

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ,
ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ
КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ
В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

**Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю**

10–11 березня 2016 року

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2016

УДК 616.1/9:614.254.3(063)

Редакційна колегія: доктор медичних наук, професор М. М. Корда
проф. М. В. Гребеник
проф. Н. В. Банадига
проф. А. В. Бойчук
проф. І. Я. Дзюбановський
доц. Р. В. Свистун

Актуальні питання діагностики, лікування і профілактики коморбідної патології в практиці сімейного лікаря : матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 10–11 берез. 2016 р. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 52 с.

ОЦІНКА ТРОФОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

Л. С. Бабінець, Т. О. Безкоровайна

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

Відомо, що при гіпотиреозі (ГТ) порушується енергетичний обмін внаслідок нестачі тиреоїдних гормонів, що може призвести до ожиріння та анемії.

Мета. Вивчити особливості змін трофологічного статусу (ТС) у хворих на ГТ.

Матеріали та методи. Вивчено медичні карти 44 хворих на ГТ. Контрольна група складала 20 практично здорових осіб. ТС оцінювали за індексом маси тіла (ІМТ), окружністю м'язів плеча (ОМП), товщиною шкірно-жирової складки над тріцепсом (ШЖСТ); анемічний синдром – за рівнем гемоглобіну (HGB) та еритроцитів крові.

Результати та обговорення. Було встановлено, що показник ШЖСТ в групі хворих ГТ був достовірно вищим ($(18,16 \pm 3,82)$ мм), ніж у групі контролю ($(11,81 \pm 0,29)$ мм) і свідчив про надлишок запасів жиру. Показники ІМТ у досліджуваній групі вказували на ожиріння різного ступеня тяжкості у 30 (68,18 %) пацієнтів. Також в цих хворих відмічалось достовірне зниження показника ОМП порівняно із контролем, що свідчило про збіднення соматичного пулу білка. Встановлено значний кореляційний зв'язок між ІМТ та ОМП ($r = -0,64$). Достовірно нижчі показники HGB у хворих на ГТ ($(109,45 \pm 16,54)$ г/л), порівняно із групою контролю ($(135,95 \pm 1,67)$ г/л) свідчать про нестачу вісцерального пулу білка. У 20 (45,45 %) пацієнтів була діагностована анемія легкого та середнього ступеня тяжкості.

Висновок: У хворих на ГТ достовірно знижується соматичний пул білка на тлі ожиріння, про що свідчить зниження ОМП на тлі збільшення ІМТ і товщини ШЖСТ. Також у досліджуваній групі має місце недостатність вісцерального пулу білка, на що вказує анемія різного ступеня тяжкості у 45,45 % з 44 хворих на ГТ.

Перспективи подальших досліджень: дослідити взаємозв'язок між параметрами ТС і рівнем тиреоїдних гормонів у хворих на ГТ.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Л. С. Бабінець, Н. А. Мельник, К. М. Литковець

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

Хронічний панкреатит (ХП) – це захворювання, патофізіологічною основою якого є запальний процес в підшлунковій залозі, коли у відповідь на вплив пошкоджуючих чинників порушується баланс між активністю про- і антиоксидантних систем організму.

Мета. Вивчити особливості про- та антиоксидантних систем організму у хворих на ХП в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС), зокрема стабільною стенокардією напруги I та II функціональних класів (ССН I та II ФК).

Матеріали та методи. 1 досліджувану групу склали 46 хворих на ХП+ІХС, ССН I-II ФК; 2 групу – 30 хворих на ХП; контрольну групу – 20 здорових осіб. Інтенсивність пероксидного окислення ліпідів (ПОЛ) визначали за вмістом малонового альдегіду (МА) за реакцією з тіобарбітуровою кислотою. Про антиоксидантний захист (АОЗ) судили за активністю супероксиддисмутази (СОД) за методом С. Чеварті і співавт. Визначення проводили спектрометричним методом.

Результати та обговорення. У хворих 1 групи мало місце більш достовірно глибше зменшення вмісту СОД відносно хворих 2 групи ($40,41 \pm 4,05$ ум. од. проти $47,49 \pm 1,75$ ум. од. відповідно) ($p < 0,05$). Вміст МА у крові хворих 1 групи становив $5,65 \pm 0,19$ мкмоль/л і був достовірно більшим такого показника у хворих 2 групи ($5,04 \pm 0,14$ мкмоль/л) ($p < 0,05$).

Висновок: Коморбідність ХП та ІХС (ССН I-II ФК) супроводжується більш вираженими змінами в системі ПОЛ-АОЗ порівняно з ХП, про що свідчать достовірне збільшення МА та достовірне зменшення СОД в сироватці крові.

Перспективи подальших досліджень: дослідити стан системи ПОЛ-АОЗ хворих на ХП+ІХС, ССН II ФК відносно хворих на ХП+ІХС, I ФК.

СТРАТИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Н. В. Бадюк, А. В. Матвійчук, Н. І. Трач

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

Актуальність: Серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються головною причиною смертності хворих в усьому світі. Незважаючи на очевидні успіхи в лікуванні гострого інфаркту міокарда (ІМ) та нестабільної стенокардії, що складають гострий коронарний синдром (ГКС), на їх долю припадає до 50 % усіх смертельних випадків. Ключовими проблемами ведення пацієнтів з ГКС є своєчасна і точна діагностика, оцінка ступеня ризику та прогнозу захворювання, призначення адекватного алгоритму лікування. Високий ризик ускладнень (ІМ) та розвитку раптової коронарної смерті визначається у наступних категорій хворих: при наявності повторної ішемії, ранньої постінфарктної стенокардії, нестабільної гемодинаміки, підвищенні рівня тропоніну протягом перших діб спостереження, при супутньому цукровому діабеті.

Мета: аналіз факторів ризику (ФР) несприятливого прогнозу у хворих що перенесли гострий коронарний синдром.

Матеріали та методи: групу обстеження склали 80 осіб на базі клініки без ангіографічної лабораторії, у яких ГКС завершився розвитком ІМ. Передні ІМ діагностовано у 30,2 %, задні – у 29,4 %, повторні ІМ – у 20,4 % (в середньому через 18 міс.±3 міс.), ІМ без зубця Q – у 19,6 %. Усім пацієнтам проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження згідно локального протоколу, оцінено ФР ССЗ відповідно до загальноприйнятих методик. Пацієнти отримували стандартне лікування, тромболізис був можливий і застосований у 18 % випадків ІМ. Крім цього, ретроспективно оцінено госпітальну летальність і віддалену смертність пацієнтів, які лікувалися з приводу гострого ІМ у 2014 році (n=309) на базі клініки з можливістю проведення перкутанних коронарних втручань (ПКВ).

Результати: серед хворих на ІМ переважали особи чоловічої статі (69,1 %). У переважній більшості (89,4 %) пацієнтів, була діагностована супутня судинна патологія, зокрема АГ виявлена у 82,6 %, атеросклеротичне ураження судин нижніх кінцівок – у 1,6 % , інсульт та ТІА перенесли 3,7 %. Крім цього, у 15,2 % виявлено ЦД, по 7,4 % – ХОЗЛ та ревматичні захворювання (ОА, РА). Великою була частка хворих з патологією шлунково-кишкового тракту (33,3 %) зокрема, 10 % – з виразковою хворобою, що вимагало внесення корективу в антикоагулянтну терапію. При лабораторному обстеженні виявлено гіперхолестеринемію – у 88 %, дизліпідемію – у 61 %, гіпертригліцеридемію – у 36,8 %. Підвищення рівня тропоніну підтверджено у 72 %.

За шкалою GRACE високий ризик несприятливих подій у госпітальному періоді та через 6 місяців склав, відповідно, 22, 8 і 24,2 %.

Серед ускладнень ІМ в гострий період реєстрували гостру серцеву недостатність у 78 %, зокрема Killip II – у 11,2 %, Killip III – у 2,5 %, аневризма серця сформувалась у 14,1 %, рання післяінфарктна стенокардія виникла у 1,2 %. У віддаленому періоді (до 6 міс.) порушення ритму та провідності виявлено у 28 %. Летальність в стаціонарному періоді у хворих, які відносились до групи високого ризику становила 18 %, віддаленому періоді (через 6 міс) – 19,7 %.

Ретроспективний аналіз показав, що віддалений ризик смертності обернено залежав від проведення ПКВ в гострий період ІМ, зокрема стаціонарна летальність упродовж року спостереження знизилась з 14 % до 9,4 %. З іншого боку, збільшення показника смертності залежало від пізнього поступлення в стаціонар та неможливістю застосування фармакоінвазивних технологій в гострий період ІМ. В цілому, розрахунковий ризик корелювався з фактичними отриманими показниками у госпітальному та віддаленому періоді.

Висновок: Стратегія ведення хворих на ІМ повинна базуватись на стратифікації ризику несприятливого прогнозу, а останні є основою для індивідуалізації протоколу надання допомоги хворим з ГКС в гострий період захворювання, на стаціонарному етапі і в процесі амбулаторної реабілітації.

ЧИ МОЖЛИВО ДІАГНОСТУВАТИ ІНВАГІНАЦІЮ ТОНКОЇ КИШКИ В УМОВАХ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ?

*В. В. Бенедикт, Я. І. Зима, Д. В. Кордяк, А. М. Продан
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Основний напрямок розвитку охорони здоров'я в нашій державі пов'язаний із розвитком первинної медико-санітарної допомоги на закладах сімейної медицини, що передбачає надання лікарями загальної практики діагностично-лікувальної допомоги пацієнтам, які звертаються за допомогою (Д. В. Зайцев та співав., 2015). Однією з складних і непередбачених абдомінальних патологій сьогодні, як і багато років тому, залишається гостра непрохідність тонкої кишки (ГНТК). Однією з рідкісних форм ГНТК у дорослих пацієнтів є інвагінація. Труднощі в діагностичному плані у таких хворих зумовлені, перш за все, тим, що більшість практичних лікарів переконані в тому, що інвагінація – це «дитяча хвороба». Перебіг цього захворювання у дорослих часто позбавлений тих класичних рис, які притаманні дітям. Найбільш частою причиною інвагінації в таких випадках є пухлини (А. А. Ольшанецкий, И. Г. Новоскольцева, 2013). Небажана втрата часу при цьому може ускладнювати перебіг захворювання. Відомо, що класичними симптомами інвагінації є триада: 1) гострий початок болю, який потім повторюється у вигляді нападів; 2) наявність при пальпації через черевну стінку щільно-еластичного, рухомого, болючого утвору (симптом Руша) у 60 % випадках (А. А. Пономарев, О. Э. Карпов, 2002). При цьому біль може посилюватися; 3) виділення крові із заднього проходу (симптом Крювельє) при дефекації, або наявність крові в промивних водах після клізми. За останні роки нами спостерігалось три випадки розвитку інвагінації у дорослих, які в діагностичному плані склали певні труднощі.

Клінічне спостереження 1. Хвора Н., 76 років поступила в хірургічну клініку з скаргами на переймоподібний біль в животі, блювоту, не відходження стільця і газів. Хворіє протягом тижня. Загальний стан – середнього ступеню тяжкості. Гіпотонія, тахікардія, екстра-

систолія. Язик вологий. Живіт здутий, болючий в нижніх відділах, де визначається симптом «шуму плескоту». Симптоми подразнення очеревини від'ємні. Перистальтика кишки – ослаблена. Стілець відсутній 3 доби. Загальний аналіз крові – лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво. Супутня патологія: ІХС. Кардіосклероз з екстрасистолією. Гіпертонічна хвороба. СН І ст. На оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини – явища кишкової непрохідності. Стверджено наявність у хворої гострої низької обтураційної непрохідності тонкої кишки 3-й період перебігу, стадія декомпенсації функціонального стану, ймовірно на ґрунті пухлини товстої кишки. Після передопераційної підготовки – лапаротомія. В ділянці ілеоцекального переходу – щільний пухлиноподібний конгломерат з втягненням петлі тонкої кишки в купол сліпої кишки та в висхідний відділ товстої кишки. Виконана правобічна геміколектомія, резекція термінального відділу тонкої кишки (60 см), одномоментна декомпресія тонкої кишки, дренування черевної порожнини. При дослідженні мікропрепарату знайдено дві пухлини 5х4 см та 3х2 см щільної, еластичної консистенції на відстані 15 см від ілеоцекального кута. При гістологічному дослідженні – міксофіброма. Перебіг післяопераційного періоду – тяжкий і супроводжувався парезом тонкої кишки, посиленням недостатності серцево-судинної системи на фоні гіпокаліємії і гіпокальціємії. Після корекції електролітного балансу і лікування супутньої патології стан хворої поступово покращився. Видування.

Клінічне спостереження 2. Тривалість захворювання – 1 місяць і супроводжувався болем в животі без чіткої локалізації, інтенсивність якого поступово зростала. Обстежувалась в різних лікувальних закладах. Протягом цього періоду хвора обмежувала себе в їжі і суттєво втратила в масі тіла. При сонографічному дослідженні візуалізувалася розширена петля тонкої кишки до 23–25 мм в діаметрі, яка виповнена однорідним вмістом; з помірним потовщенням її стінки до 2–3 мм. В поперечному УЗ-зрізі спостерігається двох-трьохшаровість стінки у вигляді «овал в овалі». Комп'ютерна томографія в лівій мезо-гіпогастральній ділянці визначається тонко-тонкокишковий (клубовий) інвагінат протяжністю до 70 мм характерної структури «циліндр – в циліндрі» із залученням брижі з судинами, в проєк-

ції головки інвагінату простежується округле утворення діаметром 30 мм – новоутвір. Престеногічна петля тонкої кишки розширена до 48 мм, є горизонтальні рівні рідини, газ, за інвагінатом просвіт кишки – пустий. Хірургічне лікування – резекція тонкої кишки з ентро-ентероанастомозом. Причина інвагінації – доброякісний поліп тонкої кишки. Видужання.

