

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

Науково-практична конференція з міжнародною участю

**СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ
ФАРМАКОЛОГІЇ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ
МЕДИЦИНИ**

13-14 квітня 2017 року

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2017

УДК 615.03+616.1/4-07/-08

Редакційна колегія: професор Шманько В.В., професор Мерецький В. М., Липка Л.Ю.

Сучасні проблеми клінічної фармакології з позиції доказової медицини : наук.-практ. конф., з міжнар. участю, 13–14 квітн. 2017 р. – Тернопіль : ТДМУ, 2017. – 52 с.

Автори опублікованих матеріалів несуть повну відповідальність за підбір, точність наведених фактів, цитат, даних, відповідної галузевої термінології, власних імен та відомостей.

Матеріали надруковано в авторській редакції.

АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

**Андрейчин С.М., Кавецька Н.А., Бількевич Н.А., Бугай Б.Г.,
Верещагіна Н.Я., Ганьбергер І.І., Кузів П.П., Кучер С.В.,
Лихацька В.О., Руда М.М., Чернець Т.Ю., Ярема Н.З.**

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

Доказова медицина має суттєвий вплив на різні аспекти медицини: медичний, етичний, економічний, юридичний, освітній.

Освітній аспект полягає в ефективному і професійному навчанні медичних кадрів, своєчасному підвищенні їх кваліфікації із застосуванням стандартів доказової медицини і нівелюванні відмінності між дипломами і сертифікатами, отриманими в різних медичних навчальних закладах і, відповідно, кваліфікації лікарів.

Доказова медицина є комплексом заходів, що поетапно готують лікаря до самостійного прийняття рішень, спонукають його на постійний пошук нової інформації з метою вирішення медичних проблем. Потрібні знання і навички накопичуються в процесі вивчення загальних, спеціальних предметів, при післядипломному навчанні і перепідготовці медичних спеціалістів.

Це вимагає від викладачів вищих навчальних закладів перебудови системи роботи з студентами в бік впровадження в процес навчання принципів доказової медицини, орієнтованих на розумну інтеграцію клінічного досвіду з результатами контрольованих клінічних досліджень.

В основу організації викладання може бути покладена п'ятиступінчаста модель доказової медицини D. Sackett, яка включає в себе: чітке формулювання клінічного питання, пошук відповіді на нього в літературі, критичну оцінку знайдених відомостей, визначення можливостей їх використання при лікуванні конкретного хворого і застосування знайдених даних на практиці з оцінкою результатів проробленої роботи.

Пропедевтика внутрішньої медицини є однією з базових дисциплін, що закладають фундамент професійних вмінь та основ клінічного мислення майбутніх лікарів.

Головною метою предмета вважають навчання методам обстеження хворого, виявленню симптомів хвороби, формулюванню основних синдромів. Однак недостатньо вирішеним залишається питання вивчення об'єму додаткових методів обстеження, принципів доказової медицини при оцінці методів, адже лікар повинен вміти здійснювати осмислене використання всіх методів обстеження хворого (фізичних, лабораторних, інструментальних), оцінити їх можливі ризики, ймовірність помилок з точки зору доказової медицини, співвідношення ефективності й вартості.

Студенти повинні навчитися розуміти наскільки важливі рівні доказовості в медицині і вміти їх оцінювати. Дуже важливо запевнити студентів, що вибір лікування повинен визначатися достовірними відомостями про те, що дійсно працює, а не про те, що мабуть працює, або повинно працювати (GreenhalghT., 2004).

Тому під час проведення практичних занять, читання лекцій викладачі наводять приклади доказової медицини при вивченні захворювань, синдромів патології, розповідають про лікарські препарати, лікувальний ефект яких був доведений в багатоцентричних контрольованих дослідженнях, наголошують на необхідності брати за основу дані доказової медицини для визначення діагностичної та лікувальної тактики, профілактики захворювань.

Впродовж року студенти поєднують аудиторну роботу: відвідування лекцій, практичних занять із самостійною (позааудиторною), яка включає поєднання вивчення теоретичного матеріалу з елементами творчості: написання навчальної історії хвороби, рефератів, робота в студентському науковому гуртку. Така робота спонукає студента вчитися шукати в інтернеті наукові публікації, рекомендації, стандарти діагностики і лікування захворювань внутрішніх органів, що відповідають принципам доказової медицини.

Основні принципи доказової медицини обов'язково використовуються в роботі студентського наукового гуртка. При залученні студента до наукового дослідження викладач обговорює з студентом наскільки воно відповідає критеріям доказової медицини, шукає шляхи наближення даної методики дослідження до відповідних вимог. Метою такої роботи є навчання молодого науковця вмінню організувати і провести дослідження на сучасному рівні та отримання даних, що будуть мати доказовість.

Висновки і перспективи

Клінічні наукові дослідження і медична освіта в аспекті доказовості рішень, що приймаються, повинні інтегруватись в єдину систему.

Саме з навчання студентів треба починати впровадження засад доказової медицини в практику системи охорони здоров'я, клінічну та наукову діяльність.

Надбані знання в галузі доказової медицини та досвід їх використання студентами сприятиме формуванню клінічного мислення, посиленню мотивації до навчання й самовдосконалення, пошуку нових знань.

Організація навчального процесу з позицій доказової медицини дозволить навчити майбутніх лікарів пошуку достовірної та якісної інформації, відбору її за ступенем цінності і ефективному використанню в подальшій клінічній практиці.

УДК: 378.147:615.03]:614.253.83:378.046-021.68

ВАЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПОНЯТЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ НАВЧАННЯ

Білай І.М., Цис О.В., Красько М.П.

Запорізький державний медичний університет

Клінічна фармація – одна з найбільш мобільних галузей медицини напротязі останніх десятиліть. За ХХ століття в медичну клінічну практику було багато введено не тільки нових препаратів в уже відомі фармакологічні групи, але і створені фармакологічні групи нового напрямку (антипсихотичні, транквілізатори, протитуберкульозні, сульфаніламід, антибіотики і багато інших). Перспектива майбутнього розвитку клінічної фармації висуває вимоги до подальшого вдосконалення освіти провізорів-інтернів. Крім накопичення багажу фактичних знань по препаратам за роки навчання у виші, у провізорів-інтернів необхідно формувати вміння і прагнення до постійного вдосконалення своєї компетентності.

Освоїти компетентнісний підхід до результатів освіти – цей підхід локальної теорії в даний час перетворюється в суспільне явище,

що претендує на роль концептуальної основи модернізації, проведеної в сфері освіти.

Структура організації системи знань повинна забезпечувати можливість все нових і нових змін. При цьому варто не протиставляти колишнє навчання в системі освіти, а логічно модернізувати його, що надасть працівникам нові можливості для професійного зростання заради майбутнього.

Для підготовки фахівців нового типу в нашій країні впроваджуються державні освітні стандарти, які містять професійні та загальнокультурні компетенції. При цьому слід пам'ятати про необхідність постійного впровадження розділів деонтології в навчальні програми вищих медичних навчальних закладів.

Крім того, необхідно розвивати соціальну взаємодію: готовність до роботи в колективі, здатність знаходити організаційно – управлінські рішення, нести за них відповідальність, прагнення до саморозвитку, досягнення мети, розуміння соціальної значущості в своїй професії.

З цією метою в розділі клінічної фармації провізори-інтерни знайомляться з історією створення та впровадження в медичну практику нових лікарських засобів на практичних заняттях з відповідних тем. Провізори-інтерни працюють з анотаціями до нових лікарських препаратів, аналізуючи і порівнюючи препарати між собою, визначаючи вибір препарату в залежності від основних властивостей і його побічної дії. Для когнітивної функції важливе вміння сконцентрувати увагу на досліджуваному предметі, що є однією з базових елементів функції людського мозку.

З метою ознайомлення провізорів-інтернів з навичками наукової роботи їм доручається виконання реферативних і дипломних робіт та заповнення щоденників курації. Ці неглибокі наукові розробки допомагають фахівцям самостійно робити висновки про отримані результати, достовірність твердження і аналіз порівняння з наявними в практичній медицині препаратами.

У зв'язку з комп'ютеризацією в більшості аптек в освітню систему для провізорів-інтернів обов'язково включено навчання користування комп'ютерами. Такий підхід до знань та інформатизації ставить людину в вигравне становище з точки зору прийняття точних рішень.

Для розвитку компетентності фахівців велике значення має розвиток працездатності, працьовитості, точність планування роботи і її виконання, витривалість, подолання труднощів, уміння мобілізувати себе, здатність впливати на вироблення оптимістичних поглядів і терпимість при розчаруваннях в роботі і допущенні помилок.

На практичних і семінарських заняттях з відповідних тем провізори-інтерни працюють з анотаціями до нових лікарських препаратів, аналізуючи і порівнюючи препарати між собою, визначаючи вибір препарату в залежності від його основних властивостей і побічної дії. Крім того, вони набувають досвіду аналізу наукових даних, щоб робити практичні висновки, наприклад визначення частоти застосування препарату в залежності від його фармакокінетики, можливості поєднання препаратів для підвищення ефективності лікування з одного боку, а з іншого – для запобігання посилення токсичності при явищах кумуляції, потенціювання лікарських речовин.

У роки навчання в інтернатурі більшість навчальних та контрольних робіт студенти здійснюють під керівництвом викладачів, тому додаткові роботи у вигляді реферативних, оглядових та ситуаційних задач змушують провізорів-інтернів в більшій чи меншій мірі мислити самостійно, бо спрямованість тільки на тестові завдання обмежують цю здатність розвитку самостійності. Слід зазначити, що позитивний факт у викладанні клінічної фармації має подання даних про вплив препаратів і біологічно активних речовин, отриманих в результаті експериментальних досліджень.

Отже, клінічна фармація – це інтеграційна прикладна наука, яка об'єднує фармацевтичні та клінічні аспекти ведення ліків, основне завдання якої полягає в створенні належних теоретичних основ і практичних підходів – до раціонального. У зв'язку з цим як неминучий наслідок прояву тенденцій, що відбуваються в сучасній охороні здоров'я, підвищилася роль провізора і фармацевта, його відповідальність перед хворим.

