Мета дослідження – покращити діагностику ХКС у хворих з кардіальними симптомами у хворих з дисфункцією жовчного міхура.

Матеріал і методи. обстежено 110 чоловіків і жінок з дисфункцією жовчного міхура та гіпертонічною хворобою (ГХ) I-II ст., віком 45-70 років. Всім пацієнтам окрім клінічного обстеження проводили пробу з холекинетиком (сульфат магнію) з використанням УЗД та ЕКГ до і після прийому холекинетики за запропонованою нами методикою (патент № u201300782). У дослідження не включали пацієнтів зі стенокардією напруги, які перенесли інфаркт міокарда, вадами серця та іншою патологією, яка супроводжувалася характерним серцевим больовим синдромом.

Результати. В результаті досліджень виділено 3 типи синдромів: больовий, аритмічеській і змішаний на тлі гіпокінезії або гіперкінезії жовчного міхура. Критерії больового варіанту синдрому: ниючі болі малої або середньої інтенсивності, не пов'язані з фізичним навантаженням, які найчастіше поєднувалися з больовими відчуттями в правому підребер'ї. На ЕКГ після проби з холекинетики можуть реєструватися зміни процесів реполяризації (зменшення або збільшення амплітуди зубця Т в лівих грудних відведеннях). Прояви аритмічного варіанту холецисто – кардіального синдрому виражаються в зміні частоти серцевих скорочень (у більшості випадків – почастищення ритму), та (або) появі екстрасистол на ЕКГ. Змішаний варіант – поєднання проявів больового та

аритмічного варіантів. У обстежених нами хворих на ГХ найчастіше реєструвався змішаний варіант ХКС (55,0 %), рідше – аритмічний (15,0 %). При цьому аритмічний варіант ХКС, переважно реєструвався у пацієнтів з жовчно- кам'яною хворобою (у 12 з 15 (80,0 %) хворих). Не виявлено переважання тих або інших серцевих симптомів, варіантів ХКС, в залежності від типу дискінезії жовчного міхура або стадії ГХ.

Висновки. 1. Проба з холекінетиком з одночасним використанням УЗД та ЕКГ є доступним та інформативним методом діагностики ХКС. 2. У хворих на ГХ з супутньою патологією жовчного міхура найчастіше реєструється змішаний і больовий варіант ХКС, рідше – аритмічний варіант, який головним чином реєструється при жовчно – кам'яній хворобі.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ПОЛІКОМПОНЕНТНИХ ФІТОЗАСОБІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ТА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДІВ

О.І. Волошин, Т.О. Ілашук, Л.О. Волошина, Б.П. Сенюк, В.В. Маркевич

Буковинський державний медичний університет

Актуальність теми. Відомо, що у жінок менопаузального та постменопаузального періодів життя формується комплекс системних функціональних порушень переважно дисгормональної природи та з роками нашаровується ряд органічних захворювань переважно атеросклеротично-судинного характеру. Саме системність цих уражень і є однією з ключових причин недостатньої ефективності більшості рекомендованих лікарських засобів. Природне (клімакс, постклімактеричні порушення) повинно лікуватися природніми засобами.

Метою цього повідомлення є висвітлення інформації про існуючі на фармацевтичному ринку України сучасні полікомпонентні фітопрепарати на підставі аналізу літератури та власного досвіду.

Результати досліджень. Загально визнаним є факт домінування у цього контингенту хворих неврозів, дисфункції вегетативної нервової системи, артеріальної гіпертензії, ендокринопатій, раніше набутих гастроентеро-, холецистогепатопатій. За даними літератури лікування такого комплексу системних уражень ефективні БАР з таких рослин як арніка гірська, глід кривавочервоний, валеріана лікарська, собача кропива, омела біла, горицвіт весняний, квіти конвалії, листя м'яти перцевої, трава буркуну, корені солодки, листя меліси, корінь пуерарії, корінь раувольфії зміїної.

Вітчизняною фітофармацією з них створені ефективні полікомпонентні лікарські препарати. Коротко наведемо їх склад та показання до застосування. “А-дістон” (ВАТ “Біолік”, Ладижин), чинниками якого є БАР з арніки гірської, плодів глоду, листя собачої кропиви, кореневищ валеріани, листя м'яти перцевої, плодів фенхелю. Показання: НЦД, ВСД, астено-невротичний синдром, периферичний ангіоневроз, панічні і соматоформні розлади, гіпертонічна хвороба І ст, патологічний клімакс, передменструальний синдром, хронічні гастрити, холецистити, синдром подразненого кишечника, метеозалежність.

“Кардіолін” (ВАТ “Біолік”): екстракти горицвіту весняного, арніки гірської, ялівцю звичайного, м'яти перцевої. Показання: НЦД, неврози, аритмії, серцева недостатність початкових стадій, метеочутливість. “Трикардин” (“Гернофарм”): водно-спиртовий екстракт кореневищ валеріани, плодів глоду, листя собачої кропиви. Показання: функціональні порушення серцево судинної системи, неврози, артеріальна гіпертензія Іст., ІХС, екстрасистолічна аритмія, клімактеричний невроз, мігрень, стан постійної психічної напруги, порушення сну.

“Кардіофіт” (АІМ, Харків): БАР із трави горицвіту, плодів аморфи кущової, квітів глоду, кореневищ валеріани, трави буркуну, насіння каштану кінського,

квіток конвалії, бузини чорної, листя м'яти перцевої, коріння солодки, трави чебрецю, листя омели білої, собачої кропиви. Показання: функціональні і органічні захворювання серцево судинної системи в поєднанні з супутніми хронічними ураженнями бронхолегеневого апарату, нирок та дисциркуляторною енцефалопатією.

Попутно нагадаємо про добре відомі “Корвалол”, “Корвалмент”, “Валідол”, “Валокормід”, “Барбовал”, “Кардіовален”, “Тривалумен”, “Седавіт”, “Фітосед”, “Антистрес”, “Релаксил” тощо. В доповіді буде висвітлена інформація про зарубіжні фітопрепарати фармацевтичного ринку України: “Неокарділ”, “Хомвіотензин”, “Пумпан”, “Нотта”, “Гербіон краплі серцеві”, “Аккардіум”, “Меморія”, “Депрім-форте”, “Геларіум-гіперікум”.

Впродовж останніх 10 років більш ніж на 1000 хворих з успіхом нами апробовані: “А-дістон”, “Кардіолін”, “Кардіофіт”, “Неокарділ”, “Хомвіотензин”, “Антистрес”, “Гербіон краплі серцеві”, “Геларіум-гіперікум”, “Меморія”, “Нотта”. Згідно власного досвіду в доповіді будуть наведені особливості застосування комплексних фітопрепаратів у віковому та соматичному аспектах, включаючи явища коморбідності.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ

О.І. Волошин, О.І. Доголіч

Буковинський державний медичний університет

В останнє десятиліття науковці значну увагу звертають на дослідження поширеності і ранню діагностику гіпотиреозу. Доведено, що навіть субклінічний гіпотиреоз погіршує перебіг та знижує ефективність лікування найбільш поширених захворювань, в першу чергу судинних. Про вплив гіпотиреозу на клінічні прояви і перебіг подагри зустрічаються поодинокі дані літератури.

Мета роботи – дослідити поширеність субклінічного і маніфестного гіпотиреозу у хворих на подагру та його вплив на клінічні прояви і перебіг цієї недуги.

Матеріал і методи. Обстежено 124 хворих на подагру, серед яких домінували чоловіки (98 осіб – 79%). Середній вік хворих складав $57,4 \pm 4,98$ років, причому основна частина хворих була у віці за 55 років (96 осіб – 77,42%). Діагностику гіпотиреозу у цього контингенту здійснювали шляхом визначення в крові рівнів ТТГ, Т₃, Т₄-вільні, за потреби антитіла до пероксидази щитоподібної залози (ЩЗ), а також УЗД ЩЗ, її пальпація та аналіз можливих скарг. Користуючись рекомендаціями Американської Тироїдної Асоціації (2011), субклінічним гіпотиреозом вважали перевищення рівня ТТГ в сироватці крові від 4,3 до 10 мОд/л, вище 10 мОд/л – маніфестний гіпотиреоз, не дивлячись на мінімальні клінічні прояви.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що в 9 осіб до 45 років перебіг подагри характеризувався епізодами гострого подагричного артриту 1-2 рази на 2-3 роки зі «світлими» проміжками між ними і майже відсутністю рентгенологічних змін в уражених суглобах. Лише в одній жінки 43 років з аутоімунним тиреоїдитом і маніфестним гіпотиреозом орієнтовною давністю 2 роки спостерігався хронічний подагричний артрит з рецидивами 2-3 рази на рік в поєднанні із помірними проявами метаболічного синдрому та остеоартрозу колінних суглобів. Скринінговими дослідженнями тиреоїдних гормонів у крові субклінічний гіпотиреоз виявлявся у жінок після 55 років (6 осіб – 23,07%), чоловіків після 60 років (12 осіб – 12,24%) з коливаннями рівня ТТГ від 5,0 мОд/л до 9,3 ($7,6 \pm 0,23$ мОд/л), а маніфестний гіпотиреоз – лише у 4 пацієнтів (3,29%), з них переважно були жінки (3 особи). При відсутності будь-яких клінічних натяків на гіпотиреоз у осіб із субклінічною його формою подагра характеризувалася вже хронічним подагричним артритом, з ураженням мінімум 3 суглобів, торпідним перебігом, наявністю ожиріння I-II ст., вираженими явищами сечокислового діатезу чи сечокам'яної хвороби, більш вираженою гіперхолестеринемією, зниженням рівня урикозурії, зниженням ефективності гіпоурикемічних засобів порівняно із

попередніми роками, що і слугувало приводом до дослідження на предмет гіпотиреозу як можливої причини виявленої тенденції.

Маніфестний гіпотиреоз виявлений лише в 4 хворих, із них тільки у половини були мінімальні клінічні ознаки. Особливістю подагри були почастішання рецидивів до 3-4 на рік, затяжний їх перебіг, закономірними були тофуси різних локалізацій, помітне зниження ефективності антиподагричної терапії та зростаючий з роками поліморбідний фон, переважно за рахунок атеросклеротичних уражень, ожиріння, остеоартрозу та хвороб системи травлення, більш значне зниження урикозурії.

Висновки. Субклінічний і маніфестний гіпотиреоз погіршують перебіг подагри, сприяють її прогресуванню, зниженню ефективності лікування та зростанню явищ поліморбідності. Доцільна рання скринінг-діагностика гіпотиреозу в осіб з подагрою старше 50-55 років, або у випадках посилення їх клінічних проявів, погіршення перебігу.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ КОМОРБІДНОСТІ ТА РІВНЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ

Л.О. Волошина

Буковинський державний медичний університет

Висока частота поєднання остеоартрозу (ОА) з ішемічною хворобою серця має спільний патогенетичний механізм на основі хронічного низькоінтенсивного запалення та порушення обміну речовин, що зумовлює підвищення ризику смертності від серцево-судинної патології. Таке взаємообтяжуюче поєднання системного атеросклеротичного процесу та уражень опорно-рухового апарату створює складність в реалізації комплексного лікування ОА та вимагає диференційованого підходу до нього.

Мета: вивчити особливості перебігу ОА залежно від ступеня коморбідності та ураження серцево-судинної системи й рівнів кардіоваскулярного ризику (КВР).

Методи дослідження. Обстежено 107 пацієнтів із ОА, серед яких 84 (79%) жінки та 23 (21%) чоловіки віком від 48 до 78 років ($57 \pm 8,7$) в період загострення. Діагноз ОА встановлювали згідно діагностичних критеріїв R.D.Althmann, діагноз ІХС верифікували за рекомендаціями Української асоціації кардіологів (2004). Індекс коморбідності вчисляли за Чарлсоном (1988), ступінь КВР – за Європейськими рекомендаціями з профілактики серцево-судинних захворювань (2012).

При визначенні індексу коморбідності залежно від вікових груп пацієнтів та стадії ОА встановлено, що І стадія ОА спостерігалася переважно у пацієнтів середнього віку (37%), які мали менший коморбідний індекс ($2,3 \pm 0,12$) та низький КВР, а ІІ стадію ОА виявляли у пацієнтів літнього та старечого віку (63%) з коливанням індексу коморбідності в межах 5 – 8 балів ($6,8 \pm 0,16$), а КВР був у осіб до 60 років високий, старше 65 років – дуже високий.

При визначенні КВР в досліджуваного контингенту хворих встановлено, що крім закономірності його зростання з віком за рахунок більш тяжких форм ІХС, а також гіпотиреозу, спостерігалася тенденція його підвищення з прогресуванням стадії ОА та індексу коморбідності. Ступінь КВР, згідно Європейських рекомендацій підвищували такі коморбідні захворювання як цукровий діабет, ожиріння, ХОЗЛ, гіпотиреоз.

Тривалість перебування пацієнта в стаціонарі збільшувалася із зростанням індексу коморбідності, ступеня КВР та стадії ОА на 2-4 дні. У зв'язку із зазначеним вже на стаціонарному етапі лікування комплексну профілактику кардіоваскулярних подій здійснювали не тільки з урахуванням індексу коморбідності, але й патогенетичних особливостей коморбідних станів, як гіпотиреоз. Враховувалися агрегатний стан крові, порушення функції ендотелію та ступінь гіпотиреозу (субклінічний, клінічний).

Висновок. Із зростанням віку хворих на ОА число і вираженість коморбідних захворювань (індекс коморбідності) зростають стадії цієї хвороби та ступінь

КВР. З метою покращення результатів лікування та профілактики кардіоваскулярних подій доцільно здійснювати комплексне застосування засобів, що впливають на реологічні властивості крові, функцію ендотелію та щитоподібної залози.

ПОКАЗНИКИ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ЖИРУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПУ

В.І. Величко, О.В. Саїд, Г.Р. Аствацатрян, О.А. Шелепіна, Т.Л. Карпинська
Одеський національний медичний університет, КУ Одеська міська поліклініка
№19, ДЗ «Дорожня лікарня ДП «Одеська залізниця»

Цукровий діабет (ЦД) 2-го типу є найбільш розповсюдженою ендокринною патологією. Ожиріння супроводжує його, сприяє розвитку, а також підвищує ризик виникнення судинних ускладнень і певною мірою знижує ефективність лікувальних заходів.

Нами було виконано обстеження 50 хворих на ЦД 2-го типу. Всім хворим було виконано антропометричні дослідження з визначенням індексу маси тіла (ІМТ). Також проводилась біоімпедансометрія з метою визначення вмісту вісцерального жиру (ВЖ) на приборі Omron BF511 Body Composition Monitor.

За результатами дослідження, у 84% (42) пацієнтів з ЦД 2-го типу мало місце підвищення ІМТ, з них у 45% (22) пацієнтів показник ІМТ відповідав ожирінню, у 40% (20) пацієнтів – надмірній масі тіла, та 16% (8) пацієнтів мали нормальну масу тіла.

За результатами біоімпедансометрії у пацієнтів з нормальною масою тіла середній показник ВЖ складав 8.75 од., при нормі від 1 до 9 од. Однак у 5 пацієнтів показник ВЖ складав від 10 до 12 од, що відповідає підвищенному ризику розвитку кардіоваскулярних захворювань (КВЗ). Показник ВЖ серед пацієнтів з надмірною масою тіла у 5 пацієнтів складав від 10 до 14 од., що свідчить про високий ризик КВЗ, та у 13 пацієнтів – від 15 до 19 од., що свідчить

про дуже високий ризик КВЗ. Серед пацієнтів з ожирінням показник ВЖ теж знаходився в межах, які відповідають високому та дуже високому ризику КВЗ (від 11 до 14 од. у 7 пацієнтів та від 15 до 29 од. у 15 пацієнтів, відповідно).

Таким чином, у більшості хворих на ЦД 2-го типу навіть за наявності нормальної маси тіла, існує підвищений ризик КВЗ. Визначення вмісту ВЖ у пацієнтів з ЦД 2-го типу може служити надійним додатковим неінвазивним інструментом в оцінці ризику КВЗ, особливо при скринінговому обстеженні.

ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА ПОКАЗНИКИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

М.В. Гребеник, В.Р. Микуляк

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Мета. Оцінка динаміки показників оксидативного стресу при гострому інфаркті міокарда (ІМ) в умовах коморбідності на фоні додаткового застосування донатора оксиду азоту L-аргініну.

Матеріали і методи. Обстежено 64 хворих з гострим ІМ та супутньою патологією. Діагноз ІМ встановлювали згідно рекомендацій ESC, 2008. Хворі були розподілені методом випадкового відбору на 2 групи: першу, у якій застосовувалася лише стандартна терапія, згідно чинних протоколів і другу, у якій пацієнтам додатково призначався донатор оксиду азоту L-аргінін, паралельно обстежено 20 осіб з ІМ без супутньої патології.