Висновки: 1. Інвагінація може бути причиною непрохідності тонкої кишки у дорослих внаслідок локалізації пухлин в цьому органі. Прояви кишкової непрохідності в таких випадках характеризується довготривалим періодом захворювання і, відповідно, пізнім звертанням хворих за хірургічною допомогою.

2. Хворим з неясним клінічним перебігом хвороби, який супроводжується абдомінальним болем повинно обов'язково проводитися сонографічне дослідження органів черевної порожнини, що дозволить встановити причину цього захворювання.

3. Лікар загальної практики повинен пам'ятати про можливість інвагінації кишок у дорослих пацієнтів і тоді зможе діагностувати це захворювання.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Є. Ф. Бузько

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

Антибактеріальна терапія пневмонії у дітей є визначальною в комплексному лікуванні і від її ефективності залежить прогноз захворювання. При цьому, маючи етіотропну спрямованість, вона признається емпірично, так як оперативно виділити збудника захворювання практично не можливо. Зазвичай пневмонія спричиняється в основному умовно патогенними мікроорганізмами, більшість з яких є звичайними мешканцями слизових оболонок верхніх дихальних шляхів дитини. В свою чергу спектр бактеріального носійства визначається багатьма факторами і саме це спонукало поділити пневмонії

за особливостями ймовірної етіології на позалікарняні (домашні) і госпітальні (нозокоміальні). Збудником позалікарняних пневмоній є переважно умовно патогенні мікроорганізми, які домінують в біоценозі носоглотки здорової дитини, яка не мала госпітального анамнезу і не приймала найближчим часом антибіотиків. За даними літератури це переважно пневмококи, гемофільна паличка, гемолітичний стрептокок, мікоплазма, рідше золотистий стафілокок, хламідії. Відповідно в етіології позалікарняних пневмоній за останніми даними домінують пневмокок (60–90 %) і гемофільна паличка (15–20 %) і антибактеріальну терапію цих пневмоній слід розпочинати з антибіотиків, найбільш активних саме до цих збудників.

Госпітальні пневмонії виникають у дітей з госпітальним анамнезом і лікованих найближчим часом антибіотиками, що кардинально і на довгий час міняє біоценоз їх носоглотки, серед представників якого починає домінувати патогенна, госпітальна флора: гемолітичний стафілокок, грамнегативні мікроорганізми і саме на цю флору і з урахуванням раніш отриманих антибіотиків слід орієнтуватись при виборі стартової антибактеріальної терапії госпітальної пневмонії.

АНЕМІЯ ЯК УСКЛАДНЕНА КОМОРБІДНІСТЬ ПРИ ГОСТРІЙ РЕСПІРАТОРНІЙ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Є. Ф. Бузько

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

Під коморбідністю розуміють одночасне перебігання двох чи більше захворювань або синдромів, які патогенетично пов'язані між собою. Враховуючи, що захворювання органів дихання є провідною патологією в дитячому віці, саме при них частіше всього приходиться мати справу з супутніми і коморбідними станами.

Проведений аналіз супутньої патології у дітей раннього віку з гострими респіраторними захворюваннями, серед яких переважали гострі ринофарингіти, ларинготрахеїти, трахеобронхіти, обструк-

тивні бронхіти та пневмонії. Серед фонових станів у 7 % пацієнтів мали місце аномалії конституції, серед яких переважав алергічний діатез, нерідко з проявами атопічного дерматиту. Серед супутньої патології відмічались рахіт, гіпо- та паратрофії, перинатальні ураження ЦНС, в поодиноких випадках інші захворювання, але явно домінували анемії (22 %). Враховуючи це, був проведений поглиблений аналіз анемічних станів у обстежених дітей. Серед всіх супутніх анемії тільки у 17 % пацієнтів вони мали залізодефіцитний характер, у двох дітей мова йшла про вроджену гемолітичну анемію. У всіх інших випадках анемія була розцінена як інфекційна, вона носила нормохромний, норморегінераторний характер, була легкого ступеню при нормальному рівні заліза сироватки крові з нормалізацією показників периферичної крові в процесі одужання.

Таким чином, тільки анемію інфекційного генезу можна було трактувати як патогенетично пов'язану з гострою респіраторною патологією, а саме як приклад ускладненої коморбідності.

**ОСОБЛИВОСТІ ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ТА
ХАРЧОВИХ ЗВИЧОК У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ТЛІ ПІДВИЩЕНОЇ МАСИ ТІЛА**
*М. І. Вуйцік, С. Є. Шостак, Є. М. Стародуб, І. Г. Сташків,
О. Р. Рудько, О. Г. Лисенко, О. Г. Садлій*
*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) ожиріння визнано новою неінфекційною епідемією нашого часу, а Україна вважається одним із центрів його пандемії. Крім того, надмірна маса тіла є одним із суттєвих факторів прогресування артеріальної гіпертензії (АГ) і тісно пов'язана із способом життя та дотриманням принципів здорового харчування.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення трофологічного статусу та харчових звичок у хворих з АГ на тлі підвищеної маси тіла. З цією метою було проаналізовано харчові щоденники 38 хворих

гастро- та кардіологічних відділень ТМКЛ № 2 на вміст основних поживних речовин: білків, жирів, вуглеводів, міро- та макронутрієнтів. Серед обстежених було 6 осіб жіночої та 32 – чоловічої статі, середній вік яких становив $53,68 \pm 2,23$. Надмірна маса тіла була виявлена у 11 (28,95 %), ожиріння I ст. – у 18 (47,37 %), II ст. – у 9 (23,68 %) осіб. За результатами опитування встановлено, що у 23 пацієнтів (60,53 %) харчування було триразовим, у 10 (26,32 %) – чотириразовим, а у 5 (13,15 %) – дворазовим. При цьому 27 осіб (71,05 %) вживали їжу після 18.00 год, причому загальна її калорійність перевищувала показники від спожитого в обід і становила $998,85 \pm 11,45$ проти $874,24 \pm 7,06$ ($p < 0,05$). Основні показники трофологічного статусу порівнювали із рекомендованими згідно Наказу МОЗ від 18.11.1999 р. № 272 «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії».

Недостатність білків у харчовому раціоні ($52,9 \pm 1,79$ г) проти (69 г) було виявлено у 15 (39,47 %) хворих, основним джерелом яких були м'ясо та м'ясопродукти. У 20 (52,63 %) обстежених спостерігалось надмірне вживання жирів ($106,7 \pm 4,28$ г) проти (69 г), переважно за рахунок тваринного походження. Надмірне вживання вуглеводів було виявлено у 22 (57,89 %) обстежуваних ($497,34 \pm 17,88$ г) проти (400 г). Дефіцит вмісту кальцію у їжі було виявлено у 11 (28,94 %) осіб – $996,7 \pm 11,3$ мг – проти 1200 мг, магнію у 13 (34,21 %) – $311,45 \pm 7,84$ мг проти 400 мг, заліза у 16 (42,1 %) – $11,52 \pm 1,31$ мг проти 15 мг, цинку у 8 (21,05 %) – $8,12 \pm 0,55$ проти 15 мг, йоду у 18 (47,36 %) – $0,128 \pm 0,15$ мг проти 0,15 мг.

Таким чином, проведене нами дослідження вказує на значні порушення харчових режимів у переважної більшості (78,95 %) обстежених хворих з АГ на тлі надмірної маси тіла як в плані нераціонального розподілу кількісного і якісного складу продуктів на основі прийому їжі, так і вираженого дисбалансу в макро- та мікронутрієнтах, які отримували опитувані нами пацієнти. Можна припустити, що виявлені нами порушення можуть стати причиною ожиріння печінки, а з ним – і до розладів синтезу холестерину (одного з основних патогенетичних моментів в прогресуванні АГ).

Висновки: 1) У більшості хворих з АГ на тлі підвищеної маси тіла спостерігається значний дисбаланс у макро – і мікронутрієнтах,

що може стати причиною збільшення ожиріння печінки, а з ним – і обміну холестерину.

2) Для забезпечення профілактики АГ на первинній ланці медико-санітарної допомоги сімейний лікар повинен володіти знаннями про особливості харчування таких хворих на ввіреній йому дільниці.

3) З метою виявлення трофологічних порушень у вказаного контингенту хворих лікарі ЗП-СМ можуть використовувати харчові щоденники та медичні калькулятори основних макро- і мікронутрієнтів, розміщені на відповідних спеціалізованих сайтах.

Перспектива подальших досліджень полягає у розробці персональних дієтичних рекомендацій, які базуватимуться на Наказах МОЗ України №16 від 14.01.2013 р. і № 272 від 18.11.1999 р. та вивченні їх ефективності, що може стати хорошою допомогою в забезпеченні дієвих профілактичних заходів для боротьби з АГ на первинній ланці медико-санітарної допомоги.

ПРОТИ У ПРОФІЛАКТИЦІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

С. Л. Гаркуша

*КУ «Житомирський обласний медичний консультативно-
діагностичний центр»*

*Кабінет корекції надмірної маси тіла та лікування різних
форм ожиріння*

Вступ. Метаболічний синдром (МС) – одна з найважливіших медико-соціальних проблем сучасності. Широке розповсюдження, тісний зв'язок із способом життя і висока смертність від його наслідків вимагають своєчасного виявлення та здійснення профілактичних заходів. Складові частини МС: інсулінорезистентність (ІР), ожиріння (Ож), дисліпопротеїнемія (ДЛП), артеріальна гіпертензія (АГ) поєднуються і утворюють високоатерогенний симптомокомплекс.

Компоненти МС взаємообумовлюють та взаємопосилують порушення ліпідного, пуринового, вуглеводного обмінів, що призводить до виникнення цукрового діабету (ЦД) 2 типу, серцево-судинних

захворювань (ССЗ). Спільний причинно-наслідковий механізм виникнення компонентів МС дозволяє віднести його до коморбідних станів.

Заходи профілактики МС повинні бути спрямованими на зменшення надмірної маси тіла (НМТ) шляхом раціонального харчування та підвищення фізичної активності. Ключем до вирішення питання раціонального харчування у профілактиці виникнення та розвитку МС є усунення дефіциту харчових волокон, вітамінів, есенціальних макро- і мікро нутрієнтів (калію, магнію, цинку, хрому, ванадію, селену, йоду) шляхом використання спеціалізованих харчових продуктів – шротів.

У практичній роботі кабінету корекції надмірної маси тіла та лікування різних форм ожиріння у раціоні харчування пацієнтів з МС включено харчові продукти для спеціального дієтичного споживання, виробництва НВ ТОВ «Житомирбіопродукт» – шроти з насіння розторопші плямистої, гарбуза, вівса, зародків пшениці, льону, клітковину з зародків пшениці з кісточкою винограду, гречку з інуліном. У результаті вживання шротів, НМТ у пацієнтів з МС знижувалася в середньому на 3–4 кг щомісячно. Зменшення маси тіла супроводжувалося зниженням рівнів АТ, показників ліпідного обміну, глюкози крові, сечової кислоти і покращенням загального самопочуття пацієнтів та комплаєнсу до лікування.

Висновок: раціон харчування із застосуванням шротів підвищує ефективність дієти у корекції Ож, АГ, ДЛП, гіперглікемії, гіперурікемії та інших складових метаболічного синдрому та покращує заходи профілактики ЦД 2 типу, ССЗ і їхніх ускладнень.

РАННІ ТА ПІЗНІ УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*М. В. Гребеник, В. Р. Микуляк, Л. І. Зелененька,
Л. В. Зоря, С. М. Маслій*

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

Метою дослідження була оцінка впливу коморбідної патології на перебіг та прогноз хворих із гострим інфарктом міокарда (ІМ).

Протягом 2012–2013 років обстежено 506 пацієнтів із гострим ІМ. Діагноз ІМ верифіковано згідно рекомендацій ESC (2012). Перша (1 гр.) – хворі на ІМ із артеріальною гіпертензією (АГ) і цукровим діабетом (ЦД) (n=118), друга (2 гр.) – хворі на ІМ із АГ (n=285), третя (3 гр.) – хворі на ІМ без супутньої патології (n=103). Також було обстежено 20 практично здорових осіб, які суттєво не відрізнялися за віком та статтю від груп дослідження. Діагноз АГ встановлювали згідно рекомендацій ESH/ESC (2007) та Української асоціації кардіологів (2008). Верифікацію діагнозу ЦД 2 тип проводили згідно з критеріями ADA/EASD (2012).

У хворих із коморбідною патологією достовірно частіше мав місце ускладнений перебіг ІМ. Зокрема, у хворих із АГ і ЦД часто виникали такі грізні ускладнення, як набряк легень – 25,4 %, ($p_{1,3}=0,023$) та кардіогенний шок – 19,5 %, ($p_{1,3}=0,047$), що свідчило про більшу втрату життєздатного міокарду або пригнічення скоротливої здатності внаслідок оглушення та гібернації. Також для них був більш характерним розвиток епістенокардитичного перикардиту (17,5 %) та післяінфарктної стенокардії (18,4 %). Водночас, частота розвитку синдрому Дреслера та тромбендокардиту була достовірно вищою у хворих на ІМ без супутньої патології. У хворих на ІМ із АГ більш вираженою була проаритмогенна активність серця: часто реєструвались такі грізні порушення ритму як політопна екстрасистолія (23,2 %), шлуночкова тахікардія (8,7 %) та фібриляція шлуночків (6,3 %). Також достовірно частіше у порівнянні із іншими групами виникали атріо-вентрикулярні блокади II ст, ($p_{1,2}=0,046$; $p_{2,3}=0,042$).