ПРАЙМЕР У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Бойко Т. В., Лихацька Г.В.

*Кафедра внутрішньої медицини № 3
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені
І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Виразкова хвороба, гастрити – найпоширеніші страждання людини і охоплюють близько 70% від загальної чисельності хвороб органів травлення. Часто у таких хворих відмічається виражений диспепсичний синдром: печія, нудота, блювання, закрепи та ін.

Мета дослідження – оцінити вплив праймеру на симптоми диспепсії у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДПК).

Обстежено 30 хворих на ВХДПК, які були поділені на дві групи: 1-шу групу склали 14 хворих, яким проводилась противиразкова терапія; 11-га група – 16 хворих – на тлі традиційної терапії одержували праймер у дозі 10 мг три рази на день за 15 хв. до їжі впродовж двох тижнів. Аналіз клінічних показників проводили до та через два тижні після лікування. До лікування хворі скаржились на нудоту (80%), печію (62%), блювання (21%), біль в епігастральній ділянці (75%), закрепи (10%). При ЕГФДС було виявлено виразки цибулини дванадцятипалої кишки.

Аналіз досліджень показав, що нудота у хворих 1-ої групи зменшилась на п'ятий день і зникла на восьмий день лікування, а у 11-ій групі пацієнтів цей показник не спостерігався з третього дня лікування ($p < 0,05$), у хворих 1-ої групи блювання спостерігалось до четвертого дня, а у хворих 11-ої групи припинилось після другого дня лікування ($p < 0,05$). Печія у пацієнтів 1-ої групи зменшилась на шостий день, а у 11-гій – на третій день лікування ($p < 0,05$), біль в епігастральній ділянці у хворих 1-ої групи зникла на п'ятий день, а у 11-ій – на другий ($p < 0,05$). Закрепи у хворих 1-ої групи зникли на четвертий день, а в 11-ій – на другий день лікування ($p < 0,05$).

Висновок. Праймер в комплексній терапії сприяє нормалізації клінічних показників, диспепсичного синдрому у хворих на виразкову хворобу.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні нових препаратів в лікуванні виразкової хвороби.

УДК: 615.246.9-06:616-008.6-02:616.34-007.272

ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ «РЕАМБІРИН» НА ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ СПАЙКОВОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

Буката В.В., Балич Р. Ю.

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

Проблема гострої спайкової кишкової непрохідності не втрачає інтерес у дослідників, не дивлячись на багаторічну історію її вивчення. За останні 20 років частота спайкової кишкової непрохідності в Україні збільшилася в 2 рази і не має тенденції до зниження. Одним із провідних факторів, що призводить до розвитку ускладнень, погіршує клінічний перебіг захворювання та сприяє летальності є розвиток ендогенної інтоксикації як внаслідок основного захворювання, так і в післяопераційний період.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність використання препарату «Реамбірин» у хворих на спайкову кишкову непрохідність після оперативного втручання, а зокрема визначити його вплив на показники ендогенної інтоксикації.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети нами досліджено 113 хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність. Усім хворим проведено оперативне лікування разом із комплексом консервативної терапії. 57 хворих прооперовано лапароскопічно, 54 хворим виконано лапаротомію із подальшою ліквідацією непрохідності. Усі хворі розділені на 2 групи. 1 група нараховувала 56 хворих (25 – прооперовані лапароскопічно, 31 – відкриті оперативні втручання), яким проводилось консервативне втручання згідно протоколів надання медичної допомоги затверджених МОЗ України. До 2 групи увійшли 54 хворих (29 – прооперовані лапароскопічно, 26 – відкриті оперативні втручання), яким окрім вищеза-

значеної терапії перед оперативним втручанням та 3 дні після оперативного втручання додатково призначено внутрішньовенні інфузії препарату «Реамбірин» по 400 мл 1 раз на добу.

Як маркери ендогенної інтоксикації визначали еритроцитарний індекс інтоксикації (ЕІІ) та визначали рівень у крові середньо молекулярних пептидів за Габріелян Н.І. при довжині хвилі спектрофотометра 254 та 280 нм. (СМП 254, СМП 280). Дослідження проводили перед оперативним втручанням та на 3 добу після операції. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою статистичних функцій програм «Microsoft Office Excel 2007» та «STATISTICA 8.0» на персональному комп'ютері, застосовуючи варіаційно-статистичні методи аналізу.

Результати дослідження. До проведення відкритого оперативного втручання (лапаротомії) показники ендогенної інтоксикації практично не відрізнялась у 1 та 2 групах обстежених хворих ($p > 0.05$) в 66,67% хворих на туберкульоз легень на цукровий діабет відмічається структурні зміни щитоподібної залози по типу аутоімунного тиреоїдиту з явищами субклінічного гіпотиреозу; патологія щитоподібної залози у хворих на туберкульоз та цукровий діабет негативно відображається як на клінічній важкості туберкульозу, так і на наслідках хіміотерапії; в хворих на туберкульоз з супутнім цукровим діабетом варто тестувати тиреоїдний гомеостаз по запропонованому алгоритму.

УДК 615.9

ВЗАЄМОВІДНОСИНИ ФАРМАКОКІНЕТИЧНИХ ТА ФАРМАКОДИНАМІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛІКІВ НА ЕТАПІ ЇХ БІОТРАНСПОРТУ.

Бухтіарова Т.А., Лук'янчук В.Д.

ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України»

Взаємодія з білками сироватки крові є центральним етапом фармакокінетики лікарських засобів. Утворення зворотніх комплексів транспортного протеїну з ліками чинить вплив на характер розподілу, а отже й на тривалість та інтенсивність їх фармакотерапевтичної

дії. При аналізі інтегральної біологічної ролі зворотнього комплексоутворення ксенобіотика з сироватковими білками варто виходити із припущення про те, що проникати в тканини та проявляти фармакодинамічні ефекти або токсичну дію здатні лише вільні не зв'язані з протеїном його молекули. З огляду на це, визначення такого ключового параметру фармакокінетики, як об'єм розподілу необхідно здійснювати виходячи не із загальної концентрації препарату в крові, а лише із рівня його вільної концентрації. Такий підхід ґрунтується на твердженні, що інтенсивність фармакотерапевтичної ефективності ліків зворотно пропорційна ступеню їх зв'язування з транспортним білком. По мірі переходу вільної фракції лікарського засобу з крові в тканини відбувається зміщення рівноваги, що призводить до постійної дисоціації комплексів (білок – ліганд), збільшуючи, таким чином, вільну (не зв'язану з протеїном) фракцію.

Таким чином, молекули ліків, що зворотно фіксовані протеїном представляють собою свого роду циркулюючий резерв препарату в організмі. Важливо, що при підвищенні спорідненості білка до ліків швидкість переходу в тканини, а отже й інтенсивність реалізації складових їх фармакодинамічного профілю будуть зменшуватись, а час циркуляції, зокрема величина періоду напівелімінації та тривалість фармакотерапевтичної дії – збільшуватись.

ПЕРСПЕКТИВИ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ

Гаєвська М.Ю., Суканець М.І., Коба О.Р., Ковалюк Д.О.

Буковинський державний медичний університет

Атопічний дерматит є важливою медико-соціальною проблемою сьогодення. Спостерігається зростання захворюваності до 15% у структурі дерматозів. Рецидивуючий перебіг, не до кінця з'ясований патогенез, патоморфоз клінічної картини обумовлюють подальшу необхідність покращення ефективності лікування.

Перспективними виявились данні про імуномодельуючу дію «Протефлазиду» – рослинного флавоноїдного препарату. Протефлазид має

противірусну дію, сприяє підвищенню неспецифічної резистентності і загального рівня імунного статусу організму.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 48 хворих на atopічний дерматит від 18 до 45 років. Пацієнти були розділені на 2 групи, перша група (25 осіб) одержувала традиційне лікування, друга (23 особи) – додатково імуномодулятор Протефлазід. Препарат призначали по 10 крапель тричі на день, щодня через одну годину після їжі протягом чотирьох тижнів.

Оцінка ефективності лікування проводилась на підставі основних клінічних ознак. Відмічено зменшення свербіжу, нормалізація сну, зменшення еритеми, запальної інфільтрації у пацієнтів другої групи які одержували імуномодельюючий препарат Протефлазід на тлі традиційного лікування.

Після комплексної терапії було досягнуто стійку клінічну ремісію. Середня тривалість лікування хворих першої групи становило 29 днів, а другої групи – 23 дня відповідно.

Висновки. Імунокоригуючий рослинний препарат Протефлазід, який застосовувався в комплексному лікуванні atopічного дерматиту, сприяв регресу клінічних проявів захворювання та подовженню ремісії.

Застосування препарату Протефлазід суттєво підвищує ефективність лікування пацієнтів та є перспективним.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА ЗАСТОСУВАННЯ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ ВАЛСАРАНУ З АМЛОДИПІНОМ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ КОМОРИДНУ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Гніздюх Р.В., Шманько В.В.

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

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень поряд з артеріальною гіпертензією належать до найбільш поширених

хронічних неінфекційних захворювань. Щороку поширеність цих патологій збільшується як в Україні, так і в Європі. За прогнозами експертів ВООЗ до 2020 року ХОЗЛ посідає 3-тє місце серед причин смертності. Високий ступінь урбанізації та погіршення екологічної ситуації призводять до збільшення кількості захворювань органів дихання у поєднанні з серцево-судинною патологією особливо в осіб похилого віку. На сьогоднішній день залишається невирішеним питання раціональної діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Мета. З'ясувати ефективність застосування фіксованої комбінації валсартану з амлодипіном у лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 24 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ» (Комунальний заклад Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня») з АГ II ст. в поєднанні з ХОЗЛ, віком від 47 до 84 роки. Середній вік обстежуваних становив $(63,25 \pm 11,1)$ років.