Крім загального клінічного обстеження, вивчено показники ендотеліальної функції, проведено визначення кінцевого продукту перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) – малонового диальдегіду (МДА) та активності антиоксидантної системи за динамікою супероксиддисмутази (СОД).

Результати. Згідно з отриманими даними щодо стану ПОЛ, у двох групах хворих спостерігалось зростання рівня МДА – $(8,12 \pm 0,57)$, зниження рівня СОД $(39,55 \pm 0,38)$. Водночас, у пацієнтів з ІМ та супутньою патологією рівень МДА був достовірно вищим, що свідчить про більшу вираженість окисного стресу у даних хворих. На фоні лікування ІМ спостерігалось поступове зростання активності СОД та зниження рівня МДА. Більш швидка динаміка спостерігалась у групі хворих, яким додатково було призначено L-аргінін ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих з ІМ та коморбідною патологією спостерігаються більш виражені порушення ПОЛ, що потребує додаткового застосування препаратів з антиоксидантними властивостями. Введення L-аргініну до схеми лікування хворих на гострий ІМ призводило до зниження інтенсивності протікання вільнорадикального окислення ліпідів та підвищення активності антиоксидантної системи захисту крові.

ЗАСТОСУВАННЯ ВАЛІДІЗОВАНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ф.А. Звершхановський, С.М. Бутвин

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини негоспітальна пневмонія (НП) залишається однією із загрожуючих життю захворювань. В 2004 році R.Moussaoui та ін. був створений опитувальник з НП, який дозволив швидко оцінювати ефективність лікувальної тактики. Нами використано цей опитувальник валідізований для України (Махаринська О.С. та ін.2012).

У дослідження було включено 37 пацієнтів, госпіталізованих у залізничну лікарню м.Тернопіль з приводу НП. Діагноз пневмонії підтверджено

рентгенологічним обстеженням. Після опитування за шкалою CRB-65 всім хворим була підтверджена середня важкість НП 3 групи. Проведене опитування за шкалою НП дозволило визначити індекс НП (iНП) в межах $32,46 \pm 2,3$, респіраторний індекс (pi)- $36,61 \pm 3,2$, індекс самопочуття (ic)- $19,48 \pm 1,05$. Всім хворим була призначена антибіотикотерапія згідно до протоколу надання медичної послуги хворим на пневмонію (Наказ 128 МОЗ України від 2007 та проекту клінічних настанов з негоспітальної пневмонії 2013). В якості стартового препарату був обраний захищений цефалоспорин 3 покоління – сульбактомакс у поєднанні з макролідом (азитроміцином). Ефективність терапії оцінювалась через 48-72 години від початку лікування за допомогою опитувальника НП. У 31 хворого вона виявилась достатньою, а у шести пацієнтів було вирішено перейти на альтернативний засіб лікування – левофлоксацин. Повторне обстеження пацієнтів було проведено на 10 день від поступлення в стаціонар. Отримані результати: iНП- $60,89 \pm 0,2$, pi- $51,74 \pm 0,3$, ic- $56,88 \pm 0,07$ ($p < 0,001$) свідчать про ефективність контролю перебігу захворювання за допомогою опитувальника та своєчасного вирішення ефективності терапії та зміни лікувальної тактики. Рекомендовано впровадження шкали оцінки НП в роботу практикуючих лікарів з метою підвищення контролю перебігу та ефективності лікування НП.

ЛІЗИНОПРИЛ – ПРЕПАРАТ ВИБОРУ В ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ

О.Б. Квасницька, Г.В. Здоровецька, Н.Д. Ткаченко

Буковинський державний медичний університет

Серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) захворювання гепатобіліарної системи зустрічаються в середньому у 35-41%, що певним чином впливає на фармакодинаміку і ефективність антигіпертензивних препаратів та функціональний стан печінки.

З метою дослідження ефективності інгібітору АПФ – лізиноприлу у пацієнтів з АГ 1 ступеня та супутнім хронічним гепатитом (ХГ) з мінімальною активністю, 19 хворим із відповідною патологією у віці від 42 до 56 років призначали препарат в дозі 2,5 – 5 мг 1 раз на добу протягом 1 місяця.

Стійкий антигіпертензивний ефект був досягнений у 84% хворих на 7-9-й день прийому в дозі 2,5 мг. Прогресування дисфункції печінки в процесі лікування не спостерігалось. Крім того, через місяць лікування були виявлені і плейотропні ефекти лізиноприлу: зменшення проявів оксидативного стресу – зниження в крові рівня МА на 15% ($p < 0,05$), збільшення рівня ГВ на 34% та активності СОД на 11% ($p < 0,05$). Позитивний мембраностабілізуючий та антиоксидантний ефект даного препарату підтверджувався вірогідним зниженням активності цитолітичних ферментів в крові (АлАТ та АсАТ) порівняно з вихідним рівнем.

Окрім антигіпертензивного, було встановлено позитивний антиоксидантний, мембраностабілізуючий ефекти лізиноприлу та відсутність негативного впливу на функцію печінки в комплексному лікуванні хворих на АГ та супутнім ХГ. Таким чином, перспективним в плані підвищення ефективності лікування є розробка алгоритмів лікування пацієнтів з коморбідними станами з використанням препаратів, які мають позитивний вплив одночасно на декілька соматичних захворювань і, при цьому, меншу кількість побічних ефектів.

МІСЦЕ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЛІКАРСЬКИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ

Н.В. Кіча, С.В. Данилюк, Т.О. Ситюк

Інститут сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, Київ

Вступ. Лікарські ураження печінки (ЛУП) являють собою важливу проблему внутрішньої медицини, що визначається труднощами своєчасного розпізнавання цієї патології. ЛУП частіше виникають при ентеральному застосуванні, що пов'язано з особливостями кровопостачання печінки та

метаболізму в ній лікарських речовин. Одним з лікарських засобів, здатних зумовити розвиток ЛУП без будь-яких клінічних проявів, виділяється метотрексат (МТ).

Мета. Вивчити гепатопротективну дію та клінічну ефективність есенціальних фосфоліпідів (ЕФЛ) (на прикладі препарату Ліволін форте) в комплексній терапії хворих на ревматоїдний артрит (РА), що приймають метотрексат.

Матеріали та методи дослідження. В дослідження було включено 34 пацієнта з підтвердженим діагнозом РА у віці 27-54 років, що приймають МТ в якості базисного лікування. Чоловіків – 11 осіб (32,4%), жінок – 23 (67,6%). Середній вік хворих склав $(42,6 \pm 8,4)$ роки. Всі включені пацієнти випадково були поділені на 2 групи: I – основна, 16 осіб (традиційна терапія + Ліволін форте по 1 капсулі 3 рази на день, курсом 3 місяці та II – порівняння, 18 осіб (традиційна терапія). Всім хворим проводилося комплексне загальноприйняте обстеження (клініко-анамнестичне, лабораторне та інструментальне).

Результати. Курсове застосування ЕФЛ у пацієнтів з РА, які отримують базисну терапію, відзначається поліпшенням функціонального стану печінки, її метаболічної та детоксикаційної функції, а також відбувається нормалізація ліпідного профілю за рахунок зниження рівня холестерину в крові.

Висновки. Застосування ЕФЛ в комплексному лікуванні є патогенетично обґрунтованим, особливо у контингенту хворих ревматологічного профілю, які тривало знаходяться на гепатотоксичній базисній терапії.

Перспективи досліджень пов'язані з необхідністю пошуку додаткових шляхів захисту печінки в умовах гепатотоксичного впливу.

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТУВАННЯ ГНІЙНОГО СИНУСИТУ У ДІТЕЙ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

С.А. Левицька, А.І. Гоженко, В.В. Буяло

Буковинський державний медичний університет

Український НДІ медицини транспорту, м.Одеса

Проблема діагностики гнійного синуситу (ГС) у дітей не втратила своєї актуальності, оскільки й досі немає єдиного й універсального методу, який би дозволяв безпомилково встановити діагноз. Особливі труднощі можуть виникнути при діагностуванні захворювання на етапі надання первинної медичної допомоги, адже клінічні прояви ГС подібні до симптомів гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), а розвиток ГС безпосередньо пов'язаний з перенесеним ГРВІ.

Діагностична значущість клінічних показників ГРВІ і ГС була проведена у 102 дітей із клінічними ознаками ГРВІ. Критеріями діагностування ГС було рентгенологічне зниження пневматизації біляносових пазух, згідно котрого ГС підтверджений у 36 дітей (перша група) і спростований у 66 (друга група). Для кожного діагностичного критерію вираховувались чутливість, специфічність, відношення правдоподібності і прогностична цінність позитивного та негативного результатів

Аналіз результатів дослідження засвідчив, що проведення диференційної діагностики чергового епізоду ГРВІ і ГС на підставі виключно клінічних показників викликає певні труднощі, так як більшість клінічних показників показали високу чутливість, проте низьку специфічність.

Низька прогностична цінність позитивного результату дозволяє стверджувати, що назальна обструкція (35,4%), головний біль (37,1%), слизово-гнійні виділення з носа і носоглотки (42,4%), підвищення температури тіла (28,3%) не є достатніми аргументами для виставлення діагнозу ГС у дитини.

Висока специфічність виявилася характерною для ідентифікації гнійних виділень у вигляді смужки гною в середньому носовому ході (97%) і болючості

при пальпації синусів (94%). Проте, низька чутливість даних показників (38,9% і 47,2% відповідно) не дозволяє спростувати наявність ГС у дитини за їх відсутності.

За показниками відношення правдоподібності позитивного і негативного результатів відсутність назальної обструкції у дитини з ГРВІ є вагомим аргументом, що спростовує враження синусів ($RR-=15,7$), в той час як болючість при пальпації вражених синусів ($RR+=7,8$) і смужка гною в середньому носовому ході ($RR+=12,8$) є інформативними доказами на користь ГС.

Таким чином, подібність клінічних ознак ГС і ГРВІ у дітей зумовлює труднощі в диференційній діагностиці. Необхідною складовою діагностичного алгоритму ГС повинно бути рентгенологічне дослідження.

Перспективи подальшого вдосконалення діагностики ГС у дітей полягають в покращанні якості лікування, зменшенні відсотку інвазійних втручань.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

О.В. Найдьонова, Л.І. Ковальчук, О.С. Приступа

Одеський національний медичний університет

Мета: підвищити якість ведення пацієнтів з ХОЗЛ шляхом боротьби з тютюнопалінням та індивідуальним підбором базисної терапії згідно до сучасних міжнародних рекомендацій.

Завдання: оцінити поширення тютюнопаління та ступінь нікотинової залежності у пацієнтів з ХОЗЛ; застосувати новий комплексний метод оцінки ризику небажаних подій у цих пацієнтів для визначення необхідної базисної терапії.

Матеріали та методи: обстежено 27 пацієнтів з ХОЗЛ (чоловіків – 18, жінок – 9), середній вік – $54,6 \pm 3,2$ роки. Усі пацієнти заповнили Тест

Фагерстрема (ступінь ніотинової залежності) і Тест оцінювання ХОЗЛ (ТОХ). Згідно до анамнезу та аналізу амбулаторних карт проведена оцінка фенотипу захворювання: кількість загострень ХОЗЛ (у т.ч. з госпіталізацією). Проведена спірометрія з пробою на сальбутамол і оцінкою ступеня бронхообструкції за шкалою GOLD, 2011.

Результати. Усі обстежені пацієнти – теперішні або экс-курці. Продовжують палити 19 пацієнтів (70,4 %), середня кількість пачко/років – $18,7 \pm 4,9$. Серед них середню ступінь ніотинової залежності мають 6 пацієнтів (31,6 %), високу – 13 пацієнтів (68,4 %), що потребує призначення медикаментозної терапії. Низький ризик небажаних подій згідно до фенотипу захворювання (< 1 загострення/рік) мали 15 пацієнтів (55,6 %), високий (≥ 2 загострень/рік) – 12 пацієнтів (44,4 %). За даними спірометрії легку та середню ступінь бронхообструкції (ОФВ1 ≥ 50 % від належного) виявлено у 18 пацієнтів (66,7 %), тяжку і дуже тяжку (ОФВ1 < 50 %) – 9 пацієнтів (33,3%). Згідно новій класифікації, яка ґрунтується на зв'язку між симптомами (шкала ТОХ), фенотипом захворювання (частота загострень ХОЗЛ) і ступенем бронхообструктивного синдрому (згідно показникам спірометрії) всіх пацієнтів було поділено на групи: А (мало симптомів, низький ризик) – 8 пацієнтів (29,6%), В (багато симптомів, низький ризик) – 7 пацієнтів (25,9%), С (мало симптомів, високий ризик) – 10 пацієнтів (37,0%), D (багато симптомів, високий ризик) – 2 пацієнта (7,4%). Постійну базисну терапію необхідно призначити пацієнтам груп В, С, D, серед обстежених пацієнтів цієї категорії її отримували 10 з 19 пацієнтів (52,6%).

Висновки: 1. Необхідно активізувати боротьбу з тютюнопалінням, як основним фактором розвитку і прогресування ХОЗЛ, шляхом проведення бесід і застосування медикаментозної (нікотинзамісної) терапії. 2. Використання нової класифікації, заснованої на комплексному врахуванні фенотипу захворювання і ступеня бронхообструктивного синдрому, дозволяє покращити якість ведення пацієнтів з ХОЗЛ.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

М.В. Патратій, С.І. Олексюк

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет (м.Чернівці)

КУ «Обласна клінічна лікарня м.Чернівці»

Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) є однією з найгостріших проблем сучасної терапії. У європейських країнах НАСГ діагностують майже у 11% пацієнтів. У людей з підвищеною масою тіла поширеність НАСГ становить 19%, з нормальною масою тіла – 2,7%. НАСГ є найбільш поширеною формою хронічної патології печінки і розглядається як печінковий прояв метаболічного синдрому (МС).

Мета дослідження: виявити зміни мікрофлори товстої кишки у хворих на НАСГ на тлі МС.

Матеріали та методи дослідження. Всього було обстежено 46 хворих віком 42-67 років з НАСГ на тлі МС (IDF, 2005), які перебували на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні КУ «Обласна клінічна лікарня м.Чернівці». Діагноз НАСГ встановлювали на основі клінічних, лабораторних та інструментальних критеріїв НАСГ (Ю.М. Степанов, А.Ю. Філіппова, 2004). Контрольна група (n=24) склали хворі з МС (IDF, 2005) без уражень печінки. Стан біоценозу товстої кишки оцінювали за комплексним бактеріологічним дослідженням калу. Статистична обробка отриманих результатів дослідження проводилась на персональному комп'ютері за допомогою програми Statistica 6,0. Проведене дослідження виконане у відповідності з етичними нормами Хельсинської декларації перегляду 2008 року.

Результати. У 90 % хворих з НАСГ на тлі МС мікробіоценоз товстої кишки характеризувався зниженням кількості біфідобактерій, у 80% хворих також відмічалось зменшення вмісту лактобацил та підвищення активності аеробної

протеолітичної мікрофлори. У групі контролю зниження кількості біфідобактерій виявлено у 15%, а лактобацил – у 10% хворих.

Висновки. Ознаки порушення мікробіоценозу товстої кишки у хворих на НАСГ на тлі МС зустрічаються достовірно частіше, ніж у осіб контрольної групи. Даний перебіг захворювань потребує уваги клініцистів з метою розробки диференційованого підходу до профілактики та лікування можливих порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих з НАСГ на тлі МС.

ОЦІНКА КОМПЕНСАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ЗА РІВНЕМ ГЛІКОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ у 2013 році

Н.В. Пасечко, Л.В. Наумова, І.І. Свистун, О.О. Боб, І.П. Савченко

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

Вступ. Найбільш об'єктивним і довготерміновим показником ступеня компенсації цукрового діабету є глікований гемоглобін (HbA_{1c}). У хворих на цукровий діабет критерії компенсації є наступні: менше 6,5% – добрий, 6,5%-7,5% – задовільний, більше 7,5% – незадовільний.

Метою нашого дослідження було вивчення ступеня компенсації пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу у Тернопільській області за рівнем HbA_{1c}.

Нами обстежено 285 хворих на цукровий діабет 2 типу, тривалість діабету від 2 до 17 років. Вік пацієнтів від 42 до 75 років. У зв'язку з тим, що у дослідженні прийняло участь 49,2 % пацієнтів старше 50 років, показником компенсації цукрового діабету були взяті наступні – до 7 % – добра компенсація, 7-8 % – задовільна вище 8,0% – незадовільна.