За часткою рецидивів та розривів міокарда групи достовірно не різнилися.

Модифікація клінічного перебігу ІМ з частим розвитком ускладнень на фоні супутньої патології вплинули на кінцеві результати. Показник госпітальної летальності у хворих із супутнім ЦД і АГ склав 18,6 %, у хворих із супутньою АГ – 13,0 %. Найнижча летальність – 9,7 %, яка достовірно відрізнялась у порівнянні із 1 групою ($p=0,030$) спостерігалась у хворих на ІМ без супутньої патології.

Отже, коморбідність обтяжує клінічний перебіг ІМ, провокує розвиток ускладнень, погіршує прогноз виживання, що вимагає внесення коректив у стандартні клінічні протоколи і рекомендації.

ІНТЕНСИВНІСТЬ ПЕЧІЇ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

О. Є. Гріднєв

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої
НАМН України»*

Гіпертонічна хвороба (ГХ) досить часто протікає в поєднанні з захворюваннями інших органів і систем, причому в більш ніж третині випадків коморбідності її супроводжує патологія органів травлення. Особливий інтерес викликає поєднання ГХ і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), тому як поєднаний перебіг ГЕРХ і ГХ, не може не впливати на стандартну клінічну картину, вимагає інших підходів в діагностиці та лікуванні.

Мета дослідження – оцінити особливості основного симптому ГЕРХ – печії – у хворих із супутньою ГХ.

Матеріали та методи дослідження. До дослідження були включені 126 пацієнтів із поєднанням ГХ II стадії 1–3 ступенів і ГЕРХ, середній вік хворих – $(56,8 \pm 1,2)$ року, середня тривалість ГХ – $(11,4 \pm 0,7)$ року. Діагноз ГЕРХ встановлювався згідно Монреальського консенсусу (2006 р.). У дослідження відбиралися пацієнти, що ма-

ють прояви печії 2 рази на тиждень і більше. Добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) проводили з використанням портативного апарата АВРМ-04 (Meditech, Угорщина). Добову внутрішньостравохідну рН-метрію проводили з використанням ацидогастро-монітора АГМ-24МП ТУ9441-002-13306657-2003 за стандартною методикою.

Результати та обговорення. У групі хворих на ГЕРХ на тлі супутньої ГХ всі особи відзначали скарги на печію: серед них більшість скаржилися на печію слабкої інтенсивності (61 (48,4 %) осіб), помірну печію відзначали 41 пацієнт (32,5 %), сильну – (24 (19,1 %) осіб). Порівняння тривалості ГЕРХ у пацієнтів із різною інтенсивністю печії показало, що найбільш тривалою ГЕРХ була в осіб з сильною печією ($10,2 \pm 1,1$) року, в осіб з помірною печією ГЕРХ тривала ($7,2 \pm 0,6$) року ($p=0,02$), у пацієнтів зі слабкою печією – ($9,1 \pm 0,6$) року ($p=0,021$). Також виявлено достовірні відмінності залежно від тривалості ГХ у пацієнтів із помірною ($8,2 \pm 0,7$) року) і сильною печією ($12,5 \pm 1,6$) року) ($p=0,023$). Оцінювався вплив добового профілю АТ на інтенсивність проявів печії. Встановлено, що підвищення індексу часу (ІЧ) гіпертонічного навантаження в денний період ДМАТ асоціювалося зі зменшенням інтенсивності проявів печії, а саме: в осіб зі слабкою печією ІЧ артеріальної гіпертензії вдень склав ($69,8 \pm 1,9$) %, у осіб з помірною печією – ($58,6 \pm 3,7$) %, $p=0,009$, у пацієнтів із інтенсивною печією – ($60,4 \pm 3,8$) %, $p=0,033$. За результатами проведеної внутрішньостравохідної рН-метрії, посилення печії достовірно асоціювалося зі збільшенням відсотка часу, протягом якого рН був меншим за 4 (ВЧрНм4): для пацієнтів зі слабкою печією даний показник склав ($25,8 \pm 1,1$) %, для осіб із інтенсивною печією ($30,5 \pm 1,9$) %, $p=0,03$.

Висновки. Тривалість анамнезу як ГЕРХ, так і ГХ асоціювалася з посиленням інтенсивності печії в осіб з коморбидною патологією. У той самий час, у пацієнтів з менш інтенсивними проявами печії встановлено достовірно більш високі значення ІЧ навантаження високим АТ за даними ДМАТ, а також більш низький ВЧрНм4, за результатами внутрішньостравохідної рН-метрії.

Перспективи подальших досліджень. Зважаючи на високу частоту виявлення поєднання ГХ і ГЕРХ, значного впливу даних роз-

ладів на якість життя пацієнтів, спільності етіологічних тригерних факторів і патогенезу, необхідним є подальше вивчення особливостей взаємного впливу даних захворювань на характер клінічних проявів і процеси прогресування.

УДК 616-058+616-084+616-006.04+616.31

**ЗНАЧЕННЯ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ
ОНКОСТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

О. З. Децик, І. В. Рудко, Ж. М. Золотарьова
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»

Злоякісні пухлини ротової порожнини складають близько 5 % випадків раку інших локалізацій. Попри те, що онкостоматологічна патологія – це візуальні форми раку, показник занедбаності в Україні сягає 70–100 %. Сказане підкреслює вагомість профілактики та раннього скринінгу цих захворювань.

Мета дослідження: виявити можливості та основні важелі впливу лікарів загальної практики/сімейних лікарів (ЛЗП/СЛ) щодо профілактики, раннього виявлення онкостоматологічних захворювань.

Матеріали і методи: проаналізовано міжнародний та вітчизняний досвід, нормативно-правову базу, дані офіційної медичної статистики.

Результати. За даними епідеміологічних досліджень показано, що навіть у розвинених країнах рак порожнини рота діагностується на пізніх стадіях (80–97 % випадків), головним чином, як наслідок несистематичного відвідування населенням лікарів стоматологів, у т.ч. із профілактичною метою.

Вказано, що до ранньої діагностики варто залучати ЛЗП/СЛ. Зокрема, сімейні лікарі можуть проводити скринінги для виявлення осіб з ризик-факторами, передраковими станами, короткі інформаційні консультації з питань профілактики раку органів порожнини

рота тощо, а медсестри – огляди ротової порожнини при кожному звертанні до ЛЗП/СЛ.

Висновок. Організаційна технологія профілактики онкостоматологічних захворювань на рівні первинної медичної допомоги потребує наукового обґрунтування, а відповідна нормативно-правова база – удосконалення.

КЛІНІКО-ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ УРГЕНТНЕ КОРОНАРНЕ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ

*Д. В. Жегестовська, Л. Ю. Бідованець, М. В. Гребеник
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Серцево-судинні захворювання були і залишаються однією із найчастіших причин смерті в Україні та світі. «Золотим стандартом» в діагностиці ішемічної хвороби серця залишається коронарна ангіографія (КАГ), проте, на первинній ланці медичної допомоги та на етапі надання невідкладної допомоги хворим з гострим коронарним синдромом (ГКС), провідну роль відіграє ЕКГ діагностика. За даними літератури, кореляція між даними КАГ та ЕКГ дослідження не завжди відповідає класичним уявленням про топіку ураження міокарду та оклюзію певної коронарної артерії.

Мета. Встановити особливості клінічної симптоматики, ЕКГ-змін у хворих із ГКС, яким було проведено ургентне коронарне втручання.

Матеріали та методи. Опрацьовано 37 випадків захворювання ГКС у пацієнтів, що лікувалися на базі ТМКЛ №2 у період з жовтня по січень 2015–2016 рр., яким проводилася діагностична та лікувальна КАГ.

Результати та обговорення. Середній вік пацієнтів становив (60,89±11,59) років, з них 83,8 % (n=31) чоловіки та 16,2 % (n=6) жінки. Серед усіх хворих з ГКС – хворі із елевацією сегмента ST

складали 78,4 % (n=29), без елевації ST – 21,6 % (n=8). У випадку ГКС без елевації ST, було розраховано ризик за шкалою GRACE, середній результат становив (133,62±19,20) балів, що було одним із основних аргументів на користь проведення перкутанного втручання у таких пацієнтів. За даними ЕКГ, локалізація інфаркту міокарда (ІМ) відповідала передньо-перегородковій ділянці лівого шлуночка (ЛШ) 13,5 % (n=5), передньо-перегородково-верхівково-боковій у 48,6 % (n=18), задній у 29,8 % (n=11), задньо-діафрагмальній у 8,1 % (n=3) випадків. Первинний ІМ було діагностовано у 81,1 % (n=30) пацієнтів, повторний – у 18,9 % (n=7). Серед факторів ризику розвитку ІМ переважали куріння – 48,6 % (n=18), обтяжений спадковий анамнез – 51,4 % (n=19) та наявність професійних ксенобіотиків в анамнезі – 27 % (n=10). У 84,5 % (n=32) випадків була коморбідність з артеріальною гіпертензією, у 16,2 % (n=6) діагностовано супутній цукровий діабет.

Час з моменту госпіталізації до моменту здійснення перкутанного втручання, у хворих з елевацією ST, становив в середньому ≈ 2 год 15 хв, і, фактично, відповідав вимогам, що передбачені протоколом. У випадку, коли ГКС не супроводжувався стійкою елевацією ST, до 24 годин КАГ виконано у 71,4 % хворих, упродовж 48 год у 28,6 % (n=2). Найчастіше тотальну та субтотальну оклюзію (90–100 %) діагностували у проксимальному та дистальному відділах передньої міжшлуночкової гілки лівої та в середній третині правої коронарних артерій. При цьому, переважно зустрічалось багатосудинне ураження, зокрема: 1–2 судини – 24,3 % (n=9), 3–5 судин – 56,7 % (n=21), більше 6 коронарних артерій – 18,9 % (n=7) випадків.

Висновок. При співставленні використаних діагностичних підходів, в цілому, визначена за даними ЕКГ локалізація ІМ корелювала із змінами виявленими на КАГ. Проблемною виявилась ЕКГ-діагностика у хворих з повторним ІМ та при коморбідних станах. Останні, разом із ГКС, впливали на морфологію зубців і сегментів на ЕКГ, що спричиняло діагностичні труднощі на первинному етапі діагностики хворих з ангінозним синдромом.

**ВПЛИВ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ НА ПЕРЕБІГ
ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ.
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ**

**Ф. А. Звершхановський, К. О. Калайджан,
Т. А. Павлішевська, С. М. Бутвин**

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

*Комунальний заклад «Рівненська обласна клінічна лікарня»
Рівненської обласної ради*

У 2012 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я ухвалила Глобальний комплексний план дій у галузі психічного здоров'я (WHA 65.4). За даними ВООЗ, депресія посідає четверте місце серед усієї патології, а у 2020 р. вона займатиме друге місце в структурі головних причин інвалідності та смертності у світі, поступаючись лише ішемічній хворобі серця.

Під спостереженням знаходились 27 хворих на ХОЗЛ, серед них 20 чоловіків та 7 жінок. Наявність депресії в учасників дослідження визначали за шкалою депресії Бека. З'ясовано, що у 60,34 % пацієнтів визначається легка (субклінічна) депресія (10–15 балів), а у 15,2 % – помірна депресія (16–19 балів). Поширеність субклінічної депресії серед чоловіків становила 20,4 %, а помірної – 7,3 %. Аналогічні показники у жінок дорівнювали 22,5 і 16,3 %.

Рівень тривоги оцінювали за шкалою тривоги Бека. Відсоток пацієнтів з середнім рівнем тривоги становив 57 %, незначним рівнем тривоги – 14 %.

З'ясувалось, що у пацієнтів без ознак тривоги відсоток курців становить 35,3 %, в осіб із середнім рівнем тривоги – 37,5 %.

Була виявлена обізнаність пацієнтів стосовно цільових значень ФЗД. Про цільові показники ФЗД знали 66,1 % пацієнтів без тривоги, 58,6 % пацієнтів із незначним рівнем тривоги і 57,8 % з середнім рівнем тривоги.

Визначена тенденція між наявністю тривоги/депресії та обізнаністю пацієнтів стосовно цільових значень ФЖЕЛ та ОФВ1.

Переважна більшість пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, приймали комбіновані препарати – беродуал, сімбікорт, серетид.

Останніми роками в розробках препаратів для лікування тривоги і депресії світова психофармакологія зосередила увагу на мультимодальних препаратах, що мають множинні терапевтичні властивості. Тразодон — це приклад мультимодального антидепресанта, що впливає на всі ланки депресії в тому числі і при ХОЗЛ.

ДИНАМІКА ГЕОМЕТРІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І КОМОРБІДНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

***Л. І. Зелененька, М. В. Гребеник, В. Р. Микуляк,
С. Є. Шостак, Н. В. Довганич****

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

*ДУ «ННЦ Інститут кардіології імені М. Д. Стражеска»
НАМН України**

Есенціальна гіпертензія (ЕГ) – захворювання кардіоваскулярної системи, що зустрічається найчастіше в українській популяції, а у віці 55–64 років її поширеність сягає більше 70 % (І. М. Горбась, 2010 р.). Коморбідність ЕГ з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу – одна із найчастіших в клініці внутрішніх хвороб, яка збільшує ризик розвитку кардіоваскулярних ускладнень. Таке підвищення ризику зумовлено ураженням спільним для ЕГ та ЦД – серця, судин, мозку, нирок. Ураження серця найчастіше супроводжується розвитком гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) – незалежного фактору ризику виникнення серцево-судинних ускладнень, попередження розвитку та прогресування якого сприяє покращенню прогнозу у хворих з ЕГ.