Всі обстежені були розділені на 2 групи:

До першої групи (контрольної) включено 12 пацієнтів з АГ коморбідною з ХОЗЛ, які, разом з основним лікуванням, отримували антигіпертензивні препарати такі як інгібітори АПФ, діуретики, антагоністи рецепторів АТ2.

До другої групи (основної) – 12 пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ, які в комплексному лікуванні отримували фіксовану комбінацію валсартан/амлодипінв дозі 80мг/5мг відповідно.

Тривалість лікування становила від 28 до 57 днів, а середня тривалість склала $(43,4 \pm 5,3)$ днів.

Обстеження пацієнтів проводилося за допомогою вимірювання артеріального тиску (відповідно до рекомендацій Української асоціації кардіологів з профілактики і лікування артеріальної гіпертензії), ультразвукового дослідження серця та дослідження функції зовнішнього дихання.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз результатів дослідження показав, що після проведеного комплексного ліку-

вання спостерігалось зниження САТ і ДАТ в обох групах, проте удругій групі ці зміни були більш виражені. Так, САТ в основній групі до лікування становив (154,4±5,3) мм.рт.ст., а після лікування – (121,2±4,7) мм.рт.ст. (p<0,05), тобто зменшився на 21,5%, тоді як у хворих контрольної групи – на 14,9 % і становив до лікування 156,8±3,2 мм.рт.ст., після лікування 133,5±4,3 мм.рт.ст. (p<0,05). У ході дослідження було з'ясовано, що ДАТ удругій групі до лікування становив (105,3±3,2) мм.рт.ст., а після – (81,7±2,1) мм.рт.ст. (p<0,05), що склало 22,4%, в свою чергу у пацієнтів контрольної групи ДАТ до лікування складав (101,1±3,6) мм.рт.ст., після лікування зменшився до (89,9±2,4) мм.рт.ст. (p<0,05), що становить 11,1%.

Щодо скоротливої функції міокарда, то вона покращилась в усіх пацієнтів основної групи. За даними УЗД серця ФВ збільшилась на 9,7% (з 51,2±1,7% до 56,3±1,5%) (p<0,05), а в пацієнтів контрольної групи -(з 51,8±2,1% до 53,4±1,5%) (p>0,05), на 4,7% або відмічалась лише тенденція до зростання.

Слід відмітити, що в усіх хворих зменшилися явища бронхіальної обструкції, про що свідчать зміни ОФВ₁. Однак у пацієнтів другої групи позитивна динаміка була більш виражена ніж у хворих першої групи. Так, в основній групі ОФВ₁ до лікування становив 52,1±3,7%, після – 64,8±2,9% (p<0,05), в той час як у пацієнтів контрольної групи ОФВ₁ до лікування – 53,3±2,7%, а після лікування 57,3±3,3% (p>0,05).

Висновок. Таким чином, нами встановлено вищу ефективність застосування фіксованої комбінації валсартану з амлодипіном, порівняно зі стандартним лікуванням, у хворих на артеріальну гіпертензію поєднану з хронічним обструктивним захворюванням легень, про що свідчать показники артеріального тиску, вірогідне покращення ОФВ₁ та інтегрального показника структурно-функціонального стану серця – фракції викиду лівого шлуночка. Це вказує на доцільність застосування цієї фіксованої комбінації у хворих на артеріальну гіпертензію поєднану з хронічним обструктивним захворюванням легень.

МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУДИННИМИ УРАЖЕННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Голяченко А.О., Голяченко О.А., Голяченко Б.А.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», Національний інститут
хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова*

Вступ. В Україні щороку офіційно реєструється 100–120 тис. інсультів, 30–40 % хворих на інсульт помирають протягом першого місяця і 20–40 % з тих, які вижили, мають тяжку інвалідність. Кожен п'ятий із жителів нашої країни помирає від інсульту і ще кожен п'ятий після інсульту стає залежним від сторонньої допомоги. 35,5% – пацієнти працездатного віку, з яких до праці повертається 20%, а повна професійна реабілітація, за деякими даними, досягається лише в 8% випадків.

Ішемічний інсульт викликає формування в тканині мозку патологічного вогнища, ядром якого є загиблі нервові клітини. Клітини, які розташовані в безпосередній близькості із загиблими, перебувають у стані гальмування. Якщо вчасно почати реабілітаційні заходи, то цим клітинам можна повернути активність.

Мета дослідження: вивчити можливості покращення результатів відновного лікування хворих із судинними ураженнями головного мозку

Матеріали і методи. В якості патогенетичної основи судинних захворювань головного мозку традиційно розглядають зміну тонуусу і структури стінок мозкових судин, підвищення їхньої проникності, зміна реологічних властивостей, ліпідного спектра крові, гормонального профілю, порушення різних видів обміну, зміни киснево-транспортної функції крові. Хронічні і гострі порушення мозкового кровообігу є в першу чергу судинними захворюваннями і протікають на тлі змін ендотелію. Здійснюючи синтез локально діючих медіаторів, ендотеліоцити забезпечують оптимальне регулювання органного кровотоку. Більшість речовин, які впливають на тонус судин, викликають синтез та вивільнення з ендотелію оксиду азоту, а він у свою чергу, розслаблює гладку мускулатуру судин. Єдиним

фізіологічним донатором оксиду азоту NOв організмі людини є амінокислота L-аргінін.

Результати досліджень та їх обговорення. Включення L-аргініну в стандартну відновну терапію хворих з ішемічним інсультом чинить позитивний вплив на перебіг захворювання, прискорює відновлення рухових функцій за шкалою Столярова на 1-5 бали, за шкалою Бартеля – на 1-100 балів, сприяє зниженню спастичного м'язового тону. Додавання до базисної терапії хворих з ішемічним інсультом L-аргініну гідрохлориду супроводжується прискоренням темпів динаміки відновлення неврологічного дефіциту. Зниження балів за шкалою Ашворта порівняно з базовим лікуванням становить – 50%. У 75% хворих відзначається стабільний регрес неврологічної симптоматики, насамперед рухових порушень (тоді як з базовою терапією у 65%). Також відзначається збільшення числа пацієнтів з хорошим відновленням (індекс Бартеля вище 70). Додавання L-аргініну до антитромбоцитарної, антикоагулянтної терапії, призначення статинів і антигіпертензивної терапії та контролю рівня глюкози дозволяє покращити відновне лікування хворих із хронічною недостатністю мозкового кровообігу.

Висновки: 1. Ранній початок реабілітації (після стабілізації основних вітальних функцій (гемодинаміки, дихання)) має позитивний вплив на відновлення функцій. 2. Інфузійна терапія у ранній реабілітації хворих із судинними порушеннями забезпечує: фізіологічність, ефективність, безпечність, комплексну дію, прогнозованість і керуваність, персоніфікованість, доступність, комплаєнс, плацебо-ефект. 3. Парентеральне введення медичних розчинів безпосередньо в кровотік, поза ШКТ, має ряд переваг, головна з яких – швидке і повне (біодоступність 100%) засвоєння лікувальних і поживних речовин з розчинів.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні спектру препаратів для інфузійної терапії у ранній реабілітації хворих.

КЛІНІЧНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТІОПАТОГЕНЕЗ ХРОНІЧНОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТА ТА ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ЙОГО ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Гордійчук Д.О., Єрмоленко Т.І., Онашко Ю.М.

*Кафедра фармакології та медичної рецептури Харківського
національного медичного університету*

Хронічний остеомієліт, зокрема щелепних кісток, поширене захворювання, яке є актуальною проблемою для теоретичної та практичної медицини. Цьому захворюванню присвячено велику кількість монографій та дисертаційних робіт численних науковців.

Незважаючи на те, що хронічний одонтогенний остеомієліт, здавалося б, є добре вивченим, результати його лікування не можна вважати задовільними. Про це свідчить велика кількість місцевих і загальних ускладнень, що виникають у процесі лікування, а також у ранньому або віддаленому післяопераційних періодах.

Сучасна фармакотерапія хронічного одонтогенного остеомієліту спрямована на усунення некротичного вогнища, ліквідацію запалення, стимуляцію обмінних процесів, попередження деструктивних змін кісткових структур та м'яких тканин ураженої зони, підвищення загальної реактивності організму. Окрім того, вона повинна включати призначення антимікробних, дезінтоксикуючих, десенсибілізуючих, імуномодельючих, вітамінних препаратів й інших.

Одними з перспективних напрямків фармакотерапії одонтогенного остеомієліту є використання антиоксидантних лікарських засобів, котрі здатні виявляти остеопротекторні властивості, підвищувати резистентність тканин уражених гнійно-запальним процесом до негативного впливу екзогенних чинників, що порушують морфофункціональний стан, зокрема кісткової системи.

Беручи до уваги значний прогрес наукових досліджень щодо пошуку, розробки та впровадження антиоксидантної терапії в стоматологічну практику, є підстави стверджувати про доцільність подальших досліджень у цьому напрямку.

Отже, реалізація тільки комплексного підходу до діагностики та лікування різноманітних форм хронічного остеомієліту з одночасним або послідовним впливом на різні ланки патологічного процесу може призвести до повного одужання хворого.

УДК 615.015 (075.8)

ВИКЛАДАННЯ АСПЕКТІВ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОКІНЕТИКИ В ЛЕКЦІЇ З ЗАГАЛЬНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ

**Горчакова Н.О., Дяченко В.Ю., Клименко О.В., Савченко Н.В.,
Шумейко О.В., Сімонов П.В.**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

На сучасному етапі розвитку фармакологічної науки знання з фармакології і клінічної фармакології є вагомим внеском в професійну освіту кожного лікаря. При цьому окремими аспектами клінічної фармакокінетики необхідно опановувати ще з третього курсу, тому в лекції з загальної фармакології студентів знайомлять з особливостями визначення фармакокінетики в експерименті і клініці.