У відсотковому співвідношенні, кількість пацієнтів з HbA_{1c} до 7% становила 8,65 % хворих, з HbA_{1c} від 7,0 до 8,0 % – 17,11 %, з HbA_{1c} вище 8,0 % – 74,24 % відповідно. У пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, які

отримували інсулінотерапію середній показник HbA1c склав $(8,62 \pm 0,07)$ % , а у пацієтів, які отримували таблетовану цукрознижуючу терапію $(9,04 \pm 0,08)$ % відповідно. Середній показник HbA1c, у хворих на цукровий діабет 2 типу, по Тернопільській області за 2013 рік склав $(8,78 \pm 0,06)$ %.

Висновки. Компенсованими виявилися 8,65 % хворих, субкомпенсованими – 17,11 %, некомпенсованими – 74,24 % пацієнтів відповідно. Перспективи даної теми полягають у подальшому впровадженні в практику ендокринолога та сімейного лікаря визначення рівня глікованого гемоглобіну у хворих на цукровий діабет 2 типу з метою покращання ефективності лікування та контролю за ступенем компенсації захворювання.

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ОЖИРІННЯ

Г.Я. Ступницька, О.І. Федів

Буковинський державний медичний університет

Останнім часом приділяють увагу вивченню впливу ожиріння на перебіг хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). З одного боку описують, що ожиріння негативно впливає на перебіг ХОЗЛ, з іншого – описаний «парадокс ожиріння», при якому надмірна вага у хворих на ХОЗЛ із III та IV стадіями протективно впливає на виживаємість цих хворих. У зв'язку з цим подальше вивчення взаємозв'язку ожиріння та ХОЗЛ залишається актуальним.

Методи дослідження. Обстежено 110 хворих на ХОЗЛ II та III стадією без та із супутнім ожирінням. Вивчали показники функції зовнішнього дихання (ФЗД), біоімпедансного аналізу, тесту із 6-хвилинною ходьбою, тесту оцінки ХОЗЛ, показники запалення та вміст адипоцитокінів у крові.

Результати. Встановлено, що хворі на ХОЗЛ із ожирінням мали вищий показник об'єму форсованого видиху за першу секунду, проте нижчу толерантність до фізичного навантаження та кількість балів за тестом оцінки ХОЗЛ, високий

відсоток жирової маси та вісцерального жиру. Рівень С-реактивного білка (на 23,6%, $p < 0,05$), фібриногену (на 18,9%, $p < 0,05$), фактору некрозу пухлин- α (на 36,4%, $p < 0,05$) та інтерлейкіну-6 (на 19,7%, $p < 0,05$) перевищували такі показники у хворих на ХОЗЛ без ожиріння. Рівень лептину у хворих на ХОЗЛ із ожирінням вірогідно був вищим на 48,6% ($p < 0,05$), ніж за ХОЗЛ без ожиріння.

Висновки. Перебіг ХОЗЛ на тлі ожиріння характеризується системним субклінічним запальним синдромом із зниженням толерантності хворих до фізичного навантаження при вищих показниках ФЗД та відсотку жирової маси і вісцерального жиру та зниженням якості життя пацієнтів. Перспективою подальших досліджень є вивчення впливу медикаментозної терапії із застосуванням пульмональної реабілітації на перебіг ХОЗЛ із ожирінням.

ПОЛІМОРБІДНІ СТАНИ В ПРАКТИКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Т.А. Титова, Л.Ф. Матюха, Л.І. Кліменко, Г.В. Бацюра

Національна медична академія післядипломної освіти ім. Л.П. Шупіка

Проблема старіння населення вимагає вирішення важливих питань, пов'язаних з охороною здоров'я, а саме: розвитком сімейної медицини в питаннях охорони здоров'я похилих людей, профілактики розвитку хвороб і інвалідності. У амбулаторію сімейного лікаря звертаються до 60% від загального числа відвідувань пацієнти похилого віку. Це пов'язано з особливостями перебігу вікових змін. З одного боку, це закономірні зміни в органах і системах (зокрема серцево-судинної, дихальної, кісткової та інших). З іншого боку – це вплив факторів ризику розвитку захворювань і гормональних процесів, що багато в чому сприяє прогресуванню наявних захворювань і розвитку нової патології. Отже, зі збільшенням віку є всі передумови для розвитку поліморбідності патології.

Основним напрямком вивчення визначалося клініко-епідеміологічне вивчення поширеності поліморбідності патології у пацієнтів похилого віку і

виявлення найбільш поширених і значущих поліморбідних станів і проведення оцінки якості життя.

Взаємовплив захворювань змінює класичну клінічну картину, характер перебігу, збільшує кількість ускладнень і їх тяжкість, погіршує якість життя, обмежує можливості лікувально-діагностичного процесу, нерідко погіршує життєвий прогноз. З віком відбувається «накопичення» хронічних захворювань, відзначається множинність патологічних процесів. В середньому у осіб старше 60 років встановлюється 4-5 захворювань. Кожні наступні 10 років до них додається ще по 1-2 хвороби. Початок захворювань, що формують синдром поліморбідності, як правило, припадає на середній вік. Похилий вік – це вже період клінічних проявів комплексу захворювань.

Однією з найбільш поширених клінічно і соціально значущих форм поліморбідності є поєднання кардіологічної патології – атеросклерозу, артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця, на тлі факторів ризику (гіподинамія, зміна харчування, тривале наявність шкідливих звичок, стресові ситуації, гормональні зміни).

Отримані дані про поширеність поліморбідності патології у осіб похилого віку вимагає звертати увагу на середній вік пацієнтів, у яких є виражені фактори ризику розвитку захворювань з використанням групових програм диспансеризації, первинної та вторинної профілактики.

ПРО ПОШУК ЕФЕКТИВНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.Є. Шостак, Є.М. Стародуб, Л.І. Складанюк, Р.П. Дуць

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Жирова хвороба підшлункової залози (ЖХ ПЗ) – це захворювання, яке часто стає наслідком ожиріння хворих, і спричиняє дисліпідемію, ІХС,

інсулінорезистентність чи цукровий діабет II типу. Тому актуальним є пошук схем лікування, які б могли зменшити жирове насичення вказаного органу і покращити його функцію.

Матеріали і методи. Обстежено 33 хворих із ЖХ ПЗ (21 – жінок і 12 – чоловіків, середній вік яких – $64,32 \pm 0,14$ роки). ЖХ ПЗ діагностували за допомогою УЗД та КТ.

Обстежених розподілили на 2 групи, рандомізовані за віком і статтю. 16 хворих (I група) отримували дуспаталін – по 200 мг двічі на добу, пантопразол – по 20 мг двічі на добу та креон – по 400 мг тричі на добу, – 2 місяці. Для лікування хворих II групи (17 осіб) до вищевказаних препаратів додали есенціальні фосфоліпіди та альфа-ліпоєву кислоту, обидва препарати – по 300 мг тричі на добу. Крім медикаментозної терапії усім хворим рекомендували оздоровчу ходьбу (по 60 хвилин тричі на тиждень) та обмеження вживання жирів до 1 г на 1 кг ваги на добу. Ефективність проведеної комплексної терапії оцінювали через 3 місяці від початку лікування: проводили УЗД, вивчали показники біохімічного аналізів крові та ліпідограми.

Результати дослідження. При УЗД ехогенність ПЗ зменшилась у 43,75 % хворих I групи і у 94,12 % – II-ї. Після лікування зміни біохімічного аналізу крові були більш виразними у хворих II групи, особливо стосовно альфа-амілази – на $15,32 \pm 0,37$ у пацієнтів II групи проти $10,43 \pm 0,19$ г/л*год у обстежених I групи. Показники ліпідограми теж були кращими у обстежених II групи – загального холестерину – $5,31 \pm 1,73$ проти $6,53 \pm 1,21$ ммоль/л у хворих I групи, тригліцеридів – $1,69 \pm 0,31$ проти $2,41 \pm 0,23$ ммоль/л, ліпопротеїдів високої густини – $1,77 \pm 0,42$ проти $1,70 \pm 0,19$ ммоль/л, відповідно.

Таким чином, включення есенціальних фосфоліпідів та альфа-ліпоєвої кислоти у комплексні схеми лікування хворих із ЖХ ПЗ сприяло зменшенню проявів дисліпідемії, покращенню УЗД-картини захворювання та зовнішньосекреторної функції підшлункової залози.

Перспективи подальших досліджень полягають у пошуку інших схем терапії, які б були достатньо ефективними для лікування ЖХ ПЗ.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ТЛІ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗУ

Н.І. Ярема, І.П. Савченко, Л.В. Радецька, А.І. Балабан, О.І. Коцюба

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені

І.Я.Горбачевського МОЗ України»

Вступ. На сьогодні в Україні зареєстровано більше 10 млн осіб, які страждають на артеріальну гіпертензію (АГ). Проблема АГ у жінок в постменопаузі є актуальною, оскільки обидва фактори – АГ і настання статевої інволюції є прогностично несприятливими чинниками, що істотно підвищують ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

Мета дослідження. Оцінка змін добового профілю АТ у жінок з АГ, поєднаною із постменопаузальним остеопорозом.

Матеріали та методи. У дослідження включено 28 пацієнток на АГ клімактеричного віку, що перебували у фізіологічній менопаузі, середній вік яких становив $48 \pm 3,61$ року. Пацієнтки І групи (n=14) мали АГ II ступеня та остеодефіцит I ступеня. До 2-ї групи (n=14) ввійшли хворі жінки на АГ II ступеня із ознаками остеопорозу. Під час дослідження проводили добове моніторування АТ.

Результати та обговорення. За результатами дослідження встановлено, що за характером добового ритму АТ розподіл у групах був таким: особи з нормальним (10-20%) зниженням АТ вночі становили відповідно 42,9 і 21,4%; хворі з недостатнім (0-10%) зниженням АТ вночі – 35,7 і 57,1%; пацієнтки зі стійким підвищенням нічного АТ, що перевищувало денний, – 21,4 і 28,6%.

Найчіткіше відзначалася варіабельність САТ у пацієток 2-ї групи, вона була достовірно вищою ($p < 0,05$).

Висновки. Результати добового моніторування АТ свідчать, що один із основних показників – ступінь нічного зниження АТ – в обстежених групах значно відрізнявся. У пацієток з остеопорозом він був на $21,4 \pm 1,2\%$ меншим, ніж в осіб з остеодефіцитом I ступеня.

**КАФЕДРА ПЕДІАТРІЇ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО ІНСТИТУТУ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

(професійний шлях за 2009-2014 роки)

Н.В. Банадига, О.М. Дутчак, І.О. Рогальський

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти впродовж останніх п'яти років плідно працювала та успішно готувала спеціалістів з фаху «Педіатрія», а у липні 2013 року увійшла до складу навчально-наукового інституту післядипломної освіти.

Штат кафедри:

зав. кафедри: доктор мед. наук, професор Банадига Наталія Василівна;

доценти: кандидати мед. наук – Боярчук Оксана Романівна, Сагаль Ірина Романівна, Рогальський Ігор Олегович;

асистенти: кандидати мед. наук – Гаріян Тетяна Вікторівна, Дутчак Ольга Михайлівна;

аспірант: Рогальська Яна В'ячеславівна;

клінічний ординатор: Продосевич Галина Володимирівна, Медецька Ірина Орестівна;

лаборант: Жук Ольга Федорівна.

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти створена у серпні 1979 року.

З грудня 2001 року кафедрою завідує д.мед.наук, професор Наталія Василівна Банадига (в 1988 році закінчила Тернопільський державний медичний інститут). У 1993 році захистила кандидатську дисертацію на тему “Клінічне значення та корекція синдрому ендогенної інтоксикації при бронхіальній астмі у

дітей”. Працювала асистентом, доцентом, професором кафедри педіатрії медичного факультету (1993-2001 роки). Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук на тему “Клініко-патогенетичні аспекти хронічних та рецидивуючих неспецифічних бронхолегеневих захворювань у дитячому віці та їх лікування” була захищена у 1999 році. Вона є автором та співавтором понад 370 наукових праць, серед яких 7 навчальних посібників, 3 монографії, підготувала 5 деклараційних патентів, 14 рацпропозицій, 9 інформаційних листів. Під її керівництвом захищено 5 кандидатських та 1 докторська дисертації, підготувала 2 магістрів медицини; здійснює керівництво над виконанням дисертаційних досліджень.

Професор Банадига Н.В. у 2010 році занесена до книги «Науковці України – еліта держави», в літопис «Успішна жінка України» (2013) та нагороджена дипломом.

У вересні 2011 року прийшла працювати асистентом – к. мед. н. Дутчак Ольга Михайлівна, яка в свій час навчалась в клінічній ординатурі на нашій кафедрі та згодом успішно захистила кандидатську дисертацію. З 15 червня 2013 року доцент Рогальський Ігор Олегович перейшов та очолив кафедру медичного права медичного факультету.

Впродовж останніх років в аспірантурі навчались: Т.В. Томашівська., Я.В. Рогальська (з 2011р.). На кафедрі навчалася в клінічній ординатурі О.Б. Довгань, продовжує навчання Г. В. Продосевич, І.О. Медецька.

Професорсько-викладацький склад кафедри постійно працює над пошуком нових та вдосконаленням існуючих форм навчання. На кафедрі проходять навчання лікарі-інтерни з фаху «Педіатрія», проводяться передатестаційні цикли для лікарів-курсантів з фахів «Педіатрія», «Неонатологія». За останні 2 роки проведено 7 циклів тематичного удосконалення «Актуальні питання дитячої пульмонології та алергології» та «Актуальні питання дитячої гастроентерології», на яких пройшли навчання 75 лікарів-курсантів. Цикли тематичного вдосконалення користуються великим інтересом у практичних лікарів різних

спеціальностей (педіатри, сімейні лікарі, алергологи, лікарі підліткової служби, організатори охорони здоров'я) не лише нашої області, але й сусідньої – Закарпатської області. На кафедрі проходять навчання з циклу «Педіатрія» лікарі-інтерни з фаху «Загальна практика-сімейна медицина» та лікарі-курсанти передатестаційних циклів та циклу спеціалізації з даної спеціальності. Крім того на кафедрі займаються лікарі-інтерни та лікарі-курсанти передатестаційних циклів та циклу спеціалізації «Медицина невідкладних станів», цикл «Невідкладні стани у дітей», лікарі-інтерни акушер-гінекологи, цикл «Неонатологія» та лікарі-інтерни інших спеціальностей з циклу «Невідкладні стани у дітей».

В процесі навчання інтернів і курсантів використовуються комп'ютерні програми у режимах тренінгу та атестації, академічний фонд компакт-дисків з фаху «Педіатрія». Наявна Інтернет-мережа на кафедрі дозволяє впроваджувати нові форми самопідготовки. На кафедрі впроваджені різні форми проведення семінарських занять для лікарів-інтернів та лікарів-курсантів: семінари-дискусії, семінари-конференції, семінари у вигляді рольових ігор, на яких широко впроваджується інтерактивна форма навчання, що збільшує інтерес слухачів та покращує ефективність навчання. Останні роки проводяться презентації клінічних випадків рідкісної та типової патології у дітей, які готують та доповідають лікарі-інтерни, що оптимізує їх самостійне навчання, дає змогу глибше вивчити та представити дану патологію, визначити правильну діагностичну та лікувальну тактику в кожному окремому випадку, враховуючи передові світові дані відповідно до засад доказової медицини. Лікарі-інтерни з фаху «Педіатрія» за останні роки стабільно показують високі результати при здачі ліцензійного іспиту «Крок 3» в межах від 73,8 до 88,5 %, причому з першої спроби ; за результатами 2013 року продемонстрували найкращий рівень знань серед лікарів – інтернів усіх фахів.

За останні 5 років створено веб-сайт кафедри, який наповнений робочими програмами, методичними розробками, презентаціями лекцій і матеріалами підготовки до лекцій та практичних занять. Матеріали на сторінках постійно

поновлюються. В 2010 році створено сторінку «На допомогу курсанту», на якій лікарі-курсанти можуть ознайомитися з історією кафедри, навчально-виробничими планами кафедри та всією необхідною документацією при оформленні на ПАЦ, що значно полегшує підготовку і планування курсів.

За 2009-2013 роки прочитано 44 нові лекції. Постійно оновлюються робочі програми для лікарів-інтернів та лікарів-курсантів з фаху «Педіатрія» та інших суміжних спеціальностей. За останні 5 років підготовлено та затверджено 11 нових робочих програм.

Досвід підготовки лікарів-інтернів та курсантів вочевидь демонструє потребу постійного удосконалення та доповнення навчально-методичної літератури, яка постійно видається колективом кафедри. Зокрема, так був створений компакт-диск «Актуальні питання педіатрії в практиці сімейного лікаря» (Н.В. Банадига, І.О. Рогальський, О.М. Дутчак). В 2008 році виданий навчальний посібник з грифом центральної методичної комісії МОЗ України за редакцією проф. Банадиги Н.В. «Педіатрія в практиці сімейного лікаря», цикл лекцій «Ріст і розвиток людини» проф. Слободян Л.М., проф. Банадига Н.В. «Маленький довідник педіатра», «Раціональна антибактеріальна терапія в педіатрії».