Мета нашого дослідження – на підставі ретроспективного аналізу проаналізувати динамічні зміни різних типів геометрії лівого шлуночка у хворих на ЕГ та ЦД 2 типу за 15–20-річний період часу.

Дослідження охопило 54 пацієнта на ЕГ I-II ст. Хворим було проведено загальноклінічне обстеження, в т.ч. ехокардіографію (АСЕ,

2005). Повторне дослідження проводили через 15–20 років. Розподіл хворих відбувся наступним чином: першу групу (І гр.) (n=39) склали пацієнти, в яких ЕГ залишилася єдиним нозологічним захворюванням на момент повторного обстеження, а другу (ІІ гр.) – кількістю 15 осіб, в котрих за цей період часу розвинувся ЦД 2 типу як коморбідний стан. Під час первинного обстеження групи були співставні за віком, статтю, показниками гемодинаміки (систоличного та діастолічного артеріального тиску, пульсу). Нами був проведений аналіз структурних показників ехокардіографії. При первинному обстеженні кількість хворих з нормальною геометрією лівого шлуночка в обох групах була практично однаковою: в І гр. – 33 %, в ІІ гр. – 39 %. Типи геометрії лівого шлуночка при базисному обстеженні наведені в таблиці.

Типи геометрії лівого шлуночка	І гр. (n=39)	ІІ гр. (n=15)
Нормальна геометрія ЛШ (НГЛШ)	33 %	39 %
Концентричне ремоделювання ЛШ (КРЛШ)	20 %	40 %
Концентрична гіпертрофія лівого шлуночка (КГЛШ)	9 %	–
Ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка (ЕГЛШ)	38 %	21 %

Повторне обстеження продемонструвало наступні зміни: в І гр. кількість хворих з НГЛШ склала 13 % осіб, з КРЛШ – 6 %, з КГЛШ – 43 %, з ЕГЛШ – 38 %. В ІІ гр. пацієнтів нами виявлені тільки два типи ГЛШ: КГЛШ – у 58 %, ЕГЛШ – у 42 % осіб. Крім того, проаналізовано комплаєнс антигіпертензивного лікування (лікування регулярне та ефективне), що вказує на низький рівень у пацієнтів ІІ гр. – 18 % проти 29 % у І гр. осіб.

Таким чином, наявність коморбідного ЦД 2 типу на тлі тривалого перебігу ЕГ при недотриманні регулярного та ефективного антигіпертензивного та нормоглікемічного ефекту сприяє розвитку ГЛШ з трансформацією в найбільш прогностично несприятливі типи щодо розвитку фатальних та нефатальних серцево-судинних ускладнень.

**РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ
ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ БІЛІАРНОЇ
СИСТЕМИ ІЗ ЗОН РАДІОАКТИВНОГО ЗАБРУДНЕННЯ
ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС У САНАТОРІЯХ-
ПРОФІЛАКТОРІЯХ**

Д. В. Козак, О. М. Лавріненко, В. Б. Коваль,

І. М. Салайда, А. В. Руцька

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

Резюме. Позитивна динаміка клінічного перебігу та інструментально-лабораторних тестів у процесі медичної реабілітації, з використанням мінеральної води «Медоборівська» та місцевого торфо-болота, у дітей та підлітків хворих на хронічний некалькульозний холецистит та функціональними розладами біліарної системи, з радіоактивно-забруднених, внаслідок аварії на ЧАЕС територій, вказує на ефективність медичної реабілітації зазначеного контингенту хворих в умовах санаторію «Медобори». Санаторно-курортна реабілітація є важливим етапом у комплексі лікувально-профілактичних заходів стосовно пацієнтів із хронічними запальними захворюваннями та функціональними розладами біліарної системи.

Ключові слова: радіоактивне забруднення, холецистит, дискінезія, жовчні шляхи, функціональні розлади.

Вступ. Питання реабілітації пацієнтів, що проживають на територіях, які зазнали радіоактивного забруднення, після аварії на ЧАЕС, приділяється, на жаль, недостатня увага.

Мета дослідження. Мета даної роботи – вивчення ефективності реабілітації дітей та підлітків хворих на хронічний некам'яний холецистит та функціональними розладами біліарної системи із зон радіоактивного забруднення, після аварії на ЧАЕС в умовах санаторію «Медобори», з використанням у лікувальному комплексі місцевих природних факторів (мінеральна вода «Медоборівська», торфо-болото).

Матеріал і методи дослідження. Нами вивчалась ефективність комплексної реабілітації 53 дітей та підлітків із захворюваннями

(хронічний некам'яний холецистит) та функціональними розладами (дискінезії жовчних шляхів) біліарної системи з територій радіоактивного забруднення, після аварії на ЧАЕС, головним чином, із Рівненської, Київської та Житомирської областей. У комплекс санаторно-курортного лікування входили: базова терапія середньомінералізованою (5 гр/дм^3) хлоридно-натрієво-кальцієво-йодо-бромною, з вмістом мікроелементів Fe, Li, Ag, мінеральною водою «Медоборівська»; дієтичне харчування; морські ванни; озокерито- та пелоїдотерапія (торфо-гальвано-болото); гідропатія (душ циркулярний, підводний душ-масаж); ЛФК та психотерапія. Для оцінки ефективності проведеної реабілітації, окрім фізикальних методів, використовувалися УЗД, лабораторні (біохімічні), тести – динаміка рівня сіалових кислот, С-реактивного білка (СРБ), холатів, холестерину.

Результати й обговорення. Спостерігалася позитивна динаміка клінічних проявів: у 91,2% пацієнтів суттєво зменшилися, за частотою та інтенсивністю, больові та неприємні відчуття у правому підребер'ї (зоні проекції жовчного міхура), в 93,6% у гастро-дуоденальній ділянці, гіркота в роті – у 88,1%, печія, метеоризм – відповідно у 87,8 та 77,9%. Про поліпшення стану здоров'я досліджуваних свідчать і дані пара клінічних методів обстеження. Під час повторного, наприкінці реабілітаційного курсу, УЗД у 83,4% випадків було відзначено лізис потовщення стінок й зменшення розмірів жовчного міхура, підвищення ехогенності його порожнини, зменшення гіпертонусу сфінктера Одді та застою жовчі в екстра- та інтра-печінкових відділах біліарної системи. Повторні дослідження міхурової жовчі виявило тенденції зниження рівня сіалових кислот з ($125,08 \pm 11,28$) до ($85,52 \pm 9,07$), (СРБ) – з ($1,37 \pm 0,15$) до ($0,69 \pm 0,57$) мЛМ ($p < 0,01$), зниження рівня холестерину з ($1,20 \pm 0,46$) до ($1,04 \pm 0,32$) мЛМ ($p < 0,05$), що зумовило зростання холатно-холестеринового індексу з 4,98 до 7,25. Останнє свідчить про суттєве зменшення активності запального процесу, поліпшення синтезу холестерину в печінці та колоїдного стану жовчі і є об'єктивним доказом ефективності використання в санаторно-курортній комплексній реабілітації дітей та підлітків.

Висновки: Позитивна динаміка клінічного перебігу та інструментально-лабораторних тестів у процесі медичної реабілітації, з використанням мінеральної води «Медоборівська» та місцево-

го торфо-болота, у дітей та підлітків хворих на хронічний некалькульозний холецистит та функціональними розладами біліарної системи, з радіоактивно забруднених внаслідок аварії на ЧАЕС територій, вказує на ефективність медичної реабілітації зазначеного контингенту хворих в умовах санаторію «Медобори».

Література:

1. Корнеєв Б. І. Реабілітація хворих на хронічний калькульозний холецистит із використанням мінеральної води Збручанського родовища // Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих. – Чернівці, 1996. С. 175–177.
2. Чумак Я. П., Бован Э. В., Луценко Р. В. Реабилитация ликвидаторов аварии на ЧАЭС в условиях курорта «Миргород» // Физические лечебные факторы в медицинской реабилитации. – Миргород – Одеса, 1996. С. 204–205.

ЗНАЧЕННЯ ТЕСТУ 6-ХВИЛИННОЇ ХОДЬБИ В СТРАТИФІКАЦІЇ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

М. П. Копиця, О. І. Литвин, О. М. Аболмасов

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої
НАМНУ», м. Харків*

Вступ. Тест 6-хвилинної ходьби (Т6ХХ) може бути використаний як предиктор захворюваності та смертності у пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ). За даними літератури при результатах тесту ≤ 300 м великі негативні коронарні події (МАСЕ) – смерть від усіх причин, повторний ІМ, гостра серцева недостатність – у пацієнтів після перенесеного ІМ виникають в 2 рази частіше.

Мета дослідження: встановлення зв'язку між результатами Т6ХХ і виникненням МАСЕ у хворих, які перенесли ІМ.

Матеріали та методи. За 2015 рік на лікуванні у відділенні реанімації та інтенсивної терапії на базі відділу гострого ІМ Інституту знаходилися 151 хворий з гострим ІМ, віком від 30 до 85 років, середній вік хворих склав $61 \pm 0,89$ років, 109 чоловіків (71 %) та

44 жінки (29 %). Хворих на гострий ІМ з зубцем Q було 126 (83,4 %), з гострим ІМ без зубця Q – 25 (6,6 %). У 4 % хворих спостерігалася фібриляція шлуночків з подальшою вдалою реанімацією. 41,7 % хворим було проведено стентування інфаркт залежної коронарної артерії, 38,2 % – тромболітичну терапію.

Т6ХХ був проведений 63 пацієнтам на 4-6 тижні після перенесеного гострого ІМ.

Результати. 4 пацієнта під час Т6ХХ пройшли 426–549 м, 15 пацієнтів – 301–425 м, 31 пацієнта – 151–300 м, 6 пацієнтів – ≤ 150 м. Надалі пацієнти перебували під наглядом 6 місяців. Протягом 6 місяців померло 8 пацієнтів, що мали результати проби ≤ 300 м, 6-місячна смертність цій категорії хворих – 12,7 % при загальній смертності.

Висновки. Результати Т6ХХ ≤ 300 м дозволяють стратифікувати пацієнта, який переніс ІМ, до групи високого ризику раптової серцевої смерті.

Перспективи подальших досліджень: вивчення впливу дозованого фізичного навантаження на стан післяінфарктних пацієнтів та ризик виникнення в них MACE.

«ЗА І ПРОТИ» СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Л. Р. Коробко, Р. О. Сабадишин, І. Г. Бобяк, П. М. Невгадовська

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

КЗ «Рівненська обласна клінічна лікарня»

За роки незалежності України система охорони здоров'я залишалась однією з небагатьох nereформованих сфер життя українців. Разом з тим, сьгоднішня система відрізняється від медичного устрою минулих часів.

Реформа медицини в Україні стала необхідною. Відсутність радикальних змін в охороні здоров'я в умовах наявних соціально-економічних реформ може привести до наслідків, які негативно вплинуть на стан здоров'я більшості громадян і суспільства в цілому.

На сьогоднішній день, в ході проведення оптимізації системи надання медичної допомоги в Україні пріоритетним напрямком визначено розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини. Нами проведено аналіз позитивних та негативних тенденцій в сімейній медицині.

Як відомо, медична допомога в Україні надається переважно на вторинному рівні, тоді як у розвинутих європейських країнах на первинному рівні надається допомога у близько 70 % випадків. В багатьох країнах частка лікарів загальної практики становить 40–55 % (США, Канада, Франція). Вони забезпечують лікування майже 90 % пацієнтів і лише близько 10 % звертаються до «вузьких» спеціалістів. Статистичний аналіз показує, що в Україні зберігається оптимальний середньоєвропейський рівень забезпечення лікарями-практиками – 27 на 10 тис. населення. Але, за даними МОЗ України, у первинній ланці охорони здоров'я працює лише 27 %. На вузьких спеціалістів припадає до 60 % звертань за медичною допомогою.

Організація надання ПМСД на засадах сімейної медицини передбачена основними напрямками реформування системи охорони здоров'я України в умовах розвитку ринкових відносин. Згідно з розробленою МОЗ Державною програмою «Сімейна медицина» передбачено поетапне реформування ПМСД з випробуванням в окремих регіонах і містах різних моделей та схем її організації. Сімейну медицину як спеціальність відрізняє ряд надзвичайно важливих позитивних моментів. Головні із них: довготривалість і безперервність спостереження; відношення до сім'ї як до одиниці медичного обслуговування; превентивність як основа діяльності сімейного лікаря; економічна ефективність і доцільність допомоги; координація медичної допомоги; відповідальність пацієнта, членів його сім'ї і суспільства за збереження і покращення його здоров'я; профілактична спрямованість.