Метою роботи стало визначення аспектів клінічної фармакокінетики, які необхідно включити в лекційний матеріал з загальної фармакології. Основи поняття і терміни фармакокінетики є загальними для фармакології і клінічної фармакології. Особливу увагу студентів третього курсу медичних факультетів необхідно акцентувати на поняттях біодоступності і біоеквівалентності. Вивчення біоеквівалентності дозволяє порівнювати препарати в клінічній практиці, що дуже важливо для визначення ефектів постмедикаментів різних виробників. Акцентується увага студентів на тому, що фармакокінетичні дослідження поводяться на різних етапах створення лікарських засобів: на стадії доклінічного вивчення на тваринах, при обмежених і розширених клінічних випробуваннях, а також після впровадження лікарського засобу в медичну практику. Коло питань, що вивчають процеси всмоктування, розподілу, метаболізму та елімінації є предметом експериментальної фармакології, а вивчення фармакокінетики в умовах

клініки – ключовий метод дослідження клінічної фармакології. Експериментальні та клінічні фармакокінетичні дослідження, незважаючи на відмінність в об'єкті вивчення та завданнях, мають загальну методологічну основу і багато загальних методичних особливостей. Так, в клініці проводять аналіз концентрацій лікарського препарату і його метаболітів при дослідженні фармакокінетики нового препарату, вивченні впливу різних чинників, в тому числі патологічного процесу на фармакокінетичну поведінку препарату, визначення біодоступності нової лікарської форми і впливу способу застосування на фармакокінетику препарату та обґрунтування лікарської взаємодії.

Клініко-фармакологічні дослідження повинні проводитися з виявленням індивідуальних особливостей фармакокінетики у хворого з метою визначення оптимальної схеми дозування препарату, дослідженні кінетики препарату в зіставленні з динамікою фармакотерапевтичного ефекту, моніторинг кінетики ліків в процесі курсової терапії з метою контролю за ступенем ефективності та безпеки проведеної фармакотерапії.

Таким чином, знання з фармакокінетики, отримані студентами медичних факультетів на третьому курсі з включенням аспектів клінічної фармакології, допоможуть опануванню цього розділу при проходженні клінічної фармакології.

УДК:[616.12-008.331.1+616.379-008.64]-06:616.127-005.8-085.355

ВПЛИВ РАМПРИЛУ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ НА ФОРМУВАННЯ ПІСЛЯІНФАРКТНОГО СЕРЦЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Гребеник М.В., Бідованець Л.Ю., Левчик О.І.

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

Розвиток гострого інфаркту міокарда (ІМ) часто ускладнюється розвитком серцевої недостатності (СН) в процесі постінфарктного

ремоделювання серця. Доведено, що ІАПФ можуть позитивно впливати на післяінфарктні зміни міокарда і попереджувати розвиток СН. Однак в межах навіть однієї групи, при застосуванні різних ІАПФ результати далеко неоднозначні.

Мета – оцінити вплив раміприлу в складі комплексної стандартної терапії ІМ на віддалені результати: післяінфарктне ремоделювання, функціональний стан міокарда і якість життя в умовах коморбідності з артеріальною гіпертензією (АГ) і цукровим діабетом (ЦД).

Матеріал і методи. Обстежено 215 хворих з ГІМ, з них 161 (74,9 %) чоловіків і 54 (25,1 %) жінки. За локалізацією і величиною некрозу переважали нижні (39,1 %) і передні (35,8 %) ІМ із зубцем Q, суттєво рідше діагностували повторні (14,4 %) і ІМ без зубця Q (10,7 %). Розрахункова маса некрозу в середньому у групі склала $(11,99 \pm 0,61)$ %. 78,6 % пацієнтів мали супутню патологію: АГ – 75,8 %, ЦД – 20,6 %, перенесли мозкові події (ТІА, інсульт) 5,6 %, атеросклеротичне ураження периферичних судин 3,6 %. Середня тривалість анамнезу АГ склала $(11,24 \pm 0,58)$, а ЦД – $(7,36 \pm 1,22)$ р., вперше виявлена під час ІМ АГ – у 4 (1,4 %), ЦД – у 10 (4,7 %) пацієнтів.

Проводили стандартне клініко-лабораторне і ЕКГ обстеження. Діагноз ІМ верифікували згідно національних настанов і протоколів (Наказ № 455, 2014 і №164, 2016), ремоделювання і функціональний стан міокарда оцінювали за даними ехокардіоскопії (рекомендації Всеукр.асоціації фахівців з ехокардіографії, 2013), натрійуретині пептиди – Nt-proBNP визначали імуноферментним методом, оцінку якості життя проводили за шкалою SF-36. Перебіг гострого періоду ІМ характеризувався розвитком ускладнень: кардіогенного шоку у 13 (6,0 %), набряку легень у 10 (4,8%), тромбендокардиту у 1 (0,5 %), гострої аневризми серця у 8 (3,8 %), синдрому Дреслера у 7 (3,3 %), післяінфарктної стенокардії у 18 (8,6 %). Серед обстежених у 3 випадках (1,4 %) ІМ ускладнився розривом вільної стінки з тампонадою серця. Порушення ритму зафіксовано у 34,4 % випадків, суправентрикулярні – у 17,22 % та шлуночкові – у 18,2 % та порушення провідності – у 13,40 %, зокрема атріовентрикулярні блокади (4,8 %), блокади ніжок пучка Гіса, лівої (1,9 %) чи правої (6,2 %).

Фармакоінвазивна (тромболізис з наступним ЧКВ) стратегія застосована в 10 (4,9 %), тромболізис у 37 (18,0 %), первинне ЧКВ – у 124 (60,2 %) хворих.

У процесі лікування (стандартна терапія – статин – 99 %, АСК – 94 %, клопідогрель або тикагрелор – 98 %) із застосування раміприлу (100 %) і динамічного спостереження за 28 пацієнтами з коморбідними АГ і ЦД при оцінці за t-спареним тестом спостерігали зниження холестеролу з (5,78±0,28) до (4,29±0,21) ммоль/л та ЛПНЩ з (3,39±0,26) до (2,11±0,15) ммоль/л ($p < 0,0001$), N-HDL з (4,26±0,32) до (3,23±0,21) ммоль/л, $p = 0,001$.

В динаміці 6-місячного спостереження на тлі стандартної терапії з застосуванням ІАПФ – раміприлу спостерігали суттєве поліпшення якості життя ($p = 0,004$), а післяінфарктне ремоделювання не супроводжувалось дилатаційним синдромом, розвитком СН, свідченням чого була відсутність негативної динаміки Nt-proBNP. Навпаки, ФВ збільшувалась, а показники Nt-proBNP мали тенденцію до зниження.

Отже, комплексна терапія з застосуванням раміприлу забезпечила кардіопротективний ефект і поліпшення якості життя в умовах коморбідності ІМ з АГ і ЦД упродовж 6 місяців спостереження.

FIBRINOLYTIC DRUGS IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Dombrovskaya I. K., Manzheliy V. V., Knyazkova I. I.

Department of clinical pharmacology

Kharkiv National Medical University

Comparison of efficiency of thrombolytics was conducted in a number of clinical tests. Experimental researches (GUSTO-I) testify to higher thrombolytic activity of tissue plasminogen activator (t-PA) as compared to strepto- and by an urokinase. In the acute phase of IM of combined t-PA more quickly and frequently causes the lysis of occlusal blood clot in a heart attack – to the dependent coronal artery. T-PA more effectively reduces an mortality (after 30-daily period) in patients with myocardial infarction than streptokinase, however more frequently causes intracranial hemorrhages (0,7 and 0,5% accordingly, $p = 0,03$). For treatment of acute myocardial infarction of t-PA usually prescribed a total dose of 100-150 mg for 3 hours, with the first 6-10 mg administered as a bolus over 2 min. As a total dose of 150 mg of often caused hemorrhagic complications,

and 3 hours infusion too late led to recanalization of a coronary artery. In recent years, were offered two new recombinant regimens of t-PA. Fibrinolytic therapy with bolus in the prehospital or in the hospital allows you to quickly apply it, and reduce the risk of errors associated with administration of the drug. The choice of fibrinolytic agent will depend on the individual benefit and risk assessment, as well as on the availability and cost. The best results can give the drugs with a greater degree of specificity to fibrin, especially for patients with thrombolysis after 4 hours from the time symptoms develop. So, there are clinical evidence of greater efficiency alteplase as the “gold standard” in acute myocardial infarction.

УДК: 615.1

β-ЛАКТАМНІ АНТИБІОТИКИ В БАГАТОПРОФІЛЬНОМУ СТАЦІОНАРІ РЕСПУБЛІКИ ТАДЖИКИСТАН

Джабаров І.П.

Худжандський медичний коледж ім. Исхоки Ю.Б., м.Худжанд

На сьогоднішній день, антимікробні препарати (АМП) є однією з найбільш часто призначуваних груп лікарських засобів в сучасній медицині. Найбільшу популярність серед АБП набувають антибіотики, що містять у своїй структурі бета-лактамне кільце. Саме β-лактамні антибіотики є однією з найбільш вивчених, численних і провідних груп АМП, які застосовуються для лікування інфекцій дихальних шляхів, сепсису та інших важких бактеріальних інфекцій у відповідності з чутливістю збудників, мають сприятливий «профіль безпеки» з мінімальною кількістю протипоказань до застосування.

Проведено ретроспективний аналіз споживання АМП у багатoproфільному стаціонарі за 2011-2015 рр. Для оцінки динаміки споживання β-лактамних антибіотиків застосували стандартизовану АТС/DDD методологію.

Було показано, що використання β-лактамних антибіотиків для лікування різного роду захворювань інфекційного генезу значно перевищує по споживанню АМП інших класів. Так, частка β-лактамних антибіотиків в спектрі застосовуваних АМП в динаміці поступово

зростає: в 2012 р % від загальної спожитої DDDs для β-лактамних антибіотиків серед усіх АМП склав 58%, в той час як в 2015 р цей показник склав 78%. Іншими словами споживання β-лактамних антибіотиків за чотири роки зросло у 1,5 рази. При цьому частка цефалоспоринів в структурі споживаних АМП значно перевищує таку для пеніцилінів. Безумовним лідером по споживанню є цефтріаксон.