В 2010 році вийшла з друку монографія проф. Банадиги Н.В. «Бронхіти у дітей». В рамках швейцарсько-української програми «Здоров'я матері та дитини» проф. Банадига Н.В. приймала участь в підготовці розділу до навчального посібника з грифом центральної методичної комісії МОЗ України «Ведення фізіологічної вагітності» для викладачів з проведення ТУ для лікарів з фаху «Загальна практика – сімейна медицина».

Професор Банадига Н.В. рецензувала навчальний план та уніфіковану програму передатестаційного циклу за спеціальністю «Педіатрія», а також програму та навчальний план циклу спеціалізації за фахом «Педіатрія», створених згідно наказу МОЗ України.

За роки існування кафедри колективом підготовлено понад 6 тисяч лікарів-курсантів та 1.5 тисячі лікарів-інтернів, які працюють на теренах України і за її межами.

Наукова робота.

Сфера наукових інтересів колективу кафедри – проблеми поширеної соматичної та atopічної патології у дітей, що суттєво погіршують якість життя пацієнта. Проблеми раціонального вигодовування дітей раннього віку: здорових, з групи ризику, із функціональними розладами травлення та окремими видами патології. З цією метою поглиблено вивчаються питання ролі особливостей розвитку дитини в ранньому віці і реалізації надалі алергічної патології. З позицій запобігання маніфестації atopічного маршу вивчаються фактори пренатальної сенсibiliзації, характеру вигодовування, догляду за малюками в ранньому віці. Саме тому, проводяться дослідження маркерів ранньої специфічної сенсibiliзації дітей, особливостей системної та місцевої імунної відповіді, порушень окремих ланок гомеостазу, що в цілому вирізняють час появи та тяжкість перебігу atopічного дерматиту і бронхіальної астми. Патогенетичні механізми формування бронхолегеневих, алергічних захворювань (бронхіальної астми, atopічного дерматиту) у дітей, розробка нових методів лікування та профілактики. Проблема гострої ревматичної лихоманки та ревматичної хвороби серця у дітей: сучасні тенденції та засоби вдосконаленого лікувально-профілактичного комплексу.

Основні наукові здобутки кафедри.

Обґрунтована необхідність індивідуального диференційованого підходу до вибору схеми лікування з урахуванням провідних етіопатогенетичних чинників, особливостей перебігу захворювання, фонових станів у дітей із поширеною соматичною патологією.

Встановлений вплив пренатальної сенсibiliзації новонародженого на розвиток харчової алергії, atopічного дерматиту в наступному у дитини, доведена роль в т. ч. інгаляційних алергенів у реалізації системної atopії у дітей із високим

ризиком; розроблені та запропоновані заходи вторинної профілактики atopічного дерматиту.

Ефективний контроль за перебігом бронхіальної астми може бути досягнений за умови проведення базисної протизапальної терапії у поєднанні із тривалою бронходилататорною (у випадку персистуючого перебігу), із обов'язковим урахуванням супутньої патології, вікових особливостей функціонального стану внутрішніх органів, і насамперед – імунної системи; налагодження співпраці з пацієнтом, систематичності реабілітаційних заходів. Для оцінки повного контролю над бронхіальною астмою в педіатричній практиці інформативним, ефективним і зручним у застосуванні є використання АСТ-тесту. Забезпечення ступінчатого та етапного принципів лікування бронхіальної астми суттєво підвищують якість життя хворої дитини, покращують її адаптацію, зменшують частоту тяжкого, неконтрольованого перебігу.

Поглиблене вивчення структури етіологічних чинників та окремих патогенетичних ланок пневмоній у дітей раннього віку послужило вдосконаленню існуючих лікувальних підходів, підвищило ефективність терапії та адекватність реабілітаційних заходів. Зокрема, патогенетично обґрунтовано доцільність застосування в дітей раннього віку, що перенесли гостру пневмонію, рослинних імуномодуляторів на етапі видужання, ефективність чого відстежена в катамнезі.

Вперше був виявлений взаємозв'язок між станом зовнішньосекреторної функції підшлункової залози та активністю маркерів запалення у пацієнтів із хронічною патологією гастродуоденальної та гепатобіліарної зони; на підставі чого запропонований диференційно-діагностичний алгоритм, який вдосконалив верифікацію, підвищив своєчасність постановки діагнозу панкреатиту і дисфункції сфінктера Одді за панкреатичним типом. Розроблений діагностичний алгоритм порушень зовнішньосекреторної функції підшлункової залози на донозологічному етапі, що забезпечує потребу ранньої цілеспрямованої корекції з метою профілактики панкреатичної екзокринної недостатності. Патогенетично обґрунтована та доведена ефективність корекції порушень зовнішньо-секреторної

функції підшлункової залози, що виникають ще на донозологічному етапі у дітей з патологією органів травлення.

Досліджено роль цитомегаловірусу, герпесвірусу та вірусу Епштейна-Барр, активності цитокінового каскаду у клінічному перебігу ревматичних захворювань; визначені несприятливі фактори перебігу гострої ревматичної лихоманки, фактори ризику розвитку ревматичної хвороби серця у дітей. Запропонований та апробований модифікований комплекс профілактично-оздоровчих міроприємств дітям – реконвалесценткам гострої ревматичної лихоманки.

Результати наукових досліджень мають конкретне спрямування на впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів. А саме, за останні 5 років 4 заявки були прийняті в Галузевий реєстр. Результати кропіткої роботи з питань вивчення проблеми підшлункової залози у дітей захищені патентом на корисну модель № 84520 «Спосіб діагностики екзокринної недостатності підшлункової залози у дітей» (проф. Банадига Н.В., ас. Дутчак О.М.).

За цей період під керівництвом проф. Н.В. Банадиги захищені 1 докторська дисертація, (Боярчук О.Р.), 3 кандидатських дисертації (Т.В. Гаріян, О.М. Дутчак, Т.В. Томашівська) Співробітниками кафедри за період 2008-2013 роки опубліковано близько 212 наукових робіт, з них 1 монографія, 1 довідник, 2 посібники, отримано 3 патенти, 10 раціоналізаторських пропозицій, 9 інформаційних листів, 3 нововведення в галузевий реєстр МОЗ України.

Проф. Н.В. Банадига приймала активну участь в роботі двох Спеціалізованих вчених рад із захисту докторських (Д 26.553.01 ДУ ІПАУ НАМН України, м. Київ) та кандидатських (К 58.601.02 ТДМУ) дисертацій, а з 2013 року у роботі Спеціалізованих вчених рад із захисту докторських дисертацій Д 05.600.03 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова та Д 58.601.02 (ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського).

Колективом кафедри проведено 5 науково-практичних конференцій різного рівня: – Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Проблемні питання патології у дітей та підлітків» (2008);

– міжобласна науково-практична конференція «Проблемні питання патології у дітей» за участю провідних фахівців України (2009);

– Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасний погляд на взаємозв'язок харчування та здоров'я дитини» (2009);

– регіональна науково-практична конференція «Проблемні питання патології у дітей» (2010);

– реєстрова Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Сучасні напрямки діагностики та лікування дітей з ендокринною патологією» (2011).

Викладачі кафедри активно беруть участь у науково-практичних конференціях, з'їздах, конгресах, симпозіумах України та за кордоном, зроблено більше 100 доповідей, з них –23 на міжнародних форумах.

Впродовж останніх 10-и років активно працює студентський науковий гурток, члени якого активно займаються науково-дослідницькою роботою, готують публікації, виступають на наукових форумах. Власне виступи студентів – гуртківців високо оцінені, зокрема у 2007 нагороджені –дипломом I ступеня; у 2008 році – дипломом I ступеня, 2009 році – дипломом II ступеня, 2012 році – дипломом I ступеня.

Лікувально-консультативна робота.

Лікувально-консультативна робота співробітників кафедри складається з роботи в базових відділеннях Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні та міської дитячої поліклініки. Завідувач кафедри і доценти проводять обходи у відділеннях лікарні, консультують тяжких хворих, забезпечують планові консультативні прийоми в міській дитячій поліклініці, що дає можливість практичним лікарям щоденно протягом року консультувати дітей. Асистенти у

закріплених відділеннях ведуть хворих, при необхідності здійснюють поточну консультативну роботу.

За останні 5 років працівниками кафедри проліковано 1219 хворих. Проконсультовано в стаціонарних відділеннях – 20472, в поліклініці – 2922 хворих.

Під час епідемії грипу у 2009-2010 роках викладачі кафедри в складі консультативних бригад виїжджали в райони області, приймали участь в круглодобових чергуваннях «гарячої лінії».

З метою надання консультативної допомоги в практичній лікарській діяльності працівники кафедри взяли шефство над 8 молодими спеціалістами. Під час виїздів у навчально-практичні центри первинної медико-санітарної допомоги викладачі кафедри здійснюють контроль за роботою чергових бригад, проводять консультативні прийоми.

Співробітники кафедри приймають участь в організації переривчастих курсів для лікарів-педіатрів, неонатологів, сімейних лікарів міста та області, проводять клінічні, патологоанатомічні конференції, здійснюють рецензування медичної документації хворих, які померли, проводять рецензування самозвітів лікарів.

У 2011 році створений Тернопільський обласний осередок Асоціації педіатрів-гастроентерологів та нутриціологів, який очолила проф. Н.В.Банадига.

Наукові здобутки кафедри постійно впроваджуються в клінічну практику базової клініки та дитячі лікувальні заклади різних областей України. У 2011 році виданий інформаційний лист «Сучасна діагностика і корекція функціональних порушень зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози у дітей на тлі хронічної патології органів травлення» (проф. Банадига Н.В.). У 2012 році видані інформаційні листи «Етапність та диференційовані підходи до лікування бронхіальної астми у дітей» (проф. Банадига Н.В., доц. Рогальський І.О.), «Неспецифічна імунотерапія бронхіальної астми у дітей» (Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманець Т.Р., Банадига Н.В., Рогальський І.О.). У 2013 році

«Спосіб визначення груп ризику щодо формування atopічної патології у дітей», «Спосіб лікування дітей, хворих на atopічний дерматит» (Банадига Н.В., Гаріян Т.В., Боярчук О.Р.), « Спосіб реабілітації дітей, хворих на хронічну ревматичну хворобу серця» (Боярчук О.Р., Банадига Н.В.).

З метою підвищення свого фахового рівня доценти: Сагаль І.Р., Боярчук О.Р., Рогальський І.О., ас. Гаріян Т.В. пройшли стажування в клініках Австрії, Франції, Польщі. Колектив кафедри співпрацює з обласним управлінням охорони здоров'я Тернопільської, Рівненської, Закарпатської областей. Запроваджені виїзди в райони, зокрема проф.Н.В.Банадига під час таких поїздок читала лекції з актуальних питань педіатрії, консультувала тяжких та складних в діагностичному плані хворих, що знаходились на стаціонарному чи амбулаторному лікуванні. Професор Банадига Н.В. є членом координаційної ради при міському управлінні охорони здоров'я, членом КЕК та атестаційної комісії обласного управління охорони здоров'я; систематично проводиться поглиблений аналіз летальних випадків, якості надання медичної допомоги дітям міста і області.

Триває тісна співпраця із провідними вченими та клініцистами України, що дає можливість модернізувати підходи до діагностики та лікування поширених захворювань у дітей. Свідченням чого є спільні напрацювання, організація та проведення спільних науково-практичних конференцій і семінарів для педіатрів та сімейних лікарів.

Перспективи подальшого розвитку кафедри. Триватиме робота з проведення та розширення тематики циклів тематичного удосконалення лікарів в рамках безперервного професійного розвитку фахівця, запровадити дистанційну форму навчання лікарів-педіатрів. Як одну із форм дистанційного навчання запровадити публікації в університетських науково-практичних журналах серії тематичних семінарів із наступним проведенням тестового контролю. Для оптимізації навчання лікарів-інтернів запровадити циклову систему навчання відповідно до робочої програми. Створити архів презентацій клінічних випадків

рідкісної та типової патології у дітей для подальшого використання у навчальному процесі.

Запровадити імуно-генетичні методи дослідження маркерів алергії, розробити діагностичні та прогностичні критерії ранньої маніфестації та неблагоприємного перебігу atopічної патології у дітей, що дасть змогу запровадити профілактичні програми.

Продовжити наукові пошуки ефективних методів первинної та вторинної профілактики алергічних захворювань (бронхіальної астми, atopічного дерматиту), вдосконалення комплексу лікувальних заходів з метою досягнення контролю над перебігом бронхіальної астми.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ

Н.В. Банадига, І.О. Рогальський

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Провідне місце в структурі респіраторної патології, з якою в амбулаторній практиці зустрічаються педіатри та сімейні лікарі належить бронхітам. Найбільші труднощі виникають при виборі етіотропної терапії. Саме з цих міркувань є потреба оговорити етіологічні фактори найбільш частих форм бронхітів (гострого (ГБ), рецидивуючого (РБ), хронічного (ХБ)) та потреби і виваженості антибактеріальної терапії (АТ).

Етіологія ГБ здебільшого представлена вірусними збудниками (грип, парагрип, респіраторно-синцитіальна, аденовірусна), а також кору, кашлюку; бактеріальними чинниками (стафілококи, стрептококи, пневмококи, гемофільна паличка). Бактеріальна флора здебільшого приєднується до первинно вірусної або

нашаровується у випадках, коли цілісність слизового шару бронхів пошкоджена . Зокрема, серед дітей старших 4 років ГБ вірусної етіології реєструються у 20 % випадків, а у хворих віком від 2 тижнів до 4 років – менше, ніж у 10 % випадків. В останніх частіше зустрічаються вірусно – бактеріальні асоціації, інколи поєднання вірусів та інших інфекційних збудників (гриби, хламідії, мікоплазми). Нерідко істинною причиною загострення РБ є вірусно-бактеріальні чи вірусно – мікоплазмові асоціації. Дослідження останніх років все більше акцентують увагу на ролі саме асоціацій, що обумовлено погіршенням загального стану здоров'я дітей. Серед етіологічних факторів загострення ХБ: *Haemophilus influenzae* є домінуючою (61-70 %), з яких у 27 % випадків вона знаходиться в поєднанні із пневмококом (И.К.Волков, 2003), на другому місці – пневмокок (35 %), значно рідше визначається – *Branchamella catarrhalis* (4-10 %), протей (2,2 %), клебсієла (1,1 %), стрептокок (1,1%), стафілокок (0,1 %). Отож, при бронхітах приводом до емпіричного призначення АТ є: вік пацієнтів, молодше 6 місяців; ознаки дихальної недостатності; виражений інтоксикаційний та дегідратаційний синдроми; неблагоприємний преморбідний фон (недоношеність, гіпотрофія, пологова травма); вогнища хронічної інфекції; супутня хронічна патологія; відсутність ефекту від амбулаторного лікування протягом 24-36 годин; висока ймовірність запального процесу бактеріального походження.

Клінічно ймовірність бактеріальної інфекції вважається високою, якщо в дитини наявний один або декілька з таких проявів: температура тіла вище 38 °С протягом 3-х і більше днів; задишка: посилення частоти дихання на 20-25% і більше від вікової, стогнуче дихання за відсутності бронхіальної обструкції; виражений токсикоз; поява гнійного харкотиння або збільшення його кількості; у крові: лейкоцитоз, зсув формули вліво, прискорення ШОЕ; висівання з харкотиння патогенної мікрофлори у кількості $> 10^5$ КУО/мл.

Забезпечити принцип раціональності АТ передбачає попереднє вивчення «антибактеріального анамнезу» дитини. Найбільш прийнятою практикою є призначення при ГБ антибіотиків широкого спектру дії, одним із базисних

засобів, здатних пригнічувати на ранніх стадіях розвиток інфекції у верхніх і нижніх дихальних шляхах, є амоксицилін. Широкого застосування набула комбінація амоксициліну та клавуланату (суттєво збільшує ефективність в тих випадках, коли збудниками є штами, що продукують β - лактамази) при загостренні ХБ чи РБ. Підвищений інтерес до цієї групи пояснюється і тим, що з'явилися нові лікарські форми, які покращують його переносимість і забезпечують добру біодоступність.

Перспективи подальших досліджень. На даний час існує нагайна потреба застосування швидких тестових систем для ідентифікації збудника бронхіту, що вирізняє адекватність та раціональність АТ.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСІМУНОГЛОБУЛІНЕМІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

Н.В. Банадига, О.М. Дутчак

Тернопільський державний медичний університет імені

І.Я. Горбачевського, кафедра педіатрії ННІ ПО, м. Тернопіль

Формування хронічної патології верхнього відділу органів травлення, зокрема гастродуоденальної та гепатобіліарної передбачає активацію системи цитокінів і каскад імунологічних реакцій.