Але чи є доцільною широкомасштабна заміна вузьких спеціалістів сімейними лікарями? В доступній нам літературі в Україні ми не знайшли даних про тактику лікаря загальної практики-сімейного лікаря при зверненні пацієнтів хірургічного профілю. На нашу думку, багатопрофільність первинно-медичної допомоги є одним із суттєвих її недоліків. Сімейний лікар – особа, що має вищу медичну освіту та відповідну кваліфікацію, повинен володіти певними при-

йомами і навичками, найпростішими маніпуляціями для надання первинної допомоги в галузі терапії, педіатрії, гінекології, неврології, інфекційних захворювань, тощо. (До речі, хірургія містить гнійну хірургію, офтальмологію, ЛОР – хвороби та інші). У той же час сімейним лікарям за період навчання фізично навряд чи вдасться навіть спробувати здійснити значну частину простих для спеціаліста маніпуляцій з різних галузей медицини (розкриття абсцесу, видалення стороннього тіла з ока, прийняття пологів, проведення інструментальних діагностично – лікувальних хірургічних маніпуляцій і таке інше). Адже вони навчаються 6 років згідно тієї ж програми, що і решта медиків. Хочеться задати питання: «Чи можливо опанувати всі ці практичні навички за період інтернатури?» На нашу думку, ні.

Сімейні лікарі зазначають, що вони не мають достатньої кваліфікації для надання широкого спектру допомоги, оскільки короткострокові курси допомагають оновити теоретичну базу, але не надають достатніх практичних навичок. Постає питання підготовки фахівця, який за рівнем знань зміг би в повному обсязі надати медичну допомогу населенню різного віку не тільки при хворобах, які називають внутрішніми, але і при гострих неврологічних, хірургічних, ЛОР та ін.

Не знаходимо ми і економічного виправдання цим новаціям, оскільки, зокрема для кожного лікаря, буде потрібна величезна кількість різноманітного медичного обладнання. Дотепер усіма цими питаннями займалися вузькопрофільні спеціалісти поліклінік та жіночих консультацій. Незабаром багато з них можуть опинитися перед вибором – йти з медицини взагалі чи перекваліфікуватися на лікаря загальної практики. Бо стаціонари теж будуть скорочувати і місця для всіх там не знайдуть. А як гінекологу чи хірургу з 20-річним стажем за 4–6 місяців стати педіатром? Це мало хто собі уявляє. Та й сімейного лікаря, який навчиться кваліфіковано оглядати жінку в гінекологічному кріслі чи правильно накладати шви за такий короткий період, теж. Радше хірурги залишатимуться хірургами, гінекологи – гінекологами, а терапевтичних хворих прийматимуть теперішні сімейні лікарі. Принаймні на початкових етапах.

Висновки: 1. Доцільність сімейної медицини ми бачимо лише в забезпеченні взаємодії сімейних лікарів з іншими вузькими спеціалістами, службами та закладами, включаючи поліклініки, ста-

ціонари, диспансери, консультативно-діагностичні центри тощо. 2.Сімейний лікар є ключовою постаттю в збереженні здоров'я сім'ї лише в загальноотерапевтичному аспекті.

ОЦІНКА СТАНУ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА КОРЕКЦІЯ ЇЇ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З НОРМО-ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

О. І. Коцюба, М. В. Гребеник

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

Актуальність артеріальної гіпертензії (АГ) обумовлена її поширеністю та необхідністю попередження ускладнень, одним із яких є прогресування хронічної серцевої недостатності (СН), особливо в умовах коморбідності патологічних станів, зокрема при гіперурикемії. Протягом останніх років значну увагу привертають до порушень пуринового обміну у пацієнтів з АГ, проте таких досліджень у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з діастолічною СН є недостатньо.

Нами було обстежено 86 хворих на ГХ II стадії із 2–3 ступенями АГ та хронічною СН I-II A стадії. Серед них було 48 чоловіків (55,8 %) та 38 жінок (44,2 %). Усі хворі були поділені на 2 групи: до основної групи увійшли 52 пацієнти (60,5 %) на ГХ із супутньою гіперурикемією (ГУЕ), а у групу порівняння – 34 хворих (39,5 %) із нормоурикемією ($СК \leq 360$ мкмоль/л). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб такого ж віку та статі. Усім пацієнтам було проведено загальноклінічні та лабораторно-інструментальні обстеження. Рівень сечової кислоти визначали імуноферментним методом. Оцінка стану діастолічної функції лівого шлуночка проводилась за допомогою ЕхоКС (Е, А, Е/А, Е/Е', IVRT, Tdec). Всім хворим призначалась комбінована антигіпертензивна терапія з ІАПФ лізиноприлом або АРА II вальсартаном.

Діастолічну дисфункцію ЛШ (ДДЛШ) було виявлено у 44 хворих основної групи (84,6 %) та у 16 хворих (47,1 %) із групи порівняння.

При цьому, у основній групі переважали пацієнти із псевдонормальним типом ДДЛШ (57,3 %), а в групі порівняння – з релаксаційним (74,2 %), тобто ГУЕ частіше поєднувалась із псевдо нормальним типом ДДЛШ. Встановлено пряму кореляцію між Е/Е' та рівнем СК у пацієнтів обох груп ($r_{\text{осн}}=0,43$, $p<0,05$; $r_{\text{пор}}=0,39$, $p<0,05$). Після проведеної 6-тимісячної терапії у основній групі було діагностовано покращення показників ДДЛШ у 68 % обстежених пацієнтів, зокрема, Е/Е' знизився був нижчим на 9,9 % ($p<0,05$) у пацієнтів, яким було призначено вальсартан, і на 8,2 % ($p<0,05$) у хворих, які приймали лізиноприл. У групі порівняння Е/Е' знизився на 8,9 % ($p<0,05$) у пацієнтів, які приймали вальсартан, та на 7,1 % ($p<0,05$) у пацієнтів, яким було призначено лізиноприл.

Рівень СК у групі порівняння, тобто у хворих із нормоурикемією, після лікування як лізиноприлом, так і вальсартаном знизився незначимо, відповідно на 3,9 % ($p>0,05$) і на 5,1 % ($p>0,05$) від вихідних показників. У основній групі через 6 місяців після лікування лізиноприлом рівень СК знизився з $(376,5\pm 5,9)$ мкмоль/л до $(361,4\pm 4,6)$ мкмоль/л, тобто на 3,5 % ($p>0,05$), після лікування вальсартаном виявлено значиме зниження СК з $(379,4\pm 5,3)$ мкмоль/л до $(352,5\pm 4,8)$ мкмоль/л, тобто на 7,1 % ($p<0,05$).

Висновки. 1. Встановлено, що ДДЛШ частіше поєднується із ГУЕ у хворих на ГХ, і виявлена пряма кореляція рівня СК з порушеннями діастолічної функції у цих пацієнтів. 2. У пацієнтів з ГУЕ, які приймали вальсартан, відзначалась краща динаміка зниження рівня СК порівняно з хворими, які приймали лізиноприл.

УДК 616.37-002.2-06

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ. КОМОРБІДНІ СТАНИ

Т. Б. Лазарчук, О. І. Криськів

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

Аналіз підсумків роботи гастроентерологічного відділення ТМКЛ №2 у 2015 році засвідчив домінування у структурі хвороб органів травлення хронічного панкреатиту (ХП) – 42,8 % ($n=497$).

Показник дещо зменшився порівняно із 2014 роком (45,1 %), проте залишається доволі високим, що стало підставою детального аналізу ситуації. За критеріями Кембріджської класифікації ХП (1999) легкий ХП діагностовано у 19,7 %, помірний ХП – у 13,9 %, тяжкий ХП – 7,5 %. У 58,9 % осіб діагностовано сумнівний ХП. Оцінка факторів ризику за класифікацією M-ANNHEIM (2007) у 293-х хворих категорії сумнівного ХП виявило діагностично значиме вживання алкоголю (за CAGE>2 балів) у 53,4 % (n=117); тютюнокуріння (пачко-роки > 10) – у 44,3 %, комбінацію вживання алкоголю та тютюнокуріння – 37,2 % (n=109); холецистокалькульоз різного ступеня вираженості (враховані хворі після холецистектомії) – у 31,1 %; метаболічні порушення (враховані ожиріння з/без метаболічного синдрому, цукровий діабет тощо) – у 28,7 %. Анамнестичних даних щодо спадкових захворювань підшлункової залози (ПЗ) не виявлено у жодному випадку. При цьому епізоди гострого панкреатиту задокументовано у 25,3 % (n=74), постхолецистектомічний синдром – у 22,2 % (n=65), що дозволяє з відомим ступенем достовірності говорити про ранню діагностику ХП і планувати превентивні заходи. Серед супутніх захворювань у решти 154 хворих із сумнівним ХП зареєстровано кишкову диспепсію (у т.ч. на ґрунті дивертикульозу товстої кишки, доліхосигми, злукової хвороби очеревини, геморою тощо) у 35,3 % хворих; гіпертонічну хворобу, ішемічну хворобу серця з/без серцевої недостатності у 33,3 %; хронічне обструктивне захворювання легень – у 12,5 %; запально-дегенеративні захворювання опорно-рухового апарату – у 18,9 %. З приводу хронічних захворювань інших органів та систем пацієнти отримували тривалу терапію, що дає підстави припустити вплив медикаментів на стан травної системи. При цьому за об'єктивно/суб'єктивних обставин у жодному випадку не проведено комп'ютерну томографію органів черевної порожнини та не визначено, методами передбаченими наказом МОЗ України 10.09.2014 № 638, стан ексреторної функції ПЗ, що, за нашою думкою, вплинуло на якість діагностичного процесу, а отже і планування лікувальної програми.

Таким чином, зважаючи на анатомо-фізіологічні особливості ПЗ та низьку доступність методів дослідження його структури та функцій верифікація хронічного запалення ПЗ на ранніх стадіях є доволі

складним завданням, особливо в умовах комор бідності, а з іншого боку – недотримання алгоритму постановки діагнозу ХП сприяє невиправданій гіпердіагностиці та поліпрагмазії.

ДІАГНОСТУВАННЯ СИНУСИТІВ У ДІТЕЙ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

С. А. Левицька

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Характерною рисою розвитку гнійного синуїту (ГС) у дітей є їх зв'язок з перенесеним напередодні ГРВІ. Тому при первинному огляді дитини буває важко визначити діагноз: ГРВІ, ГС чи алергічний риніт, оскільки клінічні симптоми можуть бути дуже подібними.

Першою ланкою надання медичної допомоги дитині із підозрою на ГС є лікар загальної практики, який за основу діагностики використовує здебільшого суб'єктивні клінічні ознаки ГС: скарги на утруднення носового дихання, гнійний нежить, головний біль, підвищення температури тіла.

Діагностична значимість клінічних показників ГС була оцінена при дослідженні 288 дітей, які поступили на стаціонарне лікування з приводу ГС. Умовами включення в дослідження було рентгенологічне затемнення верхньощелепних пазух та проведення їх пункцій. За «золотий стандарт» діагностики ми обрали пункцію верхньощелепної пазухи, за результатами якої підтверджували чи спростовували діагноз ГС. Гнійний ексудат при проведенні пункції синусів був отриманий у 174 дітей (перша група), у 114 дітей (друга група) гною в верхньощелепних синусах не було. Ступінь прояву клінічних показників оцінювалася за розробленими шкалами із обраним дихотомічним розподілом ознаки.

Скарги на утруднення носового дихання виявились характерними для більшості пацієнтів першої (153) і другої (93) груп ($\chi^2=0,321$; $\nu=1$; $p=0,571$). Тест виявився високочутливим (87,9 %), але низькоспецифічним (18,4 %).

На головний біль при поступленні скаржились 174 дітей (60,4 %). Чутливість та специфічність тесту склали 62,1 % та 42,1 % відповідно.

Для переважної більшості дітей характерними були скарги на слизисто-гнійні чи гнійні виділення з носових ходів (171 дітей першої і 93 дітей другої груп; $\chi^2=6,336$; $v=1$; $p=0,012$). Тест виявився надзвичайно чутливим (98,3 %), проте низько специфічним (20,0 %).

Підвищення температури тіла виявлено у 114 дітей першої та 48 дітей другої груп ($\chi^2=4,206$; $v=1$; $p=0,040$). Чутливість даного тесту (65,5 %) була меншою за чутливість попередніх тестів, проте тест виявився більш специфічним (57,9 %).

При паралельному застосуванні трьох діагностичних тестів загальна чутливість складала 98,9 %. Проте специфічність тестів виявилася низькою (17,5 %). Прогностична цінність позитивного результату тестів складала 64,7 %. Це свідчить про те, що приблизно у 35 % дітей із утрудненим носовим диханням, гнійними виділеннями із носу та скаргами на головний біль буде помилково виставлений діагноз ГС.

Таким чином, на етапі надання первинної медичної допомоги дитині із підозрою на ГС ймовірність гіпердіагностики складає 35 %. Використання лише суб'єктивних клінічних показників в діагностиці ГС дає високу частоту хибно позитивних результатів.

ХРОНІЧНИЙ СИНУСИТ У ДІТЕЙ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ПОКАЗНИКИ МІКРОСОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ЯК ЧИННИКИ РИЗИКУ

С. А. Левицька

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

В етіологічному розумінні хронічний синусит (ХС) є бактеріальним запаленням, проте, самий факт потрапляння інфекції в синуси не є достатньою умовою для розвитку хронічного запалення. Реалізація ХС залежить від наявності факторів ризику, при цьому спосте-

реженням за дитиною і діагностикою синуситів займаються лікарі загальної практики, а не оториноларингологи. Тому важливою ланкою в профілактиці розвитку ХС є визначення потенційних чинників ризику, одними з котрих можуть бути показники мікросоціального статусу: пасивне тютюнопаління, матеріальний статок родини; освіту батьків; початок відвідування дитячих установ.

Дослідження по типу «випадок-контроль» провели із 132 дітьми із ХС. Контрольну групу склали 75 дітей без запальної патології біляносових синусів.