Отримані дані можуть служити обґрунтуванням для планування закупівель лікувально-профілактичних установ за статтею «Медикаменти», з іншого боку можуть бути використані для аналізу раціональності підходів до застосування АМП, враховуючи небезпеку розвитку антибіотикорезистентності.

УДК 615.322:615.065

ГОТУ КОЛА: ЧИ МОЖЛИВА КОРИСТЬ БЕЗ ШКОДИ?

Єрмоленко Т.І., Губська О.М.

*Кафедра фармакології та медичної рецептури
Харківський національний медичний університет*

Весна – важкий період для організму. Практично кожен замислювався над тим, як допомогти собі і своїм близьким у боротьбі з авітамінозом і хронічною втомою. Все частіше сучасні жителі великих міст за браком часу звертаються до БАДів. Але чи такі вони нешкідливі, як нам це представляють виробники? Останнім часом набирають популярність препарати, що містять екстракт готу кола. Основними показаннями до застосування є захворювання, що супроводжуються порушенням мозкового кровообігу, а також вегето-судинна дистонія, гіпотонія, епілепсія, депресивні стани, неврогенна анорексія. Існує хибна думка, що готу кола містить у своєму складі кофеїн, але це не так – деяка тонізуюча дія обумовлена вмістом тритерпенових сапонінів (азіатікозид, мадекасозид, мадекасова і азіатікова кислоти, брахмосид, центелозид), які стимулюють вироблення нейромедіатора (ацетилхоліна). Це благотворно позначається на процесах активації і гальмування вищої нервової діяльності. Також рослина містить ефірні масла, флавоноїди, стероли (бета-ситостерин, кампостерин,

стігматерол). Вміст біофлавоноїдів обумовлює гіпотензивний ефект – наслідок розслаблення гладкої мускулатури кровносної системи. Азіатікозиди готу кола прискорюють процес нарощування тканин у місцях зосередження інфекції, таких як рани і виразки, стимулюють синтез ліпідів і протеїнів, необхідних для здоров'я шкіри. Готу кола зміцнює вени, відновлюючи сполучні тканини міжклітинного простору, і знижує проникність судин, покращує циркуляцію крові в судинах головного мозку, підсилює пам'ять, концентрацію уваги і інтелект, а також покращує мовну функцію. Благотворно впливає на рівень цукру в крові. Готу кола містить леткі олії, які обумовлюють сечогінну дію і поліпшення складу крові. Виявлено, що тритерпени готу кола дають додатковий детоксикуючий ефект, стимулюючи функції печінки. За даними французьких дослідників, після застосування препаратів на основі готу кола спостерігалися гістологічні поліпшення у 5 з 12 пацієнтів з хронічними захворюваннями печінки. Властивість покращувати периферичний кровообіг, зменшувати набряклість і біль у кінцівках, дозволяє успішно застосовувати готу кола при лікуванні флебітів, варикозному розширенні вен, судомах ніг, при симптомах «тяжкості» або пощипування в ногах та інших випадках венозної недостатності. Всі перераховані вище ефекти можуть створити ілюзію відсутності побічних дій, але це не зовсім так.

До числа побічних реакцій відносяться шкірний висип, нудота, седативна дія, підвищення рівня холестерину, стомлюваність, зниження здатності до зачаття, алергічні реакції. Великі дози можуть викликати кровоточивість (в тому числі і мікрогематурію). Не можна приймати готу кола вагітним, жінкам, які намагаються завагітніти і годуючим жінкам, людям з алергією на цю рослину, на азіатікозид, азіатікову і мадекасову кислоти, а також пацієнтам з підвищеним рівнем холестерину.

Через те, що готу кола не є лікарським препаратом, даних по масштабним дослідям побічних ефектів не достатньо. Тому на даному етапі застосування таких засобів, які вважаються абсолютно безпечними, необхідно контролювати.

ІНОВАЦІЙНИ ПІДХОДИ В СТВОРЕНІ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ СОЛЕЙ БУРШТИНОВОЇ КИСЛОТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК

Єрмоленко Т.І.,¹ Лісовий В.М.,¹ Зупанець І.А.²

¹Харківський національний медичний університет

²Національний фармацевтичний університет

Згідно з літературними даними основними формами нефролітіазу є оксалатний нефролітіаз, на частку якого приходиться понад 50 % всіх клінічних випадків хвороби та сечокислий уролітіаз, що становить близько 15 %. Проблему посилює той факт, що лікування нефролітіазу сьогодні в основному базується на хірургічних та ударно-хвильових способах видалення та/або руйнування конкрементів, що не усуває причину й практично не впливає на основні ланки патогенезу хвороби і робить терапію недостатньо ефективною при частих рецидивах. У той же час методи фармакологічної корекції досить обмежені, у зв'язку з чим пошуку нових напрямків у консервативному лікуванні даного захворювання приділяється пильна увага. Розуміння патогенезу нефролітіазу спрямовувало науковців протягом багатьох років на пошук механізму олужнення сечі та розчинення конкрементів. Відомо, що однією з найважливіших вимог до засобів уролітолітичної дії є наявність у них буферних властивостей, тобто спроможності протягом певного часу утримувати рН сечі у межах, коли створюються необхідні сприятливі умови для припинення росту або розчинення сечових конкрементів відповідного складу.

Роботами Thomas J. і співавт. (1971) в експерименті встановлено, що сукцинати попереджають розвиток нефролітіазу як і цитрати, викликаній тривалим введенням етиленгліколю, сприяючи формуванню високо розчинних комплексів з кальцієм, збільшуючи тим самим інгібіруючу активність сечі.

В основі лікувально-профілактичних властивостей бурштинової кислоти та її сполук лежить модифікуючий вплив на процеси тканинного метаболізму – клітинне дихання, іонний транспорт, синтез білків та інші механізми.

Метою нашої роботи було дослідити вплив комплексу солей бурштинової, що складається із сукцинатів калію, магнію та натрію, на рівень рН сечі у щурів в при експериментальному нефролітіазі.

Представляло інтерес виявити вплив буферного комплексу на можливість зрушення рН сечі у бік лужних значень і тривалість утримання цього ефекту протягом 4 годин. Дослідження проведені на інтактних тваринах порівняно з препаратом Блемарен, який вводили у дозі 1,5 г/кг (доза розрахована за допомогою коефіцієнтів видової чутливості за методом Ю. Р. Риболовлева. Препарати вводили внутрішньошлунково одноразово. Дослідження проводили відповідно до правил «Європейської конвенції захисту хребетних тварин, яких використовують з експериментальною та іншою науковою метою» (м. Страсбург, 1986). Результати досліджень показали, що при застосуванні буферного сукцинатного комплексу в дозі 0,5г/кг спостерігається значиме зрушення рН сечі у щурів в лужну сторону та тривале (протягом 4 годин) утримання рН сечі в області лужних значень. Початковий рівень рН сечі щурів складав у середньому 5,7. Застосування комплексу зрушує рН сечі до 1 години спостереження на 19 %, а до 4 години перевищує початковий рівень на 29 %. Препарат порівняння Блемарен зрушує рН сечі у бік нейтральних значень на 18,8 % до першої години спостереження і на 22 % – до 4 години. Введення сукцинатного буферного комплексу протягом всього періоду спостереження не мало достовірних відмінностей від застосування препарату порівняння – Блемарен.

Таким чином, виходячи з вищенаведеного можливо зробити висновки, що застосування сукцинатного буферного комплексу для корекції рН сечі дозволяє не тільки більш фізіологічно впливати на даний показник, а й стійко утримувати його у необхідних межах, і, само по собі, є оригінальним підходом, оскільки з цією метою, як правило, використовуються цитрати.

ПОБІЧНІ ДІЇ НА НИРКИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГЕНТАМІЦИНУ

Ермоленко Т.І., Онашко Ю.М., Гордійчук Д.О.

*Кафедра фармакології та медичної рецептури Харківський
національний медичний університет*

Практична значимість в застосуванні гентаміцину обумовлена широким спектром антимікробної дії на більшість грамнегативних і грампозитивних мікроорганізмів, активністю проти мікобактерій і деяких найпростіших.

Як уже відомо аміноглікозидні антибіотики мають властивість комулювати у кірковому шарі нирок, де концентрація препарату може перевищувати його вміст у крові більш ніж у 100 раз. Метою нашої роботи на експерименті підтвердити токсичну дію гентаміцину на нирки.

Дослідження проводили на білолінійних щурах середньою масою 160-200 грам. Піддослідних тварин розділили на 2 групи: інтактна та дослідна. Дослідній групі вводили 4% розчин гентаміцину сульфат внутрішньом'язово у дозі 80 мг/кг один раз на добу протягом 14 днів. На 14 день провели дослідження концентрації білка, сечовини, креатеніну в сечі та сировотці крові.

Отримані дані проведеного експерименту в дослідній групі свідчать про зменшення концентрації загального білка в сировотці крові в порівнянні з інтактною групою в 1,13 рази, збільшення концентрації в сироватці крові креатеніну в 1,4 рази, сечовини в 6,12 рази. Концентрація в сечі загального білка дослідної групи збільшена в 2,18 рази, креатеніну зменшена в 1,65 рази, сечовини зменшена в 2,23 рази.

Результати експерименту в дослідній групі свідчать про порушення функціонального стану нирок, у вигляді зниженням концентраційної функції (за показниками вмісту креатеніну, сечовини, білка в сечі та сироватці крові), що підтверджує токсичну дію на нирки при застосуванні розчину гентаміцину сульфат.

ПРОБЛЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ЖИРОВОЇ ЕМБОЛІЇ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Єрмоленко Т.І., Соловйова Н.Г.