За результатами повного клінічного обстеження пацієнти (n=107) із гастродуоденальною та гепатобіліарною патологією були розподілені на дві групи: у котрих виявили болючість в точка Кача, Мейо-Робсона, Дежердена, зоні Шоффара, підвищений рівень амілази крові та сечі, зміни при ультразвуковій діагностиці із сторони підшлункової залози, підвищенням рівня еластази-1 ($136,75 \pm 6,99$) 10^3 Од/л, $p < 0,05$, в крові віднесли до I групи (n=77), а пацієнти без супутнього ураження підшлункової залози склали II (n=30) групу.

Встановлено, що дисімуноглобулінемія в обох групах залежить від характеру патології. Зокрема, в обстежених I групи, де переважали хронічні гастродуоденіти і хронічні холецистити (61,03 %), дисімуноглобулінемія представлена істотним збільшенням вмісту Ig A ($p < 0,001$) та Ig M ($p < 0,001$), у поєднанні з достовірно високими значеннями Ig G, який сягав ($11,15 \pm 0,31$) г/л та підвищеним рівень кріоглобулінів ($129,26 \pm 10,15$) ум.од, що у 1,8 разів більше значень II групи. Натомість, вміст сироваткових імуноглобулінів у дітей II групи, вирізняв лише істотно високим рівнем Ig G ($9,94 \pm 1,25$ г/л), при фізіологічному вмісті Ig A і M ($p > 0,005$).

Аналізуючи значення кріоглобулінів в спостережуваних групах прийшли до висновку, що вихідна дисімуноглобулінемія у поєднанні із істотно високими кріоглобулінами свідчить не лише про гостроту запального процесу з сторони органів травлення, але й про виражену системну запальну відповідь. Останнє не виключає латентного запального процесу з боку підшлункової залози, при наявних порушеннях її зовнішньосекреторної функції.

ПРОБЛЕМИ ПОЛІДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

Н.В. Банадига, Я.В. Рогальська

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені

І.Я.Горбачевського»

Період раннього дитинства – визначальний для формування усіх органів та систем організму. Інтенсивний ріст та психо-моторний розвиток, фізіологічне становлення імунної системи безпосередньо залежить як від пластичного так і енергетичного забезпечення, тобто, від адекватного харчування з перших днів життя.

Матеріали і методи дослідження. В групу обстежених увійшло 46 дітей від 5-ти місяців до 3-х років із залізодефіцитною анемією (ЗДА) тяжкого та

надтяжкого ступеня. Контрольну групу склали 20 здорових дітей аналогічного віку. Загальноклінічне обстеження доповнено визначенням показників ферокінетики (сироваткового заліза, загальної та латентної залізо зв'язуючої здатності сироватки крові) та визначенням рівня магнію в сироватці крові з добовою екскрецією елемента із сечею фотометричним методом.

Отримані результати. Серед обстежених 28 (60,9 %) дітей страждали тяжкою анемією, а 18 (39,1 %) – надтяжкою. Переважно це діти із сільської місцевості – 42 (91,3 %) пацієнтів, другого року життя – 18 (39,1 %). В анамнезі виявлені грубі порушення в харчуванні: короткотривале грудне вигодовування, одноманітне харчування з раннім введенням цільного коров'ячого молока, яке складало основну частину щоденного раціону дитини. Діти вживали рідко, або не отримували взагалі м'ясні продукти, свіжі овочі та фрукти, природно багаті залізом, магнієм, тощо. Медикаментозна профілактика рахіту не проводилась у 11 (23,9 %) дітей, а у 21 (45,7 %) дітей проводилась не в повному обсязі. Профілактичні щеплення згідно віку отримали лише 12 (26,1 %) дітей.

В клінічній картині домінував анемічний синдром, сидеропенічний виявлений у 28 (60,9 %), астеничний – у 19 (41,3 %) пацієнтів. У 12 (26,1 %) дітей констатовано дисгармонійний фізичний розвиток та затримку психо-моторного розвитку – у 6 (13,0 %).

За даними гематологічного аналізатора середні показники гемоглобіну при ЗДА III ст. – $(59,85 \pm 1,43)$ г/л, при ЗДА IV ст. – $(43,86 \pm 1,64)$ г/л. Про гіпохромний характер анемії свідчили достовірне зниження: MCV $(47,32 \pm 1,30)$ фл, MCHC $(271,32 \pm 8,65)$ г/л MCH $(13,01 \pm 0,72)$ пг у порівнянні із значеннями контролю (відповідно: $(88,34 \pm 1,15)$ фл; $(354,26 \pm 5,81)$ г/л; $(29,25 \pm 0,46)$ пг), що супроводжувалось достовірним зростанням RDW $(20,98 \pm 0,54)$ %, порівняно з контролем $(14,11 \pm 0,43)$ %.

При дослідженні сироватки крові у дітей із тяжкою і надтяжкою анемією виявлено критичне значення заліза – відповідно: $(4,38 \pm 0,44)$ і $(3,24 \pm 0,41)$ мкмоль/л з одночасним підвищенням загальної та латентної залізо зв'язуючої здатності

сироватки крові. Зокрема, при надтяжкому ступені ЗДА загальна залізо зв'язуюча здатність сироватки крові була істотно підвищеною та становила $(86,19 \pm 2,81)$ мкмоль/л. Вміст сироваткового магнію у пацієнтів із анемією мав тенденцію до зниження $(0,72 \pm 0,03)$ ммоль/л при III ст. та $(0,79 \pm 0,04)$ ммоль/л при IV ст., порівняно із контролем $(0,83 \pm 0,02)$ ммоль/л. Добова екскреція магнію із сечею при анемії визначалась на нижчих показниках $(34,2 \pm 2,65)$ мг/д, порівняно із контрольною групою – $(64,3 \pm 6,85)$ мг/д, що вказує на ймовірний дисбаланс обміну магнію в організмі.

Висновки.

1. Перебіг ЗДА тяжкого та надтяжкого ступеня тяжкості супроводжується дисгармонійним фізичним та психомоторним розвитком дітей раннього віку.

2. Провідна роль аліментарного чинника обумовлює виникнення полідефіцитних станів, зокрема достовірна сидеропенія поєднується із дисбалансом процесів обміну магнію в організмі.

Перспективи подальших досліджень. Діагностований дисбаланс обміну магнію на тлі ЗДА обумовлює потребу поглибленого вивчення стану забезпеченості організму дитини життєвонеобхідними мікро- та макроелементами із використанням сучасних методів діагностики (спектрофотометрія волосся).

ДОЦІЛЬНІСТЬ, ЕФЕКТИВНІСТЬ, БЕЗПЕЧНІСТЬ ПРИ ВИБОРІ ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ У ДІТЕЙ

Н.В. Банадига, Г.В. Продосевич

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України»

Вступ. В лікуванні кашлю важливим є: з'ясувати причини кашлю; врахувати особливості механізму кашльового рефлексу; володіти знаннями щодо механізму дії препаратів. Доречно пригадати, що перевагу тому чи іншому

медикаментозному засобу надає виключно лікар, не зважаючи на те, що більшість з них є безрецептурними формами. В педіатричній практиці безпечність ліків має особливу вагу. Насамперед механізм дії відхаркувальних препаратів, пов'язаний із відновленням дренажної функції бронхів шляхом зменшення в'язкості харкотиння за рахунок збільшення об'єму бронхіального секрету. А тому, у дітей раннього віку такий механізм не узгоджується із функціональними особливостями респіраторної системи (знижені кашльовий рефлекс, дренажна та очисна функції бронхів, недостатній розвиток дихальної мускулатури), що унеможлиблює їх застосування. Водночас дана група має сумнівну безпечність з позицій досить частих побічних ефектів окремих складників (аніс, солодка – володіють вираженим послаблюючим ефектом, термопсис – стимулює блювотний центр); коротку тривалість дії, що потребує частого вживання; останнє може супроводжуватись появою блювання. Проте найбільшу небезпеку становить саме механізм дії, що полягає у збільшенні об'єму бронхіального секрету, який діти перших років життя не в змозі самотійно евакуювати (відкашляти), що призводить до значного порушення дренажної функції легень та зростає ризик реінфікування. Натомість, препарат амброксолу не збільшує об'єм бронхіального секрету, зменшує його в'язкість, а з цим покращується мукоциліарний транспорт та ефективність дії. Підсумовуючи, можна узагальнити, що препарати з відхаркувальною дією на основі лікарської сировини – не є препаратами першого вибору, мають вузький спектр вікового застосування в педіатрії, а ефективність більшості з них – належної доказової бази, на відміну від препаратів амброксолу.

Водночас, ефективність визначає біодоступність діючої речовини. До прикладу, біодоступність амброксолу – 90%, ацетилцистеїну – 10%, карбоцистеїну – 10%; це свідчить про суттєві переваги використання саме амброксолу. Безпечність медикаментів визначається не лише діючою речовиною, але й наповнювачами, що використані (перевага препаратам з мінімальною кількістю допоміжних речовин).

Нерідко, існує потреба поєднувати препарати для лікування кашлю із антибіотиками, що обумовлює необхідність враховувати особливості фармакодинаміки медикаментів. У випадку використання ацетилцистеїну, обов'язково слід забезпечити проміжок у 2 години. Кратність вживання ацетилцистеїну- 2-3 рази на добу, а антибіотиків (пеніциліни – 4 р/д, цефалоспорини – 2-3 р/д, амінопеніциліни – 2-3 р/д, макроліди – 2 р/д) від 4 до 2 прийомів на добу, що в сумі складає – 7- 5 вживань. Останнє є неприпустимим в дитячій практиці, оскільки порушує принципи комплаєнсу. Натомісць, існують переконливі дані про раціональність поєднання амброксолу із антибіотиками, зокрема: амоксициліном, макролідами, цефалоспоринами. Згадана комбінація сприяє збільшенню концентрації антибактеріальних препаратів в альвеолах, слизовій оболонці дихальних шляхів, що забезпечує добрий санаційний ефект, чим підвищується ефективність лікування інфекцій дихальної системи. Очевидним є те, що перевага в педіатричній практиці надається муколітикам.

Перспективи подальших досліджень. Вбачається доцільним відстежити ефективність застосування комбінованих препаратів муколітичної дії.

КОМОРБІДНІ СТАНИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ РЕВМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

О.Р. Боярчук, І.Р. Сагаль, Т.В. Гаріян, Т.А. Ковальчук, К.С. Срога*

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.
Горбачевського МОЗ України», Тернопільська університетська лікарня*

Хронічна ревматична хвороба серця (ХРХС) до сьогодні залишається поширеним захворюванням у людей працездатного віку, яке часто призводить до інвалідизації. На перебіг захворювання мають вплив й інші коморбідні стани.

Метою нашої роботи було виявити особливості супутньої патології у пацієнтів з ХРХС та їх вплив на перебіг хвороби.

Супутню патологію відстежували у 78 дітей та у 30 дорослих, хворих на ХРХС. Коморбідні стани зустрічалися у 65 (83,3 %) дітей та у 28 (93,3 %) дорослих з ХРХС. Хронічні вогнища інфекції мали місце у 29,5 % дітей та у 16,7 % дорослих з ХРХС, інші захворювання серцево-судинної системи – у 84,4 % дітей та у 83,3 % дорослих. Проте, якщо у дітей переважали малі аномалії розвитку серця (МАРС) – пролапс мітрального клапана, додаткові хорди у лівому шлуночку, то у дорослих переважали порушення ритму серця, серед яких у 36,7 % виявляли миготливу аритмію. У 29,5 % дітей з ХРХС спостерігали ендокринні захворювання, тоді як у дорослих вони зустрічались у 13,3 %. У дітей частіше мали місце хвороби органів травлення (39,7 % проти 13,3 % у дорослих).

Загалом, серед супутньої патології у дітей та дорослих з ХРХС можна виділити стани, які передують виникненню хвороби та стани, які виникають внаслідок захворювання та призводять до його прогресування. Серед перших – хронічні вогнища інфекції та ознаки дисплазії сполучної тканини, в першу чергу МАРС. У дорослих супутня патологія характеризується не тільки віковими особливостями пацієнтів, але й зумовлена прогресуванням основного захворювання, що в подальшому призводить до посилення патологічних змін з боку серця та інших органів та систем.

ТАКТИКА АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

Є.Ф. Бузько, І.Р. Сагаль

Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського

В терапії хронічного пієлонефриту у дітей як в стадії загострення, так в якості протирецидивної лікування використовують антибіотики, уросептики та фітозасоби комплексної дії. При цьому думки щодо ефективності тих чи інших препаратів, їх доз і, особливо, тривалості прийому антибактеріальних засобів

суттєво різняться. Матеріали протоколу лікування теж в значній мірі носять узагальнений характер. Це стосується і принципів протирецидивного лікування пієлонефриту, запропоновані режими якого досить не конкретні і при їх ізолюваному використанні не дозволяють ефективно здійснювати профілактику рецидивів захворювання.

Метою дослідження було вивчення особливостей перебігу хронічного пієлонефриту у дітей та апробація модифікованої схеми його лікування. Під спостереженням знаходився 41 хворий на хронічний пієлонефрит, із яких у 18 дітей (43,9%) був діагностований вторинний пієлонефрит і у 23(56,1%) – первинний. При лікуванні загострення хронічного пієлонефриту проводився курс антибактеріальної терапії, який включав парентеральне введення одного з цефалоспоринів II – III покоління (біофуроксим, цефотаксим, цефтріаксон) у віковій дозі в комбінації з канефроном Н курсом 7-10 днів з подальшим призначенням уросептиків. Загальний курс стартової антибактеріальної терапії тривав до 4 – 6 тижнів з наступним переходом на профілактичне протирецидивне лікування з використанням комбінації альтернуючого і підтримуючого режимів запобіжної терапії, а саме практикувався щомісячний прийом уросептиків (фурамаг, бісептол, нітроксолін, монурал) та фітопрепаратів по 2 тижні загальною тривалістю 6 – 9 місяців.

Повний курс стартової терапії загострення захворювання отримали 34 хворих. Ефективність їх лікування оцінювали по регресу клінічної симптоматики, нормалізації лабораторних показників. Ефективність рахували «дуже доброю» при виявленні позитивної динаміки всіх клінічних даних через 24 – 48 годин, «доброю» при позитивній динаміці більшості симптомів, «задовільною» при позитивній динаміці деяких симптомів, «не задовільною» при відсутності позитивної динаміки. Аналіз ефективності лікування показав, що у 10 дітей (29,4 %) результати лікування були «дуже добрі», у 14 (41,2 %) – «добрі», у 7 (20,6 %) – «задовільні». Але через 7 днів антибіотикотерапії тільки у 5 пацієнтів

(14,7 %) при регресі всіх інших клінічних симптомів зберігалась помірна лейкоцитурія, яка до десятого дня лікування повністю зникла.

Повний курс лікування включаючи як стартову терапію загострення, так і профілактичне лікування отримали 17 хворих на хронічний пієлонефрит. Із загальної кількості хворих, отримавших лікування, при спостереженні протягом року тільки у одної дитини було констатовано неповну ремісію захворювання на тлі гіперрефлекторного сечового міхура і у двох дітей з вторинним хронічним пієлонефритом мало місце загострення захворювання. У 14 дітей, що склало 82,3 % від загальної кількості пролікованих протягом року зберігалась стійка ремісія захворювання.

Отже отримані дані показали високу ефективність запропонованої схеми лікування хронічного пієлонефриту з використанням комбінації альтернуючого і підтримуючого режимів запобіжної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Я.І. Венгер, В.І. Величко, Н.В. Шишкіна, Г.О. Данильчук, В.І. Синенко

Одеський національний медичний університет

В останнє 10-річчя поширеність бронхіальної астми (БА) й надмірної маси тіла має тенденцію до зростання. За даними епідеміологічних досліджень надмірна маса тіла підвищує ризик розвитку БА. Крім того, існує думка, що пацієнти з БА й ожирінням мають особливий фенотип, що проявляється не тільки наявністю певних супутніх захворювань, але й особливостями контролю патології, в тому числі глюкокортикостероїдами.

Мета дослідження: визначити клінічні особливості фенотипу бронхіальної астми у дітей з надмірною масою тіла.

Нами було обстежено 42 дітей з БА, віком 6 – 11 років. В основну групу (n=22) входили діти з БА на фоні надмірної маси тіла, контрольну групу склали 20 пацієнтів з БА на фоні нормальної маси тіла.

Клініко-інструментальний аналіз отриманих даних показав, що наявність надмірної маси тіла відбилася на ступені важкості БА, частоті та тривалості загострень.