Одним з факторів ризику розвитку ХС є пасивне паління, оскільки тютюновий дим пригнічує роботу в'їчастого епітелію та погіршує його захисну та дренажну функції. Пасивне тютюнопаління спостерігалось у 51,5 % дітей основної та 46,7 % дітей контрольної груп ($\chi^2=0,277$; $v=1$; $p=0,60$).

Одним з можливих соціальних факторів ризику виникнення ХС може бути матеріальний статок родини, оскільки від нього залежить можливість вибору медикаментів без огляду на їх вартість, проведення своєчасного оздоровлення та санаторно-курортного лікування, достатня вітамінізація раціону дитини, відповідні побутові умови. Незадовільний показник соціального благополуччя виявився притаманним 14,4 % дітей основної та 12 % дітей контрольної груп.

При вивченні рівня освіти батьків дітей обох груп було встановлено, що вищу освіту мають 51,5 % батьків дітей основної та 48,0 % батьків дітей контрольної груп ($\chi^2=0,117$; $v=1$; $p=0,73$).

Колонізація верхніх дихальних шляхів основними респіраторними патогенами у дитини відбувається в залежності від частоти контактів слизової оболонки з мікроорганізмами, тому певне значення може мати вік, коли дитина почала відвідувати дитячі установи. Ранній початок відвідування ДДУ виявився характерним для 63,6 % дітей основної групи на відміну від 36,0 % дітей контрольної ($\chi^2=13,598$; $v=1$; $p=0,00$).

Таким чином, при вивченні показників мікросоціального статусу як потенційних факторів ризику розвитку ХС у дітей встановлено, що ні матеріальне благополуччя, ні зайнятість батьків, ні їх освіта не впливають на ймовірність виникнення у дитини ХС. Останній од-

наково часто виникає як у матеріально забезпечених, так і у бідних родинах. Пасивне тютюнопаління не впливало на розвиток ХС, в той час як ранній початок відвідування організованих дитячих колективів втричі збільшував ризик розвитку ХС у дитини.

Врахування чинників ризику розвитку хронічного запального процесу в біляносових синусах дозволить покращити якість первинної і вторинної профілактики.

УДК 616.8-009+616.42-002.2

УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЯК КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЛІМФОЛЕЙКОЗАХ

Н. В. Литвиненко, О. О. Піддубна

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава*

Неврологічні порушення при онкогематологічних захворюваннях відносять до числа вторинних уражень нервової системи. Вони об'єднують різні за механізмами розвитку та локалізацією патологічні стани нервової системи, які пов'язані з пухлинними захворюваннями системи крові. Приєднання неврологічної симптоматики до основних симптомів захворювання значно погіршує тяжкість стану хворих і впливає на результат лікування, та у ряді випадків, на тривалість життя пацієнта. Таким чином, своєчасна діагностика неврологічних проявів онкогематологічної патології та раціонально обрана лікувальна тактика дозволяють запобігти рецидивам захворювання, зберегти життя хворих і поліпшити його якість.

Мета. Проведення комплексного аналізу уражень нервової системи, як коморбідної патології у хворих на хронічний лімфолейкоз.

Матеріали і методи. Проведене комплексне загальноклінічне та неврологічне обстеження 44 пацієнтів із хронічним лімфолейкозом. Для вивчення впливу віку хворих на загальний прогноз виживання пацієнти були поділені на 3 групи: віком 41–60 років (1 група, n=6), 61–69 років (2 група, n=23) та ≥ 70 років (3 група, n=15). Ступінь коморбідності у хворих з кожної групи оцінювали за допомогою системи CIRS (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics). Правильне

користування системою CIRS передбачало окрему сумарну оцінку стану кожної з систем органів: «1» – легке відхилення від норми, «2» – патологія, яка потребує призначення медикаментозної терапії, «3» – захворювання, яке стало причиною інвалідності, а «4» – важка органна недостатність, що вимагає негайного лікування.

Результати дослідження. У значній кількості пацієнтів усіх вікових груп спостерігалось ураження периферичної нервової системи (у першій групі – у 49,8 % пацієнтів, у другій групі – у 17,3 %, у третій групі – у 6,6 % хворих), що проявлялось у вигляді радикулопатичного (33,2 %-у першій, 13 % – у другій, 6,6 % у третій групах) та полінейропатичного синдрому (16,6 %, 4,3 % у першій та другій групах відповідно). В третій групі хворих переважали синдроми ураження ЦНС у вигляді енцефалопатичного (20,5 %), мієлопатичного (25 %) та поєднання обох синдромів (22,7 %).

Висновки. Ураження нервової системи як коморбідна патологія при хронічних лейкозах мала місце у всіх вікових групах хворих. Ураження периферичної нервової системи переважало у пацієнтів більш молодого віку на відміну від пацієнтів другої та третьої вікових груп, в яких переважало ураження центральної нервової системи у вигляді енцефалопатичного та мієлопатичного синдромів.

УДК 616.71-091.8-02:616.33/.34-002.44-06:616.37-002

ЕТІОЛОГІЧНИЙ ФАКТОР ТА СТАТЬ ЯК ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ

Г. В. Лихацька, Т. В. Бойко, В. О. Лихацька

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

Вступ. У хворих на поєднану патологію органів травлення часто розвиваються остеодєфіцитні стани, особливо у людей зрілого та похилого віку, у тому числі жінок постменопаузального періоду.

Механізми формування остеодefіциту та роль чинників ризику не достатньо вивчені.

Мета роботи – вивчити етіологічний фактор та стать, як предиктори розвитку структурно-функціональних змін кісткової тканини у хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД) у поєднанні з хронічним панкреатитом (ХП) на тлі хронічних гепатитів (ХГ).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 62 хворих на ХГД і ХП на тлі ХГ. Вік пацієнтів коливався від 20 до 73 років (середній вік $43,81 \pm 1,81$). Серед обстежених було 13 хворих (21,0 %) молодого віку, 20 осіб (32,3 %) – середнього, 18 хворих (29,0 %) – зрілого та 11 пацієнтів (17,7 %) – похилого віку. Поміж пацієнтів було 29 чоловіків (46,8 %) і 33 жінки (53,2 %), причому 50,0 % осіб жіночої статі знаходились у доменопаузальному періоді та 50,0 % жінок – у постменопаузальному. Хворі були розділені, згідно з рекомендаціями ВООЗ, на три групи: I групу склали 7 (11,3 %) пацієнтів з нормальною МЩКТ, II – 35 (56,5 %) – з остеопенією і III – 20 (32,2 %) осіб з остеопорозом (ОП). У кожній групі проводили детальну оцінку основних денситометричних показників та аналізували їх для встановлення чинників ризику розвитку остеодefіцитних станів за наявності ХГД у поєднанні з ХП на тлі ХГ. Для встановлення діагнозу використовували широкий спектр клінічних і лабораторно-інструментальних обстежень (загальний та біохімічний аналізи крові, сечі, копрограма, імуноферментний аналіз крові на виявлення антитіл до Hр, у частини хворих ПЛР на виявлення Hр і вірусів гепатитів В, С, езофагогастродуоденофіброскопія з гістологічним та цитологічним дослідженням, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини; денситометричне обстеження поперекового відділу хребта та проксимального відділу правої стегнової кістки, яке проводили на апараті Lunar).

Результати й обговорення. Дослідження показали, що не прослідковуються суттєві розбіжності мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) обстежених чоловіків та фертильних жінок ($p > 0,05$), тоді як виявлено достовірно нижчі показники мінералізації кісткової тканини (КТ) у жінок, які перебували в постменопаузальному періоді ($p < 0,001$), що може пояснюватися віковою перебудовою жіночого організму, оскільки зниження кількості естрогенів, що су-

проводжує постменопаузальний період, сприяє активації катаболізму в КТ. Порівняльний аналіз денситометричних показників хворих на ХГД і ХП на тлі ХГ залежно від етіологічного фактора ураження печінки показав, що при вірусній етіології ХГ спостерігаються нижчі показники МЩКТ поперекового відділу хребта та правої стегнової кістки, ніж у пацієнтів з неспецифічним реактивним гепатитом ($p < 0,01$). При порівняльному аналізі мінералізації кісток у хворих з дією різних видів вірусів (В чи С) значущих розбіжностей не виявлено ($p > 0,05$).

Висновки:

1. Глибина змін мінеральної щільності кісткової тканини за умов хронічного гастродуоденіту в поєднанні з хронічним панкреатитом на тлі хронічних гепатитів залежить від статі, наявності менопаузи у жінок.

2. При вірусній етіології хронічних гепатитів спостерігаються нижчі показники мінеральної щільності кісткової тканини ніж у пацієнтів з неспецифічним реактивним гепатитом.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні інших чинників ризику розвитку структурно-функціональних змін кісткової тканини у хворих на хронічний гастродуоденіт і хронічний панкреатит на тлі хронічних гепатитів.

ВПЛИВ АПЛІКАЦІЙ ЗА МЕТОДОМ ЛЯПКА НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

І. І. Медвідь, Л. С. Бабінець, І. О. Боровик

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

Актуальність. Психосоматичні стани, що зустрічаються в гастроентерологічній клініці, є актуальною проблемою сьогодення. У даному дослідженні розглядалась ефективність застосування аплікаторів Ляпко (АЛ) у пацієнтів із коморбідністю хронічного панкреатиту (ХП) і гіпертонічної хвороби (ГХ).

Мета. Провести оцінку включення курсу АЛ у лікування хворих на ГХ і ХП на основі клінічного стану пацієнтів, даних опитувальників Спілбергера-Ханіна, Айзенка.

Матеріали та методи. Обстежено 22 пацієнти із хронічним панкреатитом у фазі нестійкої ремісії, 20 – із супутньою гіпертонічною хворобою та 15 практично здорових осіб. Половина хворих на коморбідність ХП і ГХ отримували виключно загальноприйнятий комплекс лікування (ЗКЛ), інша половина додатково проходила курс АЛ.

Результати. При прогресуванні ХП (переході від індексу тяжкості А до індексу тяжкості В за M-ANNHEIM) показники психоемоційного стану зросли в середньому на 22,8 %. Найзначніші порушення були присутні при коморбідності ХП і ГХ: висока реактивна (53,1±1,5), особистісна тривожність (54,5±1,6), вкрай виражений нейротизм (18,2±0,3). Поєднання ЗКЛ із АЛ більш ефективно вплинуло на клінічні (в середньому покращились на 32,0 %) та психоемоційні показники (середньостатистичне зменшення особистісної тривожності на 23,8 бали, реактивної – на 22,3 бали, нейротизму – на 9,3 бали).

Висновки. Встановлено достовірно вищу позитивну динаміку клінічної картини, показників психо-емоційного стану при комбінації ЗКЛ і АЛ ($p < 0,05$). Були констатовані терапевтичні та економічні перспективи використання АЛ у комплексному лікуванні хворих на поєднання ХП із ГХ в амбулаторній практиці.

Перспектива подальших досліджень. Полягає у визначенні впливу курсів АЛ на довгострокову реабілітацію пацієнтів.

ЗМІНА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДОГРАМИ ТА ТЕСТУ «ФІБРОМАКС» У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ В ПОРІВНЯННІ З ХВОРИМИ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

О. К. Мелеховець, Д. О. Жалдак
Сумський державний університет

Актуальність. Сьогодні, майже у 80 % випадків лікарі у своїй практиці зіштовхуються з проблемою коморбідних станів. Вплив

коморбідності на клінічний перебіг основного соматичного захворювання, ефективність медикаментозного лікування та прогноз – головні питання, які стоять перед спеціалістом. Так, патогенетичні процеси перебігу гіпотиреозу запускають каскад реакцій, які призводять до змін з боку структури та функції печінки, а також спричиняють розвиток дисліпідемії, яка є фактором ризику розвитку серцево – судинних захворювань (ССЗ). Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) в даний час визнана у всьому світі розповсюдженим хронічним захворюванням печінки, яка також себе позиціонує як незалежний чинник виникнення ССЗ.

Мета дослідження – оцінити змінення результатів тесту «Фібро-Макс» та ліпідограми у хворих на гіпотиреоз в порівнянні з хворими на НАЖХП.

Матеріали та контингент досліджуваних. В дослідження було включено 54 хворих, які були поділені на 2 групи. До першої групи увійшли 30 пацієнтів з клінічним гіпотиреозом, а до другої – 20 пацієнтів з НАЖХП. Стаж захворювання встановити було складно. На момент обстеження вперше були отримані результати. Проводився біохімічний аналіз крові на ліпідний спектр з визначенням загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) та індексу атерогенності за загальноприйнятими методиками. Тест «Фібро-Макс» був розрахований за допомогою комп'ютерної програми, яка була створена провідним розробником ІТ – компанії Materialise Ukraine (на основі математичної формули). Для підтвердження гіпотиреозу визначався тиреоїдний статус. Всім хворим було проведено ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП) та щитоподібної залози.