*Кафедра фармакології та медичної рецептури Харківський
національний медичний університет*

Жирова емболія (ЖЕ) є тяжким ускладненням травми з переломами трубчастих кісток і тазу. Окрім цього зустрічається при протезуванні суглобів, при застосуванні жирових препаратів, після ліпосакції та ін.

Вважається що глобули жиру потрапляють до кровообігу через стінки пошкоджених вен. Певну роль відіграє порушення емульсійної стабільності жиру плазми крові. Більша частина жирових емболів застрягає в капілярах легень, але деякі потрапляють до судин головного мозку чи інші органи. Жирові емболи піддаються дії ліпаз. Внаслідок утворюються вільні жирові кислоти — токсичні продукти, пошкоджуючі ендотелій судин. Незважаючи на сучасну інтенсивну терапію летальність при ЖЕ залишається високою та становить за даними різних авторів від 3,4 до 30% .

Для медикаментозного лікування ЖЕ у практичній медицині використовуються група деземульгаторів, кортикостероїди, проводиться білковозамісна терапія.

До препаратів специфічної профілактики та лікування ЖЕ належать деземульгатори жиру — ліпостабіл, есенціале — дія яких спрямована на перехід утворившихся жирових глобул у стан тонкої дисперсії.

До деземульгаторів відноситься також етиловий спирт, дія якого доведена в експерименті. Препарат здатен інгібувати сироваткову ліпазу, має антикетогенну, седативну дію.

У хворих із ЖЕ спостерігається гіпопротеїнемія. Гіпоальбумінемія створює умови для появи у крові не зв'язаних з білками крові вільних жирових кислот, які мають токсичні властивості. Це робить необхідним використання білкових препаратів (альбумін). Окрім цього, розчин альбуміну відновлює внутрішньосудинний об'єм, покращує перфузію тканин, зменшує внутрішньочерепний тиск. Використання препарату обмежено при синдромі капілярного витіку”.

Патогенетично обґрунтованим є призначення перфторану, що представляє собою рідкий сорбент. Препарат здатен зв'язувати ліпідну основу емболів, покращувати кисневий транспорт, знижує рівень субстратів ПОЛ, зменшує набряки. Ці якості дають змогу віднести перфторан до препаратів специфічного лікування ЖЄ.

Є данні о користі профілактичного застосування високих доз глюкокортикостероїдів. Ефективність стероїдів обґрунтовують їх мембраностабілізуючою дією, обмеженням утворення вільних кисневих радикалів, інгібуванням комплемент-індукованої агрегації лейкоцитів. Однак деякі автори спростовують ефективність цього методу.

Є дані о профілактичній дії при ЖЄ гіпохлорита натрію в початковий період ЖЄ. Розчин є донатором атомарного кисню, викликає окислення ліпідних компонентів жирових глобул, оказує дезінтоксикаційну дію. Ефективність даної методики потребує подальшого дослідження.

Незважаючи на досягнення медицини, проблема лікування ЖЄ залишається складною задачею. Згідно з даними вітчизняних та закордонних науковців різні методи лікування запропоновані для лікування ЖЄ виявились неефективними. Нема доказів, що такі препарати як ліпостабіл, есенціале, нікотинава кислота, розчини глюкози та етилового спирту можуть покращити прогноз лікування. Виходячи з цього потрібен подальший пошук методів та розробка лікарських засобів які б істотно впливали на результат лікування.

УДК:612.017-02:616.379-008.64-085.357]-092.9

ЗМІНИ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ЩУРІВ ІЗ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ДІАБЕТОМ ПРИ ВВЕДЕННІ ЕКЗОГЕННОГО МЕЛАТОНІНУ

**Іванків Я. І., Олещук О. М., Мудра А. Є., Федонюк Л. Я.,
Черняшова В. В.**

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

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) займає провідне місце в структурі захворюваності, характеризується швидким розвитком ускладнень, важкістю їх терапії та серйозним прогнозом. Важливе

значення в патогенезі цього захворювання відіграють прозапальні цитокіни, що є чинниками виникнення інсулінорезистентності та прогресуючого зниження синтезу інсуліну.

Мелатонін (МТ) гормон синхронізатор циркадних ритмів, має виражені антиоксидантні властивості та бере участь в регуляції функцій імунної системи. Саме тому, ми припустили що МТ проявлятиме захисний ефект при даному патологічному процесі.

Мета: Оцінити діагностичну та прогностичну значущість застосування МТ і його вплив на вміст прозапальних цитокінів у периферичній крові тварин для корекції імунопатології ЦД.

Матеріали і методи: Визначення концентрацій тумор некротичного фактора-альфа (TNF- α), інтерлейкіну-1бета (IL-1 β), інтерлейкіну-2 (IL-2), інтерлейкіну-6 (IL-6) здійснювали імуноферментним методом, використовуючи стандартні набори реактивів, адаптовані для білих щурів компанії USCN, Life Science Inc. ЦД 2 типу викликали шляхом підшкірного введення розчину дексаметазону («KRKA», Словенія) в дозі 0,125 мг/кг протягом 13 діб. МТ вводили внутрішньоочередово в дозі 10 мг / кг з 14 до 23 добу експерименту.

Результати дослідження. ЦД 2 типу супроводжувався достовірним зростанням концентрації прозапальних цитокінів IL-1 β , IL-6, TNF α у сироватці крові. Десятиденне ведення МТ тваринам із експериментальним діабетом, сприяло нормалізації досліджуваних показників в порівнянні з аналогічними у групі, яким корекція не проводилася.

Висновок. Підвищена концентрація глюкози стимулює спонтанний синтез прозапальних цитокінів. Застосування МТ покращує досліджувані показники імунологічної реактивності, що свідчить про його протизапальні та імуномодулюючі властивості.

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Калугіна С.М.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

На сучасному етапі розвитку медицини однією з актуальних і складних проблем при лікуванні будь-яких захворювань є пошук оптимальних підходів і об'єктивних критеріїв оцінки ефективності фармакотерапії. Надійною інформацією про це володіє доказова медицина (ДМ) – практика, що базується на аналізі і використанні результатів контрольованих клінічних досліджень.

Мета роботи – узагальнення досвіду викладання клінічної фармакології з позиції доказової медицини кафедрою клінічної фармакології і фармакотерапії Івано-Франківського національного медичного університету.

При проведенні практичних занять викладачі кафедри знайомлять студентів з п'ятиступеневою моделлю ДМ D. Sackett, яка є основою для вибору адекватної терапії. Окрім того, на заняттях обговорюються фундаментальні принципи ДМ; етичні аспекти клінічних досліджень (КД); кодекси GLP, GCP, GMP; основні статистичні показники, принципи та сфери застосування клінічних досліджень. Особлива увага приділяється формулярній системі, раціональному і нераціональному використанню лікарських засобів, небажаним ефектам при проведенні КД, взаємовідносинам лікарів з представниками фармацевтичного бізнесу. Також студентам надаються протоколи КД різного дизайну, зразки добровільної інформаційної згоди, реєстраційні карти. Оскільки викладання клінічної фармакології здійснюється на клінічній базі (Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний диспансер) на кожному занятті проводиться клінічний розбір пацієнта з розробкою плану лікування відповідно до принципів ДМ, а також аналіз опублікованого клінічного дослідження з позицій дизайну, оцінки отриманих результатів і визначення передбачуваного рівня доказовості. На нашу думку, ДМ слугує універсальним інструментом, що проявляє свою фактичну

значимість в сукупності з клінічною практикою і знанням теоретичних аспектів дисципліни.

Отже, викладання клінічної фармакології з позиції ДМ є важливою складовою планомірного навчального процесу студентів у рамках раціональної інтеграції індивідуального клінічного досвіду з результатами контрольованих клінічних досліджень.

УДК:616.24 – 002 – 008.6 – 056.3 – 092.9-036.4-02:616.24-078.839

ЗМІНИ АКТИВНОСТІ КАТАЛАЗИ В ЛЕГЕНЯХ МОРСЬКИХ СВИНОК В ДИНАМІЦІ ФОРМУВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АЛЕРГІЧНОГО АЛЬВЕОЛІТУ

Ковальська М.Є.

*Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького*

Метою нашої роботи було дослідити активність каталази (КТ), в легенях за умов розвитку експериментального алергічного альвеоліту (ЕАА).

Дослідження проводились на 52 самках морських свинок – масою тіла 180 – 200 г., поділені на 5 груп тварин. Перша (n = 12) – інтактні морські свинки (контроль). Відповідно друга, третя, четверта та п'ята групи тварин (n = 10) – на 1, 2, 24, 34 доби ЕАА.

ЕАА відтворювали за методикою О.О.Орехова, Ю.А.Кирилова (1985). Активність каталазу визначали за методом Holmes R., Masters C. (1970). Статистичне опрацювання одержаних результатів здійснювали за методом Стьюдента.

На початку експерименту (1-ша доба) активність каталази в легенях морських свинок зростає на 16,8 % ($p < 0,05$) у порівнянні з першою групою. Пізніше, на 2-гу добу відмічаємо незначне підвищення даного показника на 22,5 % ($p < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою. На 24-ту добу спостерігається подальше підвищення КТ на 38,4 % ($p < 0,05$) в порівнянні з інтактною групою тварин, на 34-ту добу активність КТ продовжує збільшуватися на 42,9 % ($p < 0,05$) у порівнянні з контролем.

Отримані результати свідчать про компенсаторне підвищення активності, протягом усього експерименту, КТ одного з ферментів антиоксидантної системи в легенях за умов експериментального алергічного альвеоліту.

ПЕРСПЕКТИВА ВИВЧЕННЯ ПОЛІМОФІЗМУ ГЕНІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ЙОГО ВПЛИВУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ХВОРИХ З НЕЗНІМНИМИ ОРТОДОНТИЧНИМИ СИСТЕМАМИ

Котик М.І.