В групі дітей з надмірною масою тіла збільшувалась кількість випадків з важким перебігом порівняно з групою дітей з гармонійним фізичним розвитком в 3,6 разів. Загострення БА частіше зустрічалися у дітей з надмірною масою тіла, ніж у групі контролю. В середньому в $(5,9 \pm 0,8)$ разів на рік частіше ($p < 0,05$) і тривалість загострень була довша – $(14,1 \pm 1,8)$ днів. У дітей з нормальною масою тіла нормалізація показників пікової швидкості видиху (ПШВ) відбувалася в середньому за $(6,4 \pm 1,5)$ днів, в той час як у дітей з БА на тлі надмірної маси тіла за більш тривалий термін – $(13,6 \pm 2,5)$ днів ($p < 0,05$).

Результати дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) у досліджуваних дітей показали статистично значимі розбіжності в показниках форсованої життєвої ємності легенів (ФЖЄЛ), обсягу форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁), ПШВ. У дітей з надмірною масою тіла ці показники були вірогідно менші. Так, при важкому перебігу БА у дітей з групи контролю показники ОФВ₁ склали $(77,2 \pm 4,2)$ %, а у дітей з ожирінням – $(60,7 \pm 3,9)$ % ($p < 0,05$). Показники ПШВ у дітей з ожирінням склали $(49,8 \pm 5,2)$ %, а у дітей з нормальною масою тіла – $(64,7 \pm 3,9)$ % ($p < 0,05$).

Визначення рівня атопії не дало клінічно значимих розбіжностей в обох групах. Так була встановлена перевага атопічного фенотипу у 79% дітей з основної групи і у 87% контрольної, неатопічний фенотип виявлений у 7% і 10% відповідно, і у 17% обстежених дітей уточнити варіант БА не вдалося. Атопічний фенотип БА підтверджувався підвищеним рівнем загального імуноглобуліну Е, а також позитивними результатами алергологічного тестування зі стандартними алергенами. Ізольована або поєднана сенсibiliзація до побутових алергенів, в

основному до кліщів домашнього пилу, була виявлена в 93% обстежених хворих основної групи й 89% групи контролю. Друге місце по значимості належало поєднаній сенсibiliзації до кліщів домашнього пилу і пилку рослин в обох групах. Інші види сенсibiliзації зустрічалися значно рідше.

Таким чином, навіть помірне збільшенні ваги у дітей з БА приводить до зниженої відповіді на стандартну терапію БА і поганому контролю над перебігом захворювання, що й визначає особливий фенотип «БА – ожиріння», що потребує розробку особливих лікувальних стратегій при веденні таких пацієнтів.

**П'ЯТЬ РАНИХ ОЗНАК ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШКИ, НА ЯКІ
ПОВИНЕН ЗВЕРНУТИ УВАГУ СІМЕЙНИЙ ЛІКАР**

В.В. Бенедикт, В.Д. Кордяк, А.М. Продан, Б.І. Зошук
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”, кафедра хірургії ННІ ПО

В медичній практиці однією з найбільш драматичних ситуацій є стан хворого, який виникає при гострій непрохідності кишки (ГНК). Внаслідок різноманітності клінічного перебігу непрохідність кишки є досить небезпечним захворюванням, при якому лікарська помилка на будь-якому етапі медичної допомоги може призвести до летальних наслідків. Діагностичні помилки на догоспітальному етапі складають 20-25% випадків, що тягне за собою відхилення у виборі наступної доцільної лікувальної стратегії.

Метою нашого повідомлення є ознайомлення лікарів загальної практики з основними ранніми ознаками ГНК для вибору доцільної тактики в умовах первинної ланки надання медичної допомоги.

Перша ознака це є біль, який спостерігається в 100 % випадків. Характер болю може бути переймоподібним (у 45 %), постійним інтенсивним – майже в 40 % (диференційна діагностика з перфоративною виразкою, гострим холециститом, гострим панкреатитом, інфарктом міокарда та ін.); в 15-16 % – поступовим, розлитим (диференційна діагностика з гастродуоденітом, ентероколітом, загостренням хронічного панкреатиту та ін.).

Другою ознакою є затримка стільця і газів. Необхідно пам'ятати, що цей симптом має місце у 69-81 % хворих. В більшості випадків він дає можливість встановити діагноз. Крім цього, можливий варіант, що «спостерігається стілець, але недостатній, неповний, гази ж зовсім не відходять» (Г.Мондор).

Третя ознака визначається при перкусії живота – нерівномірно локалізований тимпанічний звук, іноді з металевим відтінком, що чергується з ділянками притуплення.

Четвертою ознакою є зміна характеру перистальтики кишки. Спочатку прослуховуються посилені кишкові звуки, в міру прогресування захворювання кишкові звуки слабшають, аж до „абсолютного мовчання”, коли чути лише биття аорти. Слід зауважити, що перкусія та аускультация живота, кожна окремо, не завжди можуть дати ясні і надійні результати щодо ГНК. Перевага поєднання цих обох методів дослідження є незаперечною.

П'ятою ознакою можливої ГНК у пацієнта може бути наявність у нього на передній черевній стінці рубців від перенесених раніше операцій або доказів защемленої грижі (стегнової, пахової).

При виявленні однієї і більше з цих ознак необхідно схилитися на користь ГНК.

З спеціальних методів інструментального дослідження найбільш інформативним методом діагностики є УЗД органів черевної порожнини, який, на жаль, ще є не досить доступним в умовах роботи лікаря загальної практики.

При встановленні у пацієнта діагнозу ГНК тактика сімейного лікаря, на нашу думку, повинна бути такою: сімейний лікар → хірургічний стаціонар ЦРЛ або сімейний лікар → спеціалізований стаціонар хірургічної клініки.

Висновок. Гостра непрохідність кишки є нестатдартним захворюванням, яке потребує неординарних дій сімейного лікаря.

Шляхи покращення діагностики:

1. Інформування сімейного лікаря клінічними стандартами, які базуються на основах доказової медицини і адаптовані до роботи в умовах сільської місцевості.
2. Організація дистанційного консультативно-діагностичного центру, до якого можна звернутися сімейному лікарю для вирішення виникаючих проблем.

ПРО ЗНАЧЕННЯ СОНОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ДІАГНОСТИЦІ ДИВЕРТИКУЛЬОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ

В.В. Бенедикт, С.Б. Ставський, А.В. Кордяк, О.А. Кочмар

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

Протягом останніх десятиліть в економічно розвинених країнах невпинно зростає кількість хворих з патологією товстої кишки. Частота дивертикулів товстої кишки (ДТК) становить від 7 до 24%. В осіб віком за 60 років захворювання виявляється у 50%, що і визначає його соціальну значущість. Унаслідок удосконалення діагностики частота виявлення ДТК суттєво збільшилася. Найбільш інформативними методами діагностики дивертикульозу товстої кишки є іригографія та колоноскопія. Для діагностики дивертикулітів, периколітів, параколярних інфільтратів та абсцесів використовують такі інформативні методи, як УЗД і КТ. В літературі ми не знайшли повідомлень про використання УЗД для діагностики дивертикулярної хвороби на догоспітальному етапі обстеження пацієнта.

Метою нашого дослідження є визначення ролі УЗД в діагностиці дивертикулів товстої кишки під час амбулаторного обстеження хворих з нечіткими скаргами зі сторони травного каналу.

Під нашим спостереженням було 5 хворих з непостійними скаргами гастроентерологічного характеру. Під час УЗД органів черевної порожнини було виявлено зміни в стінці товстої кишки у вигляді пристінкових або внутрішньостінкових гіпоехогенних або анехогенних структур овально-округлої форми діаметром 5-10 мм, що виповнені хімусом або рідинним вмістом, і які «виходять», «вибухають» за контур стінки кишки, імітуючи кістоподібні утворення з неоднорідним вмістом, досить чітким контуром. При запалені ДТК контури цих структур можуть бути розмитими, підвищеної ехогенності – УЗД-ознаки інфільтрації стінки і слизової дивертикула.

Сонографічний діагноз було підтверджено у всіх хворих за допомогою іригографії. Проведення цього дослідження ствердило наявність дивертикулярної хвороби у всіх пацієнтів, дозволило встановити чітку локалізацію дивертикулів, їх розміри та визначити тактику лікування.

Висновки. Сонографічне дослідження органів черевної порожнини з вивченням стінок товстої кишки може бути використано на амбулаторному етапі діагностики дивертикулярної хвороби.

**КАФЕДРИ ХІРУРГІЇ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО ІНСТИТУТУ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ – 35 РОКІВ. УСПІХИ, ВТРАТИ,
СПОДІВАННЯ**

**В.Б. Гощинський, В.В. Бенедикт, Р.В. Свистун, Ю.М. Герасимец,
В.І. Пятночка, К.Г. Поляцко, І.Г. Бобяк**

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”, кафедра хірургії ННІ ПО

Кафедра хірургії ФПО при Тернопільському медичному інституті була створена 1 травня 1979 року згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 126 від 26 лютого 1979 року. Першим завідувачем кафедри на конкурсній основі було обрано професора Абдурахмана Гаджієва. В різні часи завідувачами були проф. В.Г. Микуляк, проф. Л.М. Хоромський, проф. О.М. Кіт, проф. І.Я. Дзюбановський і з 1 червня 2012 року – проф. В.Б. Гощинський.

Специфічним завданням викладачів кафедри хірургії залишається підготовка висококваліфікованих хірургів-спеціалістів у Тернопільській, Рівненській областях.

У процесі навчання інтернів і курсантів використовуються комп'ютерні тестові програми; академічний фонд компакт-дисків із різних розділів хірургії, інформація із всесвітньої сітки “Інтернет”, бібліотечні фонди Тернопільського

державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського та Тернопільської обласної медичної бібліотеки.

При викладанні лекційного матеріалу використовуються відеофільми, комп'ютери і телекомунікаційний зв'язок. Практичні заняття забезпечуються роботою в палатах, перев'язувальних, операційних. Лікарі-інтерни, курсанти мають змогу проводити курацію хворих, чергувати в клініці, приймати участь в оперативних втручаннях.

Протягом існування кафедри ніколи не залишалися на узбіччі наукова робота викладачів.

Співробітники кафедри брали участь у написанні підручника "Шпитальна хірургія", керівництв "Клінічна хірургія", "Невідкладна хірургія", "Стандарти діагностики та лікування невідкладних хірургічних захворювань органів черевної порожнини". Видана монографія „Хірургія демпінг-синдрому”, „Атлас оперативних втручань на передній черевній стінці та органах черевної порожнини,” підручник «Сімейна медицина».

Впроваджено сучасні методи діагностики та лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини: корекція реперфузійного синдрому у хворих з механічною жовтяницею, спосіб лікування ентеральної недостатності при перитоніті, алгоритм вибору хірургічної тактики з застосуванням малоінвазивних технологій у хворих на гострий та хронічний калькульозний холецистити, критерії діагностики та алгоритм вибору хірургічної тактики з застосуванням малоінвазивних технологій у хворих на гострий деструктивний панкреатит, алгоритм вибору типу синтетичних алотрансплантатів у лікуванні складних гриж передньої черевної стінки, методи діагностики та лікування динамічної післяопераційної непрохідності кишки, пункційні методи дренирування всеводкіст підшлункової залози та рідинних утворів черевної порожнини під контролем УЗД, спосіб профілактики функціональної непрохідності кишки після абдомінальних операцій, катетерний тромболісис при тромбозі глибоких вен

нижніх кінцівок, постановка «кава фільтра», лазерна ендovasкулярна коагуляція варикозних вен нижніх кінцівок.

Професорсько-викладацький склад кафедри забезпечує надання планової та невідкладної хірургічної лікувально-консультативної допомоги в підрозділах міської лікарні № 2, населенню міста й області. Співробітники проводять спільні засідання Асоціації хірургів, міжобласні конференції, беруть активну участь у проведенні хірургічних з'їздів, симпозіумів, міжнародних конференцій.

На жаль, за останні 5 років пішли у вічність з колективу кафедри проф. Л.М.Хоромський, проф. Ю.С.Семенюк, доц. Г.Т.Пустовойт.

Колектив кафедри сповнений творчих задумів та з надією дивиться у майбутнє і для подальшого розвитку нашої кафедри в своїй роботі планує наступні перспективні напрямки:

- розробка, удосконалення та впровадження мініінвазивних технологій в діагностиці і лікуванні основних хірургічних захворювань органів черевної порожнини; організація центру з лікування хворих на морбідне ожиріння;

- продовжити розробку з удосконалення принципів та методики дистанційного навчання; розробити віртуальні програми операційних втручань для курсантів – хірургів та інтернів-хірургів на заочних базах навчання.

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕЬ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ВАРИКОЗНИХ ВЕНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК

В.Б. Гощинський, Ю.М. Герасимець, Р.С. Кохан

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», кафедра хірургії НШ післядипломної
освіти

Матеріали та методи. За період 2009-2013 роки виконано 340 ендовенозних лазерних коагуляцій (ЕВЛК) у хворих на варикозну хворобу нижніх

кінцівок. За класифікацією CEAP із С1 було прооперовано 129 хворих, з С1- С1в відповідно 153 та 58 пацієнтів. Для усунення горизонтального венозного рефлюксу у 87 хворих ЕВЛК була доповнена ендоскопічною субфасціальною диссекцією перфорантних вен, а у 184 хворих додатково виконано катетерне склерозування колатеральних вен та мініфлебектомія. Слід відмітити, що 56 пацієнтам ЕВЛК була виконана без кроссектомії, при цьому торець світловоду знаходився на відстані 1,0 – 1,5 см від сафено – феморального гирла. У всіх хворих ЕВЛК виконувалася під ультразвуковим контролем. ЕВЛК здійснювалася інтенсивним напівпровідниковим (діодним) лазерним апаратом «Ліка – хірург», виробництва Черкаського МІ 111 «Фотоконіка Плюс», із довжиною хвилі 910 нм, потужністю 17,5 – 20 Вт.

Результати та обговорення. Нами проаналізовано наявність специфічних для ЕВЛК ускладнень, за допомогою яких можна було оцінити безпечність її виконання (рецидив варикозної хвороби не включався). Із специфічних ускладнень ЕВЛК ми виділили наступні: екхімози або гіперпігментація шкіри у ранньому післяопераційному періоді (14%), індурація шкіри по ходу коагульованої великої або малої підшкірної вени (15 %), флебіти, гематоми по ходу коагульованої вени (4,2 %), больовий синдром (8,4 %), парестезії (1,5 %). Після аналізу причин виникнення ускладнень встановлено, що переважна більшість ускладнень була пов'язана з погрішностями у виконанні ЕВЛК. Так, виникнення гематом було наслідком пошкодження великої підшкірної вени або її колатералей під час виконання паравазальної тумесцентної інфільтративної анестезії розчином Клейна. Також, при недостатній інфільтрації підшкірної клітковини вище вказаним розчином, виникали опіки, індурація та гіперпігментація шкіри. Інші ускладнення (больовий синдром, гематоми, флебіти) було пов'язані із особливістю ендовенозної дії лазерного випромінювання, зокрема, з його потужністю та часом експозиції. Слід відмітити, що індурація шкіри, екхімози або гіперпігментація шкіри, гематоми по ходу коагульованої

великої або малої підшкірної вени, парестезії зникали впродовж 2 -3 тижнів після операції і не вимагали додаткового лікування.

Нами, інтраопераційно, під час виконання ЕВЛК за допомогою УЗД, у більшості хворих (255 – 75 %) було зафіксовано утворення бульбашок газу, що йшли від торця світловода. У хворих, яким кроссектомія не виконувалася, на екрані апарату було відмічено попадання бульбашок газу в глибоку венозну систему через сафено-феморальне гирло та розповсюдження їх у проксимальному напрямку. У цих пацієнтів у післяопераційному періоді відмічалися: головна біль, голово кружіння, нудота, важкість при диханні, загальна слабкість, нездужання. Вище вказані симптоми утримувалися біля 7 днів після операції.

Заключення. Таким чином, можна стверджувати про ще одно специфічне ускладнення ЕВЛК – «феномен вапоризації», який має характерну клінічну картину. Рахуємо, що подальше удосконалення методики виконання та стандартизації ЕВЛК повисять її ефективність та безпечність.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ЦИКЛІ ТЕМАТИЧНОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ «ВИБРАНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ»

В.Б. Гощинський, І.Г. Бобяк, І.Я. Зима

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

З 2007 року на базі обласної клінічної лікарні в м. Рівне функціонує кафедра „Хірургії” Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, де хірургі проходять тематичне удосконалення. Програма тривалістю місяць включає 156 годин, в яку включені всі розділи хірургічної патології. За цей період пройшли навчання більш ніж 360 курсантів як із Рівненської, так із суміжних областей. Курсантів хірургічного профілю було 91% і 9% терапевтичного профілю. Група складає 6 чоловік.