Результати досліджень. У обох досліджуваних групах була виявлена дисліпідемія, при чому для 1-ї групи було характерне більше відхилення від норми рівня ЛПНЩ, тоді як у пацієнтів 2-ї групи відмічалось більше збільшення рівнів ТГ, ЗХ та індексу атерогенності (у пацієнтів 1-ї групи рівень ЗХ склав $6,1 \pm 0,4$ ммоль/л, ТГ – $3,0 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПНЩ – $4,4 \pm 0,5$ ммоль/л, ЛПВЩ – $0,8 \pm 0,1$ ммоль/л, індекс атерогенності склав $6,6 \pm 0,5$; у 2-ї групи рівень ЗХ склав $6,2 \pm 1,1$ ммоль/л, ТГ – $3,1 \pm 0,8$ ммоль/л, ЛПНЩ – $4,1 \pm 0,4$ ммоль/л,

ЛПВЩ – $0,76 \pm 0,09$ ммоль/л, індекс атерогенності склав $7,0 \pm 0,4$). За даними УЗД ОЧП ми мали такі результати: у пацієнтів 1-ї групи були виявлені ознаки жирового гепатозу I ступеня – 6 чоловік, гепатоспленомегалії – 7 чоловік, хронічного холециститу з явищем дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) – 10 чоловік; у пацієнтів 2-ї групи були виявлені ознаки жирового гепатозу I ступеня – 13 чоловік, жирового гепатозу II ступеня – 3 чоловіки та хронічного холециститу з ДЖВШ – 7 чоловік. При проведенні тесту «ФіброМакс» у пацієнтів 1-ї групи були виявлені наступні стадії розвитку фіброзу: F0-F1 – 5 пацієнтів, F1-F2 – 9 пацієнтів; у пацієнтів 2-ї групи: F0-F1 – 5 пацієнтів, F1 – 8 пацієнтів, F1-F2 – 5 пацієнтів.

Висновки. В ході дослідження ми встановили, що для пацієнтів з гіпотиреозом більш притаманне функціональне ураження печінки, тоді як у пацієнтів з НАЖХП спостерігаються структурні порушення печінки. При оцінці показників ліпидограми було виявлено, що у пацієнтів з гіпотиреозом переважає збільшення ЛПНЩ, а хворих з НАЖХП – ТГ та ЗХ. Тому, вчасна замісна гормонотерапія гіпотиреозу або патогенетична терапія НАЖХП може попередити виникнення ускладнень з боку печінки та порушень ліпідного профілю крові, що в свою чергу забезпечить більш ранню профілактику розвитку ССЗ.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ІЗ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ІХС, КОМОРБІДНОЇ З ЦД

*А. І. Мельник, Я. М. Михайлівський, В. О. Литвиненко
Запорізький державний медичний університет*

Вступ. При поєднанні тривожно-депресивних розладів з ЦД 2 типу і метаболічним синдромом у хворих на ІХС очікується сумація всіх ефектів, що може суттєво вплинути на прогноз хвороби.

Мета: встановити взаємозв'язок ТДР з клінічним перебігом ІХС, коморбідної з ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. Обстежено 76 хворих з діагнозом ІХС: стабільна стенокардія напруження II-III ФК (середній вік

(66,6±3,5) року): I група (n=41) – з ЦД; II група (n=35) – без ЦД. Хворим визначали трофологічний статус, ліпідограму, HbA1C; проводили ЕХО КС, добове моніторування ЕКГ за загальноприйнятими методиками. ТДР з використанням шкали HADS (1983); оцінки об'єктивних і суб'єктивних проявів ІХС – Сіетлським опитувальником якості життя (SAQ).

Результати дослідження. У хворих I гр. був достовірно вищий сумарний рівень тривоги і депресії (15,5±7,1 проти 12,1±6,2) порівняно з II гр. Клінічно виражені ТДР за шкалою HADS в I гр. виявлені у 61 % хворого, субклінічно виражені – у 22 %, у II гр. – клінічно виражені ТДР у 15 %, субклінічні – у 27 % пацієнтів. У I групі встановлений кореляційний взаємозв'язок між сумарним рівнем тривоги і депресії з ІМТ ($r = +0,45$; $p < 0,05$), HbA1C ($r = +0,34$; $p < 0,05$), загальним ХС ($r = +0,55$; $p < 0,05$), обмеженням фізичної активності ($r = +0,45$; $p < 0,05$), частотою нападів стенокардії ($r = +0,50$; $p < 0,05$) за даними SAQ, співвідношенням LF/HF ($r = +0,65$; $p < 0,05$), з ФВ ЛШ ($r = -0,33$; $p < 0,05$) і рівнем ХС ЛПВЩ ($r = -0,45$; $p < 0,05$).

Висновки. У хворих на ІХС, коморбідної з ЦД, високий рівень ТДР асоціюється з маркерами МС, важким перебігом захворювання, зниженням систолічної функції ЛШ і дисбалансом ВНС.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ СТАНУ ЕНДОТЕЛІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ І ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Д. В. Молодан

Харківський національний медичний університет

Мета дослідження – покращити ефективність визначення функціонального стану ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) у поєднанні з ожирінням (ОЖ) і порушеннями пуринового метаболізму.

Матеріали і методи. До дослідження було включено 49 хворих на ГХ I – II стадії, 1–3 ступенів підвищення АТ на тлі ОЖ I–II ступенів. Вік обстежених становив (58,17±1,69) року. У 27 хворих спо-

стерігалась гіперурикемія (ГУ), у 22 номоурикемія. Групу контролю склали 12 практично здорових пацієнти. Рівень сечової кислоти (СК), глюкози, ліпідів визначався у крові ферментним способом, рівень інсуліну досліджувався імуноферментним методом.

Результати. В дослідженні було встановлено, що в групі з ГУ, СК найбільш тісно корелює з інсуліном ($r=0,65$, $p<0,05$), індексом НОМА ($r=0,65$, $p<0,05$) і тригліцеридами ($r=0,82$, $p<0,05$). Проведення регресійного аналізу дозволило визначити найбільш вагомі чинники, які впливають на функцію ендотелію у хворих з ГУ. Встановлену закономірність можна описати формулою: ендотелій-залежна вазодилатація = $11,547 - 0,015 \text{ СК} - 1,528 \text{ ліпопротеїди низької щільності} + 2,330 \text{ ліпопротеїди високої щільності} + 0,893 \text{ глюкоза} - 0,097 \text{ індекс маси тіла}$.

Висновки. Підвищення рівню СК тісно корелює із змінами метаболізму вуглеводів і ліпідів у хворих на ГХ з ОЖ. Для визначення стану ендотелію можна застосувати формулу розрахунку ендотелій-залежної вазодилатації, яка базується на результатах множинної регресії і враховує зміну рівня СК, метаболічних показників і величину індексу маси тіла.

Подальше дослідження стану ендотелію у хворих на ГХ з ОЖ і ГУ слід скерувати на вивчення низькорівневого запалення.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «РЕГІДРОН ОПТІМ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КЕТОАЦИДОЗУ В ПАЦІЄНТІВ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТА 2 ТИПІВ

Н. В. Пасєчко, М. А. Джула, В. М. Кульчінська,

Т. І. Крицький, Н. С. Стасюк

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

Мета. Дослідити вплив препарату «Регідрон Оптім» на перебіг та тривалість кетоацидозу у хворих на цукровий діабет.

Методи дослідження. Нами було обстежено 30 пацієнтів, віком від 18 до 80 років, хворих на цукровий діабет в стані декомпенса-

ції. Контрольну групу склали 13 пацієнтів з кетозом, яких було ліковано згідно протоколів надання медичної допомоги пацієнтам з діабетичним кетозом, а 17 хворих отримували додатково Регідрон Оптім. Середній рівень глікемії в обстежуваних пацієнтів складав $20,36 \pm 5,76$ ммоль/л, вираженість ацетонурії — від (++++) у 7 хворих (23,33 %), (++++) у 19 хворих (63,33 %), (++) у 3 хворих (10 %) та до (+) у 1 хворого (3,33 %). Всі хворі отримували інфузійну терапію з метою регідратації, дезінтоксикації, корекції порушень водно-електролітного балансу, кислотно-лужної рівноваги. Інсулінотерапія розпочиналася з внутрішньовенного введення інсуліну короткої дії та продовжувалася внутрішньом'язовим введенням інсуліну короткої дії методом малих доз з розрахунку 0,1 ОД/кг/год щогодини, з корекцією дози залежно від динаміки зниження рівня глікемії. В програму терапії обстежуваної групи був включений Регідрон Оптім в дозі 1 пакетик/добу.

Результати. Покращення стану визначали по зниженню рівня глікемії, клінічних та лабораторних проявів кетоацидозу. Нормалізація рівня глікемії спостерігалася через 24–36 год. У хворих, що отримували Регідрон Оптім клініко-лабораторні прояви кетоацидозу регресували після першої доби лікування у 5 хворих (16,6 %), після другої доби – у 18 хворих (60 %), після третьої доби – у 6 хворих (20 %), на четверту добу – у 1 хворого (3,33 %). У хворих, що отримували традиційну інфузійну терапію, нормалізація досягнута на другу добу у 3 хворих (10 %), на третю добу – у 6 хворих (20 %), на четверту добу – у 3 хворих (10 %), на шосту добу – у 1 хворого (3,3 %).

Висновки: Результати проведеного аналізу свідчать, що застосування препарату Регідрон Оптім у хворих на цукровий діабет сприяє більш швидкій позитивній динаміці зникнення кетозу. Використання препарату Регідрон Оптім у хворих на цукровий діабет, ускладнений кетозом, сприяє більш швидкому виведенню кетонових тіл сечею. При використанні препарату не спостерігалася ускладнень або побічних дій, які вимагали припинення використання препарату або медикаментозної корекції.

ОСОБЛИВОСТІ 48-ГОДИННОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК V СТАДІЇ, ЯКА КОРЕГОВАНА ГЕМОДІАЛІЗОМ

Т. І. Салижін, Р. І. Яцишин

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»*

В загальній популяції артеріальна гіпертензія (АГ) є значним фактором ризику серцево-судинних ускладнень та смерті. Проте, у хворих із термінальною стадією хронічної хвороби нирок (ХХН), які перебувають на гемодіалізі (ГД) на прогноз впливає не лише наявність АГ, а й коливання артеріального тиску (АТ) протягом сеансу ГД.

Мета: вивчити зміни артеріального тиску у хворих на ХХН V ст., яка корегована ГД.

Обстежено 42 хворих (22 жінки і 20 чоловіків) у віці від 34 до 68 років із ХХН, яка корегована програмним ГД, із встановленою ХСН II А ФК III. ГД хворим виконувався за стандартною програмою на апаратах Innova фірми «Gambro» (Швеція). 48-годинний моніторинг артеріального тиску (МАТ) проводився за допомогою портативного апарату MEDITECH АВРМ-4 (Угорщина).

Фізіологічний добовий ритм АТ «dipper» спостерігався у 28,6 % хворих, тоді як добовий профіль АТ по типу «non dipper» та «night-raiser» був встановлений у 71,4 %. Аналізуючи коливання протягом сеансу ГД хворі розділились на 5 групи. I група (n=15) це пацієнти із нормальним (для ГД пацієнтів <140/90 мм рт. ст.) АТ до діалізу та після діалізу (<130/80 мм рт. ст.). II група (n=12) із високим АТ до діалізу та нормальним після сеансу ГД. III група (n=9) із нормальним АТ до діалізу та підвищеним після сеансу. IV група (n=6) із підвищеним АТ до та після діалізу. У пацієнтів II, III та IV груп відзначено, значні коливання АТ під час сеансу ГД та на протязі часу моніторингу (>15 мм рт. ст. систолічного та >10 мм рт. ст. діастолічного АТ).

За допомогою 48-годинного МАТ можна більш точно визначити важкість гіпертензії, оцінити ступінь гіпергідратації та спрогнозувати виникнення ускладнень.

**ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ
НЕЕРОЗИВНОЇ ФОРМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ
РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ, ПОЄДНАНОЇ
ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ У ПАРОДОНТІ**

***О. Є. Самогальська, В. Я. Лобанець, Т. Б. Лазарчук,
Н. В. Лобанець***

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

Актуальність проблеми стоматологічних проявів неерозивної форми ГЕРХ (НЕРХ) обумовлена олігосимптомністю клініки, складністю ранньої діагностики, обмеженістю ефективних лікувальних програм на пізніх стадіях захворювання. Доведено, що дисбаланс Т- та В-лімфоцитів призводить виникнення захворювань пародонта на тлі патологічних змін гастроентеральної системи загалом.

Обстежено 62 хворих даного профілю у гастроентерологічному відділенні денного перебування ТМКЛ № 2: 29 жінок і 33 чоловіків. Більшість чоловіків ($42,0 \pm 2,0$) року й жінок ($51,5 \pm 2,0$) року були працездатного віку. У 32 (51,6 %) хворих тривалість НЕРХ не перевищувала 5-річну позначку.

Для виявлення запальних змін у слизових оболонках ясен у пацієнтів з НЕРХ визначили папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА). У 8 (12,9 %) хворих значення індексу РМА відповідало клінічним ознакам гінгівіту легкого ступеня, у 29 (46,8 %) осіб – гінгівіту середнього ступеня та, як прояв тяжкого ступеня гінгівіту, у 9 (14,5 %) пацієнтів. У 16,0 (25,8 %) хворих з НЕРХ об'єктивно не виявлено патологічних змін у тканинах пародонта.

Проведено визначення рівня CD3+ клітин у сироватці крові, як узагальнюючого показника Т-клітинної ланки імунітету, і CD4+, як головного регулятора імунної відповіді, та показника гуморальної ланки – CD22+ у хворих з НЕРХ.

Встановлено, що у хворих з НЕРХ й інтактним пародонтом та гінгівітом відмічено зниження у 1,24 та 1,31 раза відповідно показника CD3+ порівняно з контрольним, із значущою міжгруповою різницею ($p < 0,05$). За даних умов виявився нижчим також рівень CD4+

у порівнянні з нормою (в 1,33 раза; $p < 0,05$) в умовах коморбідності. Напруженість гуморальної ланки імунітету серед пацієнтів з НЕРХ проявилась зростанням у сироватці крові рівня CD22+ щодо контрольного, як у групі хворих з інтактним пародонтом, так і з гінгівітом (в 1,24 раза; $p < 0,05$).