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

Захворювання ротової порожнини та ураження слизової оболонки належить до числа найпоширеніших у стоматологічній практиці. До факторів ризику, що зумовлюють виникнення основних захворювань слизової порожнини рота, відносять: віруси, бактерії, грибки у порожнині рота, їх циркуляція в організмі, порушення гігієни порожнини рота, неправильне харчування .

Відомо, що розвиток інфекційного процесу визначається не тільки властивостями збудника, а також здатністю давати адекватну імунну відповідь , що є відображенням його генетичної структури. Порушення механізмів регуляції вродженої імунної відповіді часто відіграє значну роль в розвитку захворювань, у патогенезі яких провідним є запалення.

У розвитку пародонтозу важливу роль відіграє генетична схильність і фактори зовнішнього середовища (грамнегативні регіорпатогени, куріння, соціально-економічний статус). Це призводить до розвитку двох фенотипних типів – частіше хронічного періодонтиту, і дуже рідко, розвивається агресивний періодонтит . Руйнування періодонтальної зв'язки спричиняється, в основному бактеріальною інфекцією, а також захисними механізмами організму проти таких патогенів. Таким є місцевий імунітет, який проявляється активацією прозапальних цитокінів IL-1 і TNF- α . Їх вивільнення мо-

ноцитами і макрофагами індукується через шлях за участю сімейства Toll-подібних рецепторів (TLR). Вони представляють собою сімейство трансмембранних білків імункомпетентних клітин, що розпізнають і пов'язують патоген-зв'язані молекулярні моделі (PAMPs) бактерій, грибів, вірусів і найпростіших. Кожен тип рецептора розпізнає і пов'язує специфічні ліганди, ініціюючи каскад сигнальних шляхів через MyD88 або TRIF-залежним чином. Це призводить до секреції NF- κ B, який входить в ядро клітини та індукує експресію запальних цитокінів, хемокінів, молекул адгезії, факторів росту та інтерферонів. Тому Toll – подібні рецептори відіграють важливу роль у захисті організму від патогенів. Вони першими сприймають сигнал загрози патогенів і мобілізують імунну систему. Проте, при наявності функціонального поліморфізму TLR, обумовленого замінами одиничних нуклеотидів, відбуваються кількісні зміни функціонування відповідних генів, що може суттєво впливати на функціональні наслідки активації цього рецептора у розвитку системного запалення, і відповідно, на ефективність лікарських засобів, що застосовуються для лікування захворювань слизової оболонки ротової порожнини.

Оскільки Бабенко А. Д. (2015) доведено, що наявність у пацієнтів незнімних ортодонтичних систем є причиною розвитку захворювань пародонту, тому вбачається перспективним і доцільним дослідження цієї категорії пацієнтів на наявність поліморфізму Asp 299 Gly гена Toll-подібного рецептора, а також визначення клінічної ефективності антисептиків в залежності від нього.

УДК: 616-001.17-092.9:57.088.6:577.27

ФАКТОР НЕКРОЗУ ПУХЛИН (АЛЬФА) ТА ОКСИД АЗОТУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ТЕРМІЧНОМУ ОПІКУ

Кривошапка О.В., Єрмоленко Т.І.

*Кафедра фармакології та медичної рецептури, Харківський
національний медичний університет*

Мета дослідження – вивчення вмісту фактора некрозу пухлин альфа (ФНП- α) та оксиду азоту (NO) в периферичній крові тварин

при експериментальному термічному опіку без лікування та при застосуванні лікарських засобів з різним ранозагоювальним механізмом дії.

Дослідження проводили на 120 щурах популяції WAG масою 200-250 г. Під наркозом на вистрижених ділянці стегна викликали термічний опік. Щури були розділені на 4 групи: інтактні тварини (1 група); тварини з опіком без лікування (2 група); тварини, яким на область опіку наносили метілурацілову мазь (3 група) і мазь тіотриазоліну (4 група). На 3, 7, 14, 21, 28 добу в периферичній крові тварин досліджували рівень ФНП- α і NO.

Дослідження вмісту рівня ФНП- α і NO в крові тварин 2-ї групи показало їх підвищення відносно інтактною групи: ФНП- α – протягом усього часу дослідження, а NO – протягом перших 3-х тижнів експерименту. При застосуванні ранозаживляючих препаратів в 3-й та 4-й групі тварин відбувалося зниження рівня ФНП- α і NO до фізіологічних показників в крові тварин: α -ФНП – до 21-ї доби, NO – до 14-ї доби експерименту.

Таким чином, термічний опік без лікування супроводжується значною і тривалою продукцією ФНП- α і NO в периферичній крові тварин. Застосування лікарських засобів з різним за механізмом ранозагоювальним ефектом для лікування термічного опіку призводить до зниження ФНО- α і NO в крові тварин до норми.

УДК: 371.315+371.212+615

ІНТЕНСИФІКАЦІЯ НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ШЛЯХОМ РОЗВ’ЯЗАННЯ НЕТИПОВИХ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ ДЛЯ ДИСЦИПЛІНИ «КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ»

Купновицька І.Г., Клименко В.І., Фітковська І.П., Губіна Н.В.,Белегай Р.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

У процесі викладання дисципліни «клінічна фармакологія» у студентів необхідно закріпити та поглибити навички системного аналізу клінічних ситуацій, клінічного мислення, виховання соціальної і

професійної мобільності шляхом розв'язання нетипових задач. Рішення задач як процес подолання закладених в них протиріч, створює оптимальні умови для мозкового, розумового напруження, що і стає рушійною силою в розвитку клінічного мислення та вмінь майбутнього фахівця.

Головною метою є формування клінічного мислення в майбутніх лікарів при розв'язанні нетипових задач з дисципліни «клінічна фармакологія».

Використання нетипових задач є одним із шляхів реалізації міждисциплінарної інтеграції, враховуючи знання студентів, які були отримані під час вивчення теоретичних і клінічних дисциплін.

Розв'язання ситуаційних задач створюють умови для активного розвитку гнучких, варіативних умінь професійного мислення – найбільш важливих компонентів моделі сучасного фахівця. Узагальненими властивостями задач є: наявність в умові задачі елементів ускладнення, нетиповості, нестандартності; максимальна наближеність до реальних сучасних задач медичної практики; можливий проблемний характер і міждисциплінарний контекст задач.

Встановлено, що якість підготовки медпрацівника значною мірою визначається насиченістю, систематичністю, активністю тренінгу в розв'язанні нестандартних, нетипових задач III рівня. Форми постановки цих задач, як вже вказувалось вище, можуть бути різноманітними: найбільш виправданою є постановка задачі на реальному хворому, нееквівалентною заміною хворого може бути історія хвороби, набори клініко-лабораторних даних, текстова задача, ділові ігри і т.п.

Варіанти побудови нетипових ситуаційних задач з різноманітними елементами ускладнень беруться з сучасної медичної діяльності і віддзеркалюють широку палітру реальних проблем фахівця, до вирішення яких він повинен бути готовим.

Ситуаційні задачі з клінічної фармакології, в загальній кількості – 130, створені до кожної з тем, присвячені різним розділам діагностики захворювань, їх синдромному підходу, клінічній фармакології лікарських препаратів різних фармакологічних груп вирішуються студентами на заключному етапі кожного заняття.

Розв'язання ситуаційних задач дає можливість студенту застосувати максимально раціональну лікарську терапію у конкретного

хворого на основі даних доказової медицини, вибрати найбільш ефективні та безпечні лікарські засоби, адекватну лікарську форму та дозовий режим введення, інтерпретувати і враховувати у клінічній практиці особливості клінічної фармакокінетики, фармакодинаміки, побічну дію та взаємодію основних груп лікарських засобів, враховуючи індивідуальні особливості організму, перебіг та форму захворювання, наявність супутньої патології.

Висновки. Нетипові ситуаційні задачі для дисципліни «клінічна фармакологія» забезпечує активізацію практичної діяльності студентів, прищеплює навички та вміння застосовувати набуті знання на практиці.

УДК:615.322.038:582.736.3 -06:616.379 -008.64

**ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ
ЗАСТОСУВАННЯ НОВОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО
ЗАСОБУ НА ОСНОВІ КОЗЛЯТНИКА ЛІКАРСЬКОГО ПРИ
ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ**

**Курило Х.І., Кліщ І.М., Вольська А.С., Шевчук О.О.,
Мосейчук І.П.**

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

ЦД 2 типу – генетично полігенне захворювання, одним з важливих факторів ризику якого є інсулінорезистентність, що являється первинною основою формування метаболічного синдрому, який запускає каскад метаболічних порушень. Застосування фітопрепаратів широко використовується в лікуванні ЦД 2 типу. Тому, сьогодні одним з актуальних та перспективних напрямків є створення нових комбінованих лікарських препаратів на рослинній основі.

Мета нашого дослідження – дослідити вплив нового засобу на основі козлятника лікарського на перебіг ЦД 2 типу. Дослідження проводили на білих нелінійних щурах-самцях масою 250-280 г. Всіх піддослідних тварин розділили на групи (n=10): 1 – інтактні; 2 – тварини з ЦД2 типу; 3 – тварини з ЦД2 типу, які отримували у вигляді

ліпосомальної форминовий комбінований гіпоглікемічний засіб на основі козлятника лікарського; 4 – тварини з ЦД2 типу, які отримували розчин нового комбінованого протидіабетичного засобу на основі галеги лікарської. Вибір ефективних доз чорниці звичайної та козлятника лікарського визначали експериментально, таурину – на основі літературних даних. ЦД 2 типу моделювали одноразовим введенням стрептозотоцину у дозі 65 мг/кг маси тіла тварини. З метою зниження діабетогенної дії STZ за 15 хвилин до його введення, вводили нікотинамід у дозі 230 мг/кг (інтраперитонеально). Контрольній групі тварин вводили відповідну кількість цитратного буферу. У групі тварин із ЦД 2, в яких корекція не проводилась, впродовж 14 днів вводили аналогічний об'єм розчинника.