На базі обласної клінічної лікарні створені і функціонують центри з лікування шлунково-кишкових кровотеч, ендокринології (зоби), гриж (вроджених і набутих, вентральних, післяопераційних, рецидивних), панкреатиту, мініінвазивних хірургічних втручань, діабетичної стопи, судинної та кардіохірургії, травматології із ортопедією, торакальної хірургії та проктології.

За період з 2007-2013 роки госпіталізовано у хірургічні стаціонари 84326 пацієнтів, з них 66672 (79,06%) прооперовано.

Хірургічну допомогу хворим у лікарні надають 117 (36,6%) лікарів хірургічного профілю, з них 54% мають вищу і 11% першу кваліфікаційну категорію

Лікарня надає допомогу ургентним хворим по місту двічі на тиждень, а пацієнтам з шлунково-кишковими кровотечами – цілодобово.

Теоретичні заняття проходять згідно робочої програми.. В кінці кожного тижня проводиться підсумок проведеної роботи з кожним курсантом за період із обов'язковим висвітленням позитивних і негативних сторін в освоєнні, як теоретичних, так і практичних питань у формі круглого столу. Пропозиції лікарів-курсантів завжди враховуються в практичній роботі.

Широкий потік пацієнтів, що поступають із хірургічною патологією дозволяє поповнити рівень практичних знань курсантів, за допомогою безпосередньої участі їх під час проведення операцій, перев'язок та лікувального процесу в цілому..

Асистенти кафедри беруть активну участь у наданні екстреної медичної допомоги населенню області з хірургічною патологією.

Висновки.

1. Під час навчання на тематичних курсах «Вибрані питання хірургії» на базі КЗ Рівненської обласної клінічної лікарні хірурги поповнюють свій теоретичний і практичний рівень знань, що сприяє суттєвому покращенню надання хірургічної допомоги населенню.

2. Викладачі кафедри, як хірурги-консультанти завжди можуть об'єктивно провести оцінку роботи лікаря-хірурга в районах області в певній ситуації, що в подальшому враховується при викладенні теоретичного матеріалу.

ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Р.В. Свистун

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
кафедра хірургії ННІ ПО

Вступ. Діагностика та лікування гострого некротичного панкреатиту (ГНП) залишається однією з найбільш актуальних проблем в абдомінальній хірургії. Загальна летальність при панкреатиті коливається від 4,5 % до 15,0 %, при ГДП – 24,0 – 60,0 %, а поопераційна – 70,0 % та вище без тенденції до зниження . В історичному аспекті більш ніж 120 річний досвід вивчення даної проблеми дозволив глибоко зрозуміти патофізіологічні механізми даної патології. З одної сторони сформувалися певні постулати діагностично-лікувальної програми, впроваджено сучасні ефективні технології для вирішення комплексу проблем ГНП. З іншої сторони існує проблема достовірності ефективності тих, чи інших методів діагностики та лікування. У виборі діагностичної і лікувальної тактики при деструктивному панкреатиті важливе місце належить достовірній і своєчасній оцінці динаміки патоморфологічної трансформації зон некрозу в підшлунковій залозі. Разом з тим широкий спектр клінічних і топографо-анатомічних особливостей захворювання, різний рівень оснащення і лікувального потенціалу закладів створюють ситуацію при якій інтерпретація отриманих даних не є однозначною і вимагає уніфікованих критеріїв оцінки, як в спеціалізованих так і в хірургічних відділеннях загального профілю. Цей аспект має особливо важливе значення в первинній ланці надання медичної допомоги, коли треба розрізнити набряковий і некротичний панкреатит.

Метою роботи було визначення критеріїв панкреатиту на основі яких можна достовірно прогнозувати важкий перебіг захворювання, що вимагає максимального об'єму лікувальних міроприємств.

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування 134 хворих з деструктивним панкреатитом і ретроспективний аналіз 38 медичних карт померлих хворих з некротичним панкреатитом .

Результати та їх обговорення. В результаті оцінки прогностичної цінності критеріїв діагностики важкого перебігу панкреатиту, які найбільш часто зустрічаються в даній категорії хворих і доступні для визначення на дошпитальному етапі і в стаціонарах ми виділили 8 найбільш репрезентативних:

1. Анурія;
2. Геморагічний перитонеальний ексудат;
3. Частота пульсу >120 уд. хв;
4. Відсутність ефекту, або погіршення стану після 6 годинної базисної терапії при умові її застосування в першу добу з початку захворювання;
5. Шкірні симптоми;
6. Гемоліз, або фібриноліз сироватки крові;
7. Гіперглікемія вище 7 ммоль/л;
8. Білірубін вище 30 мкмоль/л при відсутності холедохолітіазу.

Аналіз прогностичної цінності виділених критеріїв дозволяє ствердити з ступенем ймовірності 86%, що у конкретного пацієнта розвивається важкий некротичний панкреатит, якщо у нього мають місце 2 і більше визначених ознак . Необхідність у прогнозуванні виникла разом з розумінням виняткової важливості цього короткого проміжку часу , в якому закладена доля пацієнта. Тільки тоді принципово можливі радикальні лікувальні дії направлені на досягнення основного завдання- обриву некротичного процесу і загальної запальної реакції.

Висновок. Таким чином запропоновані критерії оцінки прогнозу важкості панкреатиту дозволяють в короткі терміни оцінити клінічну ситуацію з мінімальними економічними затратами в умовах, як хірургічних відділень

загального профілю де вирішується проблема надання допомоги даній категорії хворих так і на дошпитальному етапі, в тому числі в практиці сімейного лікаря.

ПОЛІМОРБІДНІСТЬ У ПАЦІЄНТІВ З АБДОМІНАЛЬНИМ СЕПСИСОМ

Б.І. Слонецький, М.В. Максименко,

Ахмед М.О. Батавіл, І.В. Вербицький

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. м.Київ

Вступ. Проблема поліморбідності з кожним роком набуває все більшої актуальності. Без сумніву в клінічній практиці ми зустрічаємося з розмаїттям комбінацій захворювань у пацієнтів з абдомінальним сепсисом, що значно ускладнює діагностику та зменшує арсенал лікувальних заходів, якими можливо скористатися при поліморбідності. Поліморбідність це не тільки наявність низки захворювань у одного пацієнта, а ще додатковий ризик в виконанні оперативних втручань, що в певній мірі погіршує результати лікування абдомінального сепсису.

Матеріал і методи дослідження. Робота ґрунтується на дослідженні поліморбідних особливостей у пацієнтів з абдомінальним сепсисом в залежність від ступеня тяжкості основного захворювання та комбінації супутньої патології.

Перша група (36 пацієнтів)хворі віком 30-59 років з проявами абдомінального сепсису та відсутності явної супутньої патології, тоді як другу групу (32 хворих) хворі віком 30-59 років склали пацієнти у яких на фоні абдомінального сепсису спостерігалися комбінація трьох і більше супутніх нозологій (кардіоваскулярні захворювання, цукровий діабет, ожиріння, остеопороз, психосоматичні стани) . В першій та другій групі Мангеймський Перитонеальний Індекс складав понад 29 балів,що свідчило про несприятливий прогноз відносно видужання,але отримані результати лікування показали що, у пацієнтів першої групи післяопераційні ускладнення склали 49,72%,а післяопераційна летальність

34,62% тоді як у другій групі спостерігали зростання післяопераційних ускладнень до 58,44%, а післяопераційна летальність досягла 47,14%.

Висновки. Таким чином можливо зробити висновок, що поліморбідність значно погіршує результати лікування хворих з абдомінальним сепсисом та призводить до зростання кількості післяопераційних ускладнень на 8,72%, а післяопераційної летальності на 11,52%.

РЕТРОМУСКУЛЯРНА ПЛАСТИКА СИНТЕТИЧНИМИ ЕНДОПРОТЕЗАМИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ.

В.І. Пятночка

ДВНЗ „Тернопільський державний медичний університет
імени І.Я. Горбачевського МОЗ України”

Техніка з'єднання тканин є одним з найбільш дискусійних питань в хірургії. Способи виконання герніопластики знаходяться в центрі уваги хірургів протягом багатьох років. До найбільш складних розділів герніології належать питання лікування післяопераційних вентральних гриж. Контингент пацієнтів з великими і гігантськими грижами являє собою проблемну групу хворих, як для хірурга, так і для анестезіолога, а проблема операційно – анестезіологічного ризику далека від вирішення. Впровадження неналяжної алогерніопластики значно зменшило частоту рецидивів і в цілому ряді випадків забезпечило високу якість життя прооперованих пацієнтів. Проте, повністю уникнути повторних операцій не вдається. Проблема рецидивів тісно пов'язана не лише із феноменом зморщуванням сітки, невідповідністю розмірів ендопротеза величині дефекту черевної стінки, але й з генетично детермінованим співвідношенням типів колагену. Крім цього, в герніології з'явилися і нові проблеми, асоційовані із застосуванням сітки. До них відносять синдром хронічного болю, відчуття

стороннього тіла, злуковий процес в черевній порожнині, stiff – man syndrome, та інші.

Перевагами способу **onlay** є простота виконання, відсутність контакту синтетичного матеріалу з органами черевної порожнини. Однак багато авторів вказують на значну кількість місцевих ускладнень, що обумовлено широким відсепаруванням підшкірної клітковини від апоневрозу, що часто призводить до несприятливих наслідків. Методика **inlay** (імплантація сітки по краю гризових воріт без ушивання останніх над ендопротезом) є істинно безнатяжний і визнаний оптимальним для гігантських гриж, проте функціональні результати в ряді випадків залишають бажати кращого, так як це не реконструкція черевної стінки, а лише корекція існуючого її дефекту. Метод **sublay** може виконуватись в декількох варіантах. Найбільш поширена методика включає передочеревинне розміщення імплантанта. Слід зазначити, що терміни **onlay**, **inlay** і **sublay** відображають фіксацію сітки не лише по відношенню до гризових воріт, а також враховують, вшиваються останні чи ні. Необхідно розрізняти ще й варіанти розміщення сітки в анатомічних просторах черевної стінки – над м'язами (підапоневротична), між прямими м'язами і заднім листком їх піхви (**sublay retromuscular** – SRM), в передочеревинному просторі (**preperitoneal**), а також безпосередньо в черевній порожнині (**IPOM** – **intraperitoneal onlay mesh**) . У Західній Європі для лікування післяопераційних вентральних гриж в останні роки найбільшим успіхом користується ретромускулярна пластика (**sublay retromuscular**). Сітка фіксована ретромускулярно, не викликає негативного впливу на функцію м'язів черевної стінки. Методика менш критична до дотримання цілого ряду умов, обов'язкових для інших способів закриття дефекту черевної стінки. При цьому не має принципового значення використання – легких або важких сіток, частота рецидивувань мінімальна. Це дозволяє ширше застосовувати легкі сітки з великими розмірами пор, що достовірно знижує частоту синдрому хронічного болю, мінімізує відчуття стороннього тіла. Фіксація сітки під прямими м'язами живота вважається найбільш фізіологічним, оскільки

при цьому зміцнюється один з компонентів черевної стінки, але при цьому сітка і в подальшому рубцева тканина не обмежують зовні функціональну складову (м'язи живота). Про те дана методика пластики черевної стінки не позбавлена певних недоліків. Насамперед, вона не є настільки проста в технічному виконанні у порівнянні з IPOM або **onlay**. При значних розмірах дефекту черевної стінки (W3) застосування техніки **sublay** неминуче призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску. Особливо високий рівень ВЧТ виникає при невідкладних оперативних втручаннях з приводу защемлених гриж, ускладнених гострою кишковою непрохідністю. Внутрішньочеревна гіпертензія чітко корелює з частотою фатальних кардіоваскулярних ускладнень, таких як інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії. Методом вибору при великих і гігантських вентральних грижах та ожирінні справедливо вважають IPOM у відкритому варіанті, а не ретромускулярну пластику. Таким же чином можливо використовувати SRM – пластику відповідно до варіантів операцій, запропонованими В.І.Белоконєвим.

Проте, слід виділити категорію пацієнтів, для якої використання ретромускулярної пластики може по праву вважатися методом вибору. Це особи з вентральними грижами W2, що становлять значну частину всіх хворих з дефектами черевної стінки категорії М. Сюди ж можуть бути віднесені і більшість пацієнтів з грижами L.

Таким чином, ретромускулярна пластика являє собою надійний, фізіологічно обґрунтований варіант реконструкції черевної стінки, який може в ряді випадків претендувати на роль „золотого стандарту” в лікуванні хворих з вентральними грижами. Даний вид операції являє собою перспективний напрямок у сучасній герніології, потребує подальшого вивчення і широкому впровадженні в практику.

ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІМОРБІДНОСТІ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ГОСТРІЙ ХІРУРГІЧНІЙ СУДИННІЙ ПАТОЛОГІЇ

С.В. Трач Росоловська, А.З.Миколенко, П.Я. Боднар

ДВНЗ „Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського”

Оскільки питання особливостей поліморбідності у пацієнтів із судинною патологією за секційними даними висвітлені у фаховій літературі недостатньо, виникає потреба у дослідженнях, спрямованих на системний аналіз факторів коморі бідності, що спричиняють патоморфоз захворювання.

З метою встановлення структури поліморбідності та визначення індекса її тяжкості здійснено ретроспективний аналіз 163 протоколів розтину тіл померлих із хірургічною патологією, проведених у Тернопільському обласному патологоанатомічному бюро з 2008 по 2013р.р на підставі Угоди про співпрацю з ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України».

Результати досліджень свідчать, що серед померлих у 85 (52,1 %) осіб діагностовано абдомінальну патологію і в 78 (47,9 %) – судинну. Структура поліморбідності у 68,8 % померлих від ускладнень судинної патології представлена переважно поєднанням атеросклеротичного ремоделювання магістральних судин з гіпертонічною хворобою і атеросклеротичним кардіосклерозом. У 57,7 % померлих від ускладнень судинної патології поліморбідність проявлялася поєднанням від трьох до чотирьох захворювань. Провідна роль у морфогенезі післяопераційного рестенозу та тромбозу магістральних артерій належить нестабільності атеросклеротичної бляшки. Найбільш частою причиною (53,8 %) летальності при поліморбідній судинній патології є розрив аневризми атеросклеротичного генезу магістральної артерії, а також вен стравоходу при портальній гіпертензії. Перспектива подальших досліджень передбачає доцільність з'ясування стану екстрацелюлярного матриксу судинної стінки, оскільки в розвитку розриву і тромбозу провідна роль належить магістральним артеріям.

СТАН ЕПТЕЛІО ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК З ГОРМОНАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

А.В. Бойчук, Б.М. Бегош, В.О. Худоб'як

ВДНЗ «Тернопільський державний медичний університет

ім. І. Я. Горбачевського» МОЗ України, Центр планування сім'ї та репродукції
людини пологового будинку Рівненської міської ради.

Протягом останніх десятиліть з'явилися суттєві досягнення у вивченні проблем етіології, патогенезу, діагностики, клініки та лікування захворювань шийки матки.

На сьогоднішній день окрім впливу вірусу папілломи людини на розвиток раку шийки матки, також встановлено певний зв'язок між функціональними порушеннями в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі і розвитком деяких органічних захворювань в органах мішенях – матці, молочній залозі, шийці матки.

Саме порушення в гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі, що призводить до відносної або абсолютної гіперестрогенемії, є однією із причин розвитку фонових захворювань шийки матки. Про це свідчить високий відсоток виявлених дисфункцій яйників, гіперпроліферативних процесів ендометрія, міометрія та ендоцервікса у пацієнток із фоновими захворюваннями шийки матки. А саме ці захворювання вважаються клінічними маркерами гіперестрогенемії.

В умовах центру планування сім'ї пологового будинку Рівненської міської ради обстежено 75 жінок із патологією шийки матки у віці від 19 і до 43 років. Залежно від характеру патологічного процесу усіх пацієнток було розділено на 2 групи. До першої групи увійшло 45 жінок із патологією шийки матки і порушеним менструальним циклом. До другої групи увійшло 30 жінок із патологією шийки матки і нормальним менструальним циклом.

Вивчалися результати CVU, цитології, Пап-тесту, даних розширеної кольпоскопії, гістологічного обстеження, УЗД, базальної температури, результатів обстеження на ПСШ і ВПЛ методом ПЛР, гормонального обстеження (ФСГ, ЛГ, E₂ на 3-5 день менструального циклу, рівня загального тестостерону на 21-22 день менструального циклу).

Виявлено, що у жінок із гормональними порушеннями по-типу гіпоталамо-гіпофізарної дисфункції і СПКЯ частота розвитку ектопій циліндричного епітелію і лейкоплакій шийки матки вища, порівняно із пацієнтками, у яких патологія шийки матки пов'язана з травматичним фактором, інфекціями, що передаються статевим шляхом і ВПЛ (80% і 20% відповідно). Також звертає увагу на себе той факт, що у жінок із гормональними порушеннями кількість лейкоплакій достовірно більша, ніж у жінок з нормальним гормональним статусом (22,22% і 3,33% відповідно.)