Таким чином, розвиток гінгівіту на тлі НЕРХ характеризувався зниженням активності характеристик Т-клітинної ланки та зростанням рівня показника В-клітин імунітету. Проявом зазначених змін є формування імунодепресивного стану клітинної ланки імунітету при стимульованій гіперпродукції В-клітин у перебігу катарального гінгівіту на тлі НЕРХ.

**ПРО ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ
ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ У ПАЦІЄНТІВ
СОМАТИЧНИХ СТАЦІОНАРІВ ЗА ДОПОМОГОЮ
СТАНДАРТИЗОВАНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА AUDIT**

*С. Є. Шостак, М. І. Вуйцік, Є. М. Стародуб,
Л. І. Зелененька, Л. І. Складанюк, Б. І. Степанчук,
Р. П. Дуць, Т. В. Войцехівська, І. О. Сивирин,
О. І. Левчик, В. А. Дударенко*

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

Вживання надмірних доз алкоголю суттєво впливає на перебіг соматичних захворювань, погіршує прогноз та призводить до частого виникнення ускладнень, особливо у випадку коморбідних станів. Але пацієнти часто приховують свою патологічну схильність до алкоголю, що може спрямовувати діагностичний пошук лікарів соматичних стаціонарів на невірний шлях і приводити до діагностичних та лікувальних помилок.

Тому метою нашої роботи стало вивчення частоти і особливостей вживання алкоголю у пацієнтів соматичних стаціонарів за допомогою стандартизованого ВООЗ опитувальника AUDIT. З цієї метою нами було проанкетовано 85 хворих гастро- і кардіологічних відділень

ТМКЛ №2 на предмет вживання ними алкогольних напоїв і оцінки їх впливу на перебіг захворювань. Серед опитуваних було 20 жінок і 65 чоловіків, середній вік яких становив ($49,23 \pm 1,54$) року. Було виявлено, що серед обстежених 53 (62,35 %) – вживали алкоголь. Переважно, (46 (86,79 %)), – це були чоловіки різного віку: 5 (9,43 %) – молодого, 22 (41,51 %) – середнього, 16 (30,19 %) – похилого і 3 (5,66 %) – старечого. З їх слів, більшість з них (51 (96,23 %)), не мали залежності від алкоголю. При анкетуванні було виявлено, що насправді високі бали відповідей на перші 3 питання тесту за відсутності підвищених балів на всі інші питання отримали 28 (52,83 %) опитаних, що свідчать про вживання небезпечних доз алкоголю; підвищені бали відповідей на питання 4–6, які вказують на наявність або виникнення алкогольної залежності – 13 (24,53 %). Високі бали відповідей на питання 7–10 продемонстрували 8 (15,09 %) хворих, що інтерпритується як шкідливий рівень споживання алкоголю. Переважна кількість обстежених – 42 (79,25 %) вживали міцні напої, 11 (20,75 %) – 1 раз на тиждень і частіше. При лабораторно-інструментальних обстеженнях, за даними УЗД, ознаки жирової хвороби печінки було виявлено у 52 (98,11 %) хворих. При цьому, зміни біохімічного аналізу крові було виявлено у 50 (94,34 %) обстежених. У більшості з них (48 (90,57 %)) було виявлено підвищений рівень білірубину ($31,52 \pm 0,14$) мкмоль/л, у 32 (60,38 %) – трансаміназ, у 9 (16,98 %) – більше, ніж у 3 рази. Зміни ліпідограми було діагностовано у 49 (92,45 %) хворих.

Таким чином, вживання надмірних доз алкоголю було виявлено у більшості опитаних нами пацієнтів соматичних стаціонарів, що не враховувалось жодним лікарем-ординатором, який курував таких хворих і що, можна припустити, мало вплив на перебіг діагностованих у таких пацієнтів захворювань.

Оскільки стандартизований опитувальник AUDIT має доведену високу чутливість і специфічність стосовно виявлення і оцінки шкідливих наслідків від споживання алкоголю (92 % і 93 % відповідно), є простим у виконанні та дозволяє визначати загрози для здоров'я хворих, його слід ширше популяризувати серед лікарів-ординаторів соматичних відділень для більш коректного планування тактики лікування.

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО
ПРЕПАРАТУ МЕЛДОНІО З У-БУТИРОБЕТАЇНОМ
ТА ЙОГО ВПЛИВ НА С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН
У ХВОРИХ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ**

*Н. І. Ярема, М. В. Слобода, І. П. Савченко, Л. В. Радецька,
А. І. Балабан, О. І. Коцюба, І. О. Лаба*

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

Актуальність: Вивчення фібриляції передсердь (ФП) обумовлено низкою негативних наслідків, пов'язаних з прогресуванням серцевої недостатності.

Мета: Вивчити вплив комбінованого препарату мелдонію з у-бутиробетаїном на клінічний перебіг та рівень С-реактивного протеїну (СРП) у хворих на ІХС з персистоючою формою ФП.

Методи дослідження: Обстежено 46 хворих на ІХС з персистоючою ФП. Тривалість ФП становила (5,2±1,4) року. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Пацієнтів розділено на 2 групи: хворі І групи приймали стандартну терапію, пацієнти ІІ групи додатково приймали комбінований препарат мелдонію з у-бутиробетаїном.

Результати: У пацієнтів І групи через 4 тижні лікування спостерігалось значиме зменшення ЧСС на 11,2 %, у ІІ групі – на 15,5 %. Частота виникнення пароксизмів ФП у пацієнтів І групи знизилась в 1,3 раза ($p<0,05$), у ІІ групі – 1,6 рази ($p<0,05$). У хворих І групи рівень СРП становив (8,66±0,76) мг/л, у ІІ групі – (8,43±0,48) мг/л, що відповідно у 2,3 та 2,2 раза вище порівняно з контролем. Після лікування у І групі хворих достовірних змін СРП не було, у пацієнтів ІІ групи виявлено зниження рівня СРП на 14,2 % ($p<0,05$).

Висновки:

1. У хворих на ІХС з персистоючою ФП виявлено значиме підвищення рівня С-реактивного протеїну порівняно з контролем.

2. Під впливом додаткового призначення до стандартної терапії комбінованого препарату мелдонію з у-бутиробетаїном спостерігалось зменшення частоти пароксизмів ФП та значиме зниження СРП.

ЗМІСТ

<i>Л. С. Бабінець, Т. О. Безкоровайна.</i> ОЦІНКА ТРОФОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ	3
<i>Л. С. Бабінець, Н. А. Мельник, К. М. Литковець.</i> ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКСИДЕННЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ	4
<i>Н. В. Бадюк, А. В. Матвійчук, Н. І. Трач.</i> СТРАТИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ	5
<i>В. В. Бенедикт, Я. І. Зима, Д. В. Кордяк, А. М. Продан.</i> ЧИ МОЖЛИВО ДІАГНОСТУВАТИ ІНВАГІНАЦІЮ ТОНКОЇ КИШКИ В УМОВАХ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ?	7
<i>Є. Ф. Бузько.</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ	9
<i>Є. Ф. Бузько.</i> АНЕМІЯ ЯК УСКЛАДНЕНА КОМОРБІДНІСТЬ ПРИ ГОСТРИЙ РЕСПІРАТОРНИЙ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	10
<i>М. І. Вуйцік, С. Є. Шостак, Є. М. Стародуб, І. Г. Сташків, О. Р. Рудько, О. Г. Лисенко, О. Г. Садлій.</i> ОСОБЛИВОСТІ ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ТА ХАРЧОВИХ ЗВИЧОК У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ТЛІ ПІДВИЩЕНОЇ МАСИ ТІЛА	11
<i>С. Л. Гаркуша.</i> ШРОТИ У ПРОФІЛАКТИЦІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	13
<i>М. В. Гребеник, В. Р. Микуляк, Л. І. Зелененька, Л. В. Зоря, С. М. Маслій.</i> РАННІ ТА ПІЗНІ УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	15
<i>О. Є. Гріднєв.</i> ІНТЕНСИВНІСТЬ ПЕЧІЇ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	16
<i>О. З. Децик, І. В. Рудко, Ж. М. Золотарьова.</i> ЗНАЧЕННЯ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ОНКСТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ 18	
<i>Д. В. Жегестовська, Л. Ю. Бідованець, М. В. Гребеник.</i> КЛІНІКО-ЕЛЕКТРОКАРДІО-ГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ УРГЕНТНЕ КОРОНАРНЕ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ	19
<i>Ф. А. Зверихановський, К. О. Калайджан, Т. А. Павлішевська, С. М. Бутвин.</i> ВПЛИВ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ НА ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ	21
<i>Л. І. Зелененька, М. В. Гребеник, В. Р. Микуляк, С. Є. Шостак, Н. В. Довганіч.</i> ДИНАМІКА ГЕОМЕТРІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І КОМОРБІДНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	22
<i>Д. В. Козак, О. М. Лавріненко, В. Б. Коваль, І. М. Салайда, А. В. Руцька.</i> РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ БІЛПАРНОЇ СИСТЕМИ ІЗ ЗОН РАДІОАКТИВНОГО ЗАБРУДНЕННЯ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС У САНАТОРІЯХ-ПРОФІЛАКТОРІЯХ	24
<i>М. П. Копиця, О. І. Литвин, О. М. Аболмасов.</i> ЗНАЧЕННЯ ТЕСТУ 6-ХВИЛИННОЇ ХОДЬБИ В СТРАТИФІКАЦІЇ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА	26
<i>Л. Р. Коробко, Р. О. Сабадишин, І. Г. Бобяк, П. М. Невгадовська.</i> «ЗА І ПРОТИ» СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	27
<i>О. І. Коцюба, М. В. Гребеник.</i> ОЦІНКА СТАНУ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА КОРЕКЦІЯ ЇЇ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З НОРМО- ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ	30
<i>Т. Б. Лазарчук, О. І. Криськів.</i> ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ. КОМОРБІДНІ СТАНИ	31

<i>С. А. Левицька.</i> ДІАГНОСТУВАННЯ СИНУСИТІВ У ДІТЕЙ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	33
<i>С. А. Левицька.</i> ХРОНІЧНИЙ СИНУСИТ У ДІТЕЙ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ПОКАЗНИКИ МІКРОСОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ЯК ЧИННИКИ РИЗИКУ	34
<i>Н. В. Литвиненко, О. О. Піддубна.</i> УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЯК КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЛІМФОЛЕЙКОЗАХ	36
<i>Г. В. Лихацька, Т. В. Бойко, В. О. Лихацька.</i> ЕТІОЛОГІЧНИЙ ФАКТОР ТА СТАТЬ ЯК ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ	37
<i>І. І. Медвідь, Л. С. Бабінець, І. О. Боровик.</i> ВПЛИВ АПЛІКАЦІЙ ЗА МЕТОДОМ ЛЯПКА НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ	39
<i>О. К. Мелховець, Д. О. Жалдак.</i> ЗМІНА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДОГРАМИ ТА ТЕСТУ «ФІБРОМАКС» У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ В ПОРІВНЯННІ З ХВОРИМИ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ.....	40
<i>А. І. Мельник, Я. М. Михайлівський, В. О. Литвиненко.</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ІЗ КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ІХС, КОМОРБІДНОЇ З ЦД.....	42
<i>Д. В. Молодан</i> ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ І ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ	43
<i>Н. В. Пасечко, М. А. Джула, В. М. Кульчінська, Т. І. Крицький, Н. С. Стасюк.</i> ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «РЕГІДРОН ОПТІМ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КЕТОАЦИДОЗУ В ПАЦІЄНТІВ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТА 2 ТИПІВ.....	44
<i>Т. І. Салижин, Р. І. Яцишин.</i> ОСОБЛИВОСТІ 48-ГОДИННОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ПАЦІЄНТІВІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК У СТАДІІ, ЯКА КОРЕГОВАНА ГЕМОДІАЛІЗОМ.....	46
<i>О. Є. Самогальська, В. Я. Лобанець, Т. Б. Лазарчук, Н. В. Лобанець.</i> ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕЕРОЗИВНОЇ ФОРМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ, ПОЄДНАНОЇ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗМІНАМИ У ПАРОДОНТІ..	47
<i>С. Є. Шостак, М. І. Вуйцик, Є. М. Стародуб, Л. І. Зелененька, Л. І. Складанюк, Б. І. Степанчук, Р. П. Дуць, Т. В. Войцехівська, І. О. Сивирин, О. І. Левчик, В. А. Дударенко.</i> ПРО ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ У ПАЦІЄНТІВ СОМАТИЧНИХ СТАЦІОНАРІВ ЗА ДОПОМОГОЮ СТАНДАРТИЗОВАНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА AUDIT	48
<i>Н. І. Ярема, М. В. Слобода, І. П. Савченко, Л. В. Радецька, А. І. Балабан, О. І. Коцюба, І. О. Лаба.</i> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ПРЕПАРАТУ МЕЛДОНІО З γ-БУТИРИБЕТАІНОМ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН У ХВОРИХ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	50

Підп. до друку 03.03.2016. Формат 60x84/16.
 Гарн. Times. Ум. др. арк. 3,02. Обл.-вид. арк. 2,96.
 Тираж 100. Зам. № 60.

Видавець і виготівник
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
 імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
 Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.
 Свідцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
 ДК № 2215 від 16.06.2005 р.