В подальшому планується продовжувати дослідження гормональних змін, які можуть призводити до розвитку патологічних станів шийки матки. Виходячи з даного дослідження, особливо цікавим є фактор розвитку лейкоплакій шийки матки у жінок з гормональними порушеннями. Це завдання є надзвичайно актуальним і перспективним, оскільки дана проблема залишається ще недостатньо вивченою.

ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ ТЕРАПІЇ МЕТОТРЕКСАТОМ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Ю.Б. Бойчук, А.Ю. Франчук, Б.О. Ониськів, В.В. Сопель

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

м. Тернопіль, Україна

Позаматкова вагітність (ПВ) – одна з найчастіших причин звернення жінок до хірургічного стаціонару з клінікою гострого живота, а також є однією з причин

репродуктивних втрат і безпліддя. 25% хворих з цією патологією ведуться консервативно. Метотрексат вводили в дозі 75-100мг внутрішньомязево, після введення метотрексату проводили моніторинг рівня β -ХГ. Метотрексат є антагоністом фолієвої кислоти, який пригнічує проліферацію клітин трофобласту.

Медикаментозне лікування метотрексатом застосовували у пацієнок із стабільною гемодинамікою та відсутністю клініки "гострого живота", при діаметрі маткової труби менше 3 см., рівні Р-ХГ не більше 5000 мМЕ/мл, відсутністю ознак порушеної ПВ, можливістю динамічного ехографічного й лабораторного (рівень хоріонічного гонадотропіну) контролю., відсутність патологічних змін гематологічних показників.

Побічні ефекти метотрексату пов'язані з депресією кістково-мозкового кровотворення, токсичним впливом на слизові оболонки, печінку, легені. Ймовірність їхнього виникнення може збільшуватися при наявності серйозної патології з боку внутрішніх органів, що варто враховувати при визначенні вибору методу лікування ПВ у таких хворих. Абсолютними протипоказаннями для призначення метотрексату були анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія (<100 тис./мол), порушення функції нирок та печінки; гострі інфекційні захворювання, які викликають іммуносупресію, СНІД; виразкова хвороба шлунку й дванадцятипалої кишки, виразковий коліт. Крім того, під час лікування метотрексатом варто відмовитися від призначення, медикаментів, які підсилюють його побічні дії. До таких медикаментів відносяться: аспірин, нестероїдні протизапальні препарати, сульфаніламід, тетрациклін, левоміцитин, амінобейзонова кислота.

Хворим проводилася прегравідарна підготовка високими дозами фолієвої кислоти протягом 6 місяців під контролем рівня фолієвої кислоти та гомоцистеїну в крові, що дозволило отримати задовільні результати.

ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОМОДУЛЮЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ЖІНОК З ПЕРЕРИВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В РАНІХ ТЕРМІНАХ НА ТЛІ ГЕРПЕС- ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

О.Ю. Курило, А.В. Бойчук, Б.М. Бегош, В.І. Коптюх

Кафедра акушерства та гінекології ФПО Тернопільського державного медичного
університету ім. І.Я. Горбачевського

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
м. Тернопіль, Україна

Проблема невиношування вагітності (НВ) надзвичайно актуальна в медичному й соціальному аспектах. Хронічні персистуючі вірусні та бактеріальні інфекції в останні роки відіграють провідну роль в етіології звичного НВ. Герпетична (ГІ) – найбільш розповсюджені герпесвірусні інфекції (ГВІ), захворюваність на які постійно зростає.

ГІ– імунозалежна інфекція, яка не можуть не впливати на імунні взаємовідносини материнського організму з плодом. Передумовою активації ГІ є фізіологічна недостатність імунітету у вагітних, наявність імунодефіцитних станів, при яких герпесвіруси можуть тривалий час персистувати в багатьох субпопуляціях імунних клітин. Тому сполучення інфекції й вагітності здається особливо несприятливим, бо супроводжується різними ускладненнями вагітності, перинатальною захворюваністю й смертністю. Частота даної патології під час вагітності досягає 67,1-76,3%

Лікування вагітних з ГІ і ЦМВІ залишається до кінця невирішеним і дискусійним. Застосування етіотропних засобів під час вагітності обмежене через можливий їх токсичний і тератогенний вплив. Крім того, протівірусні препарати діють тільки на віруси, що реплікуються, тобто не володіють профілактичним ефектом. Дія специфічних імуноглобулінів також короткочасна і реалізується в реплікативній фазі інфекції. Тому для підсилення протівірусної резистентності організму необхідно ширше використовувати генноінженерні

інтерферони, індуктори ендogenous інтерферону – препарати, що поєднують імуномодулюючу дію із противірусною.

СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ГЕРПЕСВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ

О.І. Хлібовська, В.В. Овчарук, В.І. Коптюх, О.Ю. Курило, В.Г. Дживак

ВДНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського»

Кафедра акушерства та гінекології ННІ ПО

Проблема народження здорової дитини є актуальною в сучасному акушерстві. Дані вітчизняних та зарубіжних авторів переконливо свідчать, що вірус герпесу є однією з найчастіших причин розвитку патології вагітності та плоду. Чим менший гестаційний вік плоду в момент інфікування, тим більш генералізованим є процес і більш виражені пошкодження.

Мета нашої роботи – діагностика стану фетоплацентарного комплексу при герпесвірусній інфекції .

Нами обстежено 56 вагітних з діагностованою герпесвірусною інфекцією. Наявність герпесвірусної інфекції підтверджувалось імуноферментним аналізом крові. Стан фетоплацентарного комплексу оцінювали при ультразвуковому обстеженні та кардіотокографією. За даними УЗД : в 1 триместрі вагітності у 54 % обстежуваних виявлено низьке розташування плаценти, у 46 % потовщення хоріону, у 35 % наявність ознак загрози переривання (локальний чи загальний гіпертонус міометрію). В II, III триместрах у вагітних даної групи виявлено: збільшення товщини плаценти з ущільненнями в ділянці базальної мембрани у 31 %, у 88 % гіперехогеність кишківника, знижену рухову активність плода, у 11 % синдром затримки розвитку плода, у 12 % – зміна кількості навколоплідних вод та у 46 % – передчасне дозрівання плаценти. За даними кардіотокографії стан плода оцінювався в 8-10 балів у 76 % обстежуваних, у 24% – цей показник

складав нижче 7 балів і вимагав подальшого до обстеження внутрішньоутробного стану плода.

Таким чином, проведені дослідження дозволили визначити критерії для діагностики змін фетоплацентарного комплексу при внутрішньоутробному герпесвірусному інфікуванні.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА РЕЦЕДИВІВ ПІЄЛОНЕФРИТІВ У ВАГІТНИХ НА ТЛІ ГЕРПЕС-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

О.М. Якимчук, А.В. Бойчук, А.Ю. Франчук, О.І. Хлібовська

ВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я Горбачевського
МОЗ України ».м.Тернопіль, Україна

Запальний процес в нирках вагітних жінок – це серйозна загроза для здоров'я матері та плоду. Збудниками ПН у вагітних часто є умовно-патогенні мікроорганізми (переважно кишкова паличка 80% випадків) Частіше за все в клініці зустрічаються так звані міксінфекції тобто поєднання декількох збудників які стійкі до дії широко використовуваних при лікуванні ПН антибактеріальних препаратів, тому це змушує проводити пошук нових комбінацій та поєднань з іншими атимікробними засобами

Нами було проведено дослідження: Вагітні хворі на пієлонефрит були розділені на дві групи: I-ша (42 жінки) – проводилося антибіотикотерапія згідно з визначенням чутливості патогенної флори та впливу на плід і фітоактивний препарат (золототисячник, любисток, розмарин) по 2 капсули 3 рази на день, протягом 2 тижнів. II грапа (38 вагітних) призначали традиційний курс лікування відповідними антибіотиками (контрольна група).

В результаті проведеного лікування в дослідній групі покращення клінічного стану відзначалися вже на 5-7 день лікування. Серед хворих

контрольної групи покращення відмічалось лише у 28 (70%) випадків та наступало на 10-14 добу від початку лікування.

Отже, додавання фітопрепарату до традиційної антибіотикотерапії є необхідним для успішного лікування пієлонефриту у вагітних та зменшення часу перебування пацієнток у стаціонарі.

ЗМІСТ

М.В. Гребеник, Є.М. Стародуб, Б.І. Рудик, Є.Ф. Бузько. **35 РОКІВ ПЛІДНОЇ РОБОТИ І ТВОРЧИХ ЗВЕРШЕНЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ НА МАЙБУТНЄ**3

Секція сімейної медицини

О.О.Ткач. **РЕЗУЛЬТАТИ І ПРОБЛЕМНІ МОМЕНТИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**7

С.М. Бутвин, Ф.А. Звершхановський. **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ОНОВЛЕНОГО ПРЕПАРАТУ СИМБІКОРТ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХОЗЛ**10

О.Б. Волошина, О.А. Філіппова, С.В. Бусел, В.В. Саморукова, В.В. Бугерук, І.О. Добровольська. **ВИКОРИСТАННЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СИСТЕМИ НІТРОГЛІЦЕРИНУ І СИНУСОЇДАЛЬНИХ МОДУЛЬОВАНИХ СТРУМІВ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**12

Л.О. Волошина, Н.В. Пашковська. **ГІПОТИРЕОЗ ЯК АКТИВАТОР КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ**13

Е.Б. Волошина, В.Г. Лагутін, О.Р. Дукова, І.С. Лисий, О.А. Філіппова. **ВАРІАНТИ ХОЛЕЦИСТОКАРДІАЛЬНИХ СИНДРОМІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**15

О.І. Волошин, Т.О. Ілашук, Л.О. Волошина, Б.П. Сенюк, В.В. Маркевич. **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ПОЛІКОМПОНЕНТНИХ ФІТОЗАСОБІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ТА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДІВ**16

О.І. Волошин, О.І. Доголіч. **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ**18

Л.О. Волошина. **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ КОМОРБІДНОСТІ ТА РІВНЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ**20

В.І. Величко, О.В. Саїд, Г.Р. Аствацатрян, О.А. Шелепіна, Т.Л. Карпинська. ПОКАЗНИКИ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ЖИРУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ	22
М.В. Гребеник, В.Р. Микуляк. ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА ПОКАЗНИКИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	23
Ф.А. Звершхановський, С.М. Бутвин. ЗАСТОСУВАННЯ ВАЛІДІЗОВАНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ	34
О.Б. Квасницька, Г.В. Здоровецька, Н.Д. Ткаченко. ЛІЗИНОПРИЛ – ПРЕПАРАТ ВИБОРУ В ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ.....	25
Н.В. Кіча, С.В. Данилюк, Т.О. Ситюк. МІСЦЕ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЛІКАРСЬКИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ.....	26
С.А. Левицька, А.І. Гоженко, В.В. Буяло. ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТУВАННЯ ГНІЙНОГО СИНУСИТУ У ДІТЕЙ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	28
О.В. Найдьонова, Л.І. Ковальчук, О.С. Приступа. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ	29
М.В. Патратій, С.І. Олексюк. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	21
Н.В. Пасечко, Л.В. Наумова, І.І. Свистун, О.О. Боб, І.П. Савченко. ОЦІНКА КОМПЕНСАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ЗА РІВНЕМ ГЛІКОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2013 РОЦІ.....	32
Г.Я. Ступницька, О.І. Федів. ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ОЖИРІННЯ	33
Т.А. Титова, Л.Ф. Матюха, Л.І. Кліменко, Г.В. Бацюра. ПОЛІМОРБІДНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	34

С.Є. Шостак, Є.М. Стародуб, Л.І. Складанюк, Р.П. Дуць. **ПРО ПОШУК ЕФЕКТИВНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**35

Н.І. Ярема, І.П. Савченко, Л.В. Радецька, А.І. Балабан, О.І. Коцюба. **ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ТЛІ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗУ**37

Секція педіатрії

Н.В. Банадига, О.М. Дутчак, І.О. Рогальський. **КАФЕДРА ПЕДІАТРІЇ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО ІНСТИТУТУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ (професійний шлях за 2009-2014 роки)**39

Н.В. Банадига, І.О. Рогальський. **ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ**49

Н.В. Банадига, О.М. Дутчак. **ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСІМУНОГЛОБУЛІНЕМІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ**51

Н.В. Банадига, Я.В. Рогальська. **ПРОБЛЕМИ ПОЛІДЕФІЦІТНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЮ АНЕМІЄЮ**52

Н.В. Банадига, Г.В. Продосевич. **ДОЦІЛЬНІСТЬ, ЕФЕКТИВНІСТЬ, БЕЗПЕЧНІСТЬ ПРИ ВИБОРІ ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ У ДІТЕЙ**54

О.Р.Боярчук, І.Р.Сагаль, Т.В.Гаріян, Т.А.Ковальчук, К.С.Срога. **КОМОРБІДНІ СТАНИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ РЕВМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**56

Є.Ф. Бузько, І.Р. Сагаль. **ТАКТИКА АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ**57

Я.І. Венгер, В.І. Величко, Н.В. Шишкіна, Г.О. Данильчук, В.І. Синенко. **ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА**59

Секція хірургії

- В.В. Бенедикт, В.Д. Кордяк, А.М. Продан, Б.І. Зошук. **П'ЯТЬ РАННІХ ОЗНАК ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШКИ, НА ЯКІ ПОВИНЕН ЗВЕРНУТИ УВАГУ СІМЕЙНИЙ ЛІКАР**62
- В.В. Бенедикт, С.Б. Ставський, А.В. Кордяк, О.А. Кочмар. **ПРО ЗНАЧЕННЯ СОНОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ДІАГНОСТИЦІ ДИВЕРТИКУЛЬОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ**.....64
- В.Б. Гощинський, В.В. Бенедикт, Р.В. Свистун, Ю.М. Герасимець, В.І. Пятночка, К.Г. Поляцко, І.Г. Бобяк. **КАФЕДРИ ХІРУРГІЇ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО ІНСТИТУТУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ – 35 РОКІВ. УСПІХИ, ВТРАТИ, СПОДІВАННЯ**65
- В.Б. Гощинський, Ю.М. Герасимець, Р.С. Кохан. **АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ВАРИКОЗНИХ ВЕНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК**7
- В.Б. Гощинський, І.Г. Бобяк, І.Я. Зима. **ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА ЦИКЛІ ТЕМАТИЧНОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ «ВИБРАНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ»**69
- Р.В. Свистун. **ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**71
- Б.І. Слонецький, М.В. Максименко, Ахмед М.О.Батавіл, І.В. Вербицький. **ПОЛІМОРБІДНІСТЬ У ПАЦІЄНТІВ З АБДОМІНАЛЬНИМ СЕПСИСОМ** ...73
- В.І. Пятночка. **РЕТРОМУСКУЛЯРНА ПЛАСТИКА СИНТЕТИЧНИМИ ЕНДОПРОТЕЗАМИ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ**.....74
- С.В. Трач Росоловська, А.З.Миколенко, П.Я. Боднар. **ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІМОРБІДНОСТІ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ГОСТРІЙ ХІРУРГІЧНІЙ СУДИННІЙ ПАТОЛОГІЇ**77

Секція акушерства

- А.В. Бойчук, Б.М. Бегош, В.О. Худоб'як. **СТАН ЕПІТЕЛІУ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК З ГОРМОНАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ**78

Ю.Б. Бойчук, А.Ю. Франчук, Б.О. Ониськів, В.В. Сопель. ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ ТЕРАПІЇ МЕТОТРЕКСАТОМ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ	79
О.Ю. Курило, А.В. Бойчук, Б.М. Бегош, В.І. Коптюх. ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОМОДУЛЮЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ЖІНОК З ПЕРИВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В РАНІХ ТЕРМІНАХ НА ТЛІ ГЕРПЕС-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	81
О.І. Хлібовська, В.В. Овчарук, В.І. Коптюх, О.Ю. Курило, В.Г. Дживак. СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ГЕРПЕСВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ	82
О.М. Якимчук, А.В. Бойчук, А.Ю. Франчук, О.І. Хлібовська. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА РЕЦЕДИВІВ ПОЛЕНЕФРИТІВ У ВАГІТНИХ НА ТЛІ ГЕРПЕС-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	83

Підп. до друку 18.02.2014. Формат 60x84/16.
Папір офсет. № 1. Гарн. "Times". Друк офсет.
Ум. друк. арк. 5,23. Обл.-вид. арк. 5,07.
Тираж 100 пр. Зам. № 39.

Видавець і виготівник
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України".
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи ДК № 2215 від 16.06.2005 р.