Рівень глюкози сироватки крові щурів при експериментальному ЦД 2 типу був вищим порівняно з тваринами інтактної групи, введення досліджуваного засобу призвело до зниження рівня глюкози порівняно з групою тварин з ЦД 2 типу. Спостерігалось підвищення вмісту загального білірубіну, зниження рівня креатиніну, сечової кислоти та сечовини, зростання активності АЛАТ, АсАТ, лужної фосфатази та α -амілази у сироватці крові в групі тварин з контрольною патологією, порівняно зі значеннями контрольної групи.

Тому є перспективним дослідження лікарського засобу на основі козлятника лікарського, що може бути рекомендоване для подальшого вивчення та застосування у клінічній практиці.

УДК 615.451.2:582.573.36:615.27:616-099:546.264]-092.9

ВПЛИВ НАСТОЙКИ З ХОСТИ ЛАНЦЕТОЛИСТОЇ НА ПРОНИКНІСТЬ ПЛАЗМАТИЧНИХ МЕМБРАН КЛІТИН У ТВАРИН УРАЖЕНИХ ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ

Линда О.С., Фіра Л.С.

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

Останнім часом особливої актуальності набуває пошук і розробка вискоєфективних і безпечних рослинних гепатопротекторів з оптимальними фармакологічними ефектами.

Нашу увагу привернула хоста ланцетолиста, яка використовується народною медициною. Для дослідження ми обрали настойку з цієї рослини.

Метою роботи було вивчити вплив настойки з хости ланцетолистої на проникність клітинних мембран за умов експериментального гострого тетрахлорметанового гепатиту.

Дослідження проводили на білих нелінійних щурах–самцях. Об'єктом дослідження була 50° настойка з хости ланцетолистої у дозі 0,15 мл/кг маси тіла. Евтаназію щурів проводили під тіопенталовим наркозом на 4-ту, 7-у та 14-у добу експерименту.

Після ураження тетрахлорметаном у сироватці крові щурів відмічено значне збільшення ЕП у всі терміни дослідження. Застосування настойки привело до нормалізації даного показника. До кінця експерименту ЕП знизився на 37,9% (порівняно з ураженими тваринами). У тварин, уражених тетрахлорметаном, у всі терміни дослідження спостерігалось зростання активності АлАТ і АсАТ у сироватці крові та зниження їх у печінці. Застосування настойки з хости та силімарину привело до нормалізації даних показників.

Отримані результати свідчать про зниження проникності плазматичних мембран клітин у отруєних тварин, після корекції настойкою з хости ланцетолистої. Це вказує на перспективність подальшого вивчення фармакологічних властивостей настойки з хости ланцетолистої.

УДК: 616.33+612.015.13

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ПРЕПАРАТУ КОРВІТИН НА ПОКАЗНИКИ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ЗА УМОВ ГОСТРОГО ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Липка Л. Ю.

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

Гострий панкреатит (ГП) займає одне із перших місць в структурі захворюваності шлунково-кишкового тракту, та характеризується розвитком ферментної автоагресії, розвитком процесів некробіозу пан-

кеоцитів, порушенням метаболізму, швидким розвитком системних ускладнень, приєднанням вторинного інфікування. Важливе місце в терапії цього захворювання належить препаратам, що купірують больовий синдром, пригнічують секрецію підшлункової залози, зменшують цитотоксичний вплив прозапальних цитокінів, активованих ферментів та вільних радикалів та сприяють запобіганню виникнення вторинної інфекції та поліорганної недостатності. Отже метою дослідження було оцінити ефективність застосування препарату Корвітин за умов гострого панкреатиту і його вплив на зміну показників цитокінового профілю в крові експериментальних тварин.

Матеріали і методи: Досліди було проведено на 30 статевозрілих щурах-самцях масою 180-200г. яких розділили на 3 групи, по 10 тварин в кожній: 1 – інтактна, 2 – тварини з ураженням підшлункової залози, 3 – тварини з ураженням підшлункової залози яким проводили корекцію Корвітином. Визначення концентрацій туморнекротичного фактора-альфа (TNF- α), інтерлейкіну-1бета (IL-1 β) здійснювали імуноферментним методом.

Результати дослідження. Отримані дані проведеного експерименту у 2 групі тварин з ГП свідчать про зростання концентрації прозапальних цитокінів IL-1 β та TNF α у сироватці крові у порівнянні із групою інтактних тварин ($p < 0,05$). У 3 групі спостеріголось достовірне зменшення рівня прозапальних цитокінів порівняно із групою ураження ($p < 0,05$).

Висновок. Застосування препарату Корвітин суттєво покращує досліджувані показники імунологічної реактивності, підвищує ефективність лікування та є перспективним.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ У ЛІКУВАННІ ДИСПЛАЗІЙ ШИЙКИ МАТКИ НА ФОНІ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

**Маланчук С.Л., Маланчук Л.М., Доброродня Л.В., Мартинюк
В.М.**

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

Вступ. Рак шийки матки в структурі онкогінекологічної патології займає друге місце. Особливу увагу привертають запущені форми,

які асоціюються не лише зі зміною якості життя жінки і втратою репродуктивного здоров'я, але й високою летальністю в цій групі. Тому, своєчасна діагностика доброякісних захворювань та передпухлинної патології шийки матки, дозволить зменшити негативні наслідки онкологічних захворювань жіночих статевих органів.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності використання противірусного препарату на основі флавоноїдних глікозидів у формі вагінальних супозиторіїв та розчину у жінок з дисплазією шийки матки (CIN-I, CIN-II).

Під спостереженням знаходилося 60 жінок віком від 21 до 35 років з дисплазією шийки матки на фоні папіломавірусної інфекції людини (ВПЛ – 16, 18-онкотипи). Обстежені були розподілені на дві групи.

Пацієнткам I групи призначався перорально препарат «Протефлазід» в схемі рекомендованій виробником та місцево вводився препарат «Протефлазід» у вигляді вагінальних супозиторіїв впродовж 14 днів двічі на добу, циклічно 3 менструальні цикли. У II групі дослідження призначалася пероральна форма «Протефлазиду» та тампони у вагіну з розчином цього препарату (3 мл розводили у 20 мл фізрозчину; час експозиції – 30 хв) двічі на добу впродовж 14 днів.

Висновки. Результати проведеного клінічного дослідження підтвердили високу ефективність, безпечність та зручність використання противірусного препарату «Протефлазід» у формі крапель та вагінальних супозиторіїв при лікуванні дисплазій шийки матки на фоні ВПЛ.

УДК:616.348-002-092.9-092:612.015.11

КОРЕКЦІЯ ПРООКСИДАНТНОГО СТАНУ ЩУРІВ З КОЛІТОМ ІНГІБІТОРАМИ СИНТЕЗУ ПРОСТАГЛАНДІНІВ

Мазур О.Є.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Активність вільнорадикальних процесів, яка має місце в патогенезі, зокрема, виразкового коліту, призводить до порушень реологіч-

них властивостей крові, а серед інших – до зменшення осмотичної резистентності еритроцитів. Дослідження осмотичної резистентності еритроцитів є інформативним методом визначення стійкості еритроцитів до впливу активних форм кисню і дає можливість оцінити функціональний стан прооксидантної системи організму та ефективність дії блокаторів синтезу прозапальних цитокінів.

Метою наших досліджень було визначення осмотичної резистентності еритроцитів та вмісту гідроперекисів у щурів з модельованим оцтовим колітом та його корекція блокаторами синтезу простагландинів індометацином та целекоксибом.

Дослідження проводились на статевозрілих самцях щурів масою 200-220г відповідно до вимог конвенції Ради Європи щодо захисту хребетних тварин, що використовуються в експериментальних та інших наукових цілях. Дослідні тварини були поділені на 4 групи. Першу- контрольну групу (n=15) склали щурі, що утримувалися в стандартних умовах виварію. Друга (n=12) – щурі з оцтовим колітом модельованим за методикою Okabe (2005), яка найкраще відтворює мікро- та макроскопічні зміни до відповідних у людей при ульцерогенному коліті. Третю групу (n=12) склали тварини, яким вводився індометацин -неселективний інгібітор циклооксигенази I та циклооксигенази II в дозі 10 мг/кг(до та після моделювання коліту) та целекоксиб – селективний інгібітор циклооксигенази II. в дозі 10 мг/кг маси тіла за аналогічною схемою (четверта група).

Осмотична резистентність еритроцитів визначалася за методом Камишнікова В.С. (2000), вміст гідроперекисів визначали за методом Мішкорудної М.І. та Селєзньова В.Б. (1983). Отримані результати оброблялись методом парних порівнянь. Зміни вважались достовірними при рівні значимості $p \leq 0,05$. На основі отриманих результатів досліджень встановлено:

1) оцтовий коліт супроводжується значним зниженням осмотичної резистентності еритроцитів: $7.6\% \pm 0,5\%$ проти $4,7 \pm 0,3$ в контрольній групі ($p \geq 0.05$);

2) введення індометацину та целекоксибу у дозі 10мг/кг ваги збільшують осмотичну резистентність еритроцитів, однак у випадку целекоксибу вона залишалася вищою стосовно контролю $5,45 \pm 0,21\%$,проти $4,7 \pm 0,3 \%$, а у випадку індометацину – відповідала нормі $2,7 \pm 0,23\%$ проти $4,7 \pm 0,3\%$.

3) вміст гідроперекисів у сироватці крові щурів при введенні індометацину зменшувався порівняно з групою з оцтовим колітом $2,5 \pm 0,02$ у.о. проти $3,12 \pm 0,025$ у.о. ($p \leq 0,05$), проте залишався вищим від норми $2,5 \pm 0,02$ у.о. проти $1,94 \pm 0,22$ у.о. в контрольній групі ($p \leq 0,05$).

4) вміст гідроперекисів у сироватці крові щурів при введенні це-лекоксибу в дозі 10 мг/кг ваги становив $2,90 \pm 0,05$ у.о. порівняно з групою з оцтовим колітом $3,12 \pm 0,025$ у.о. ($p \geq 0,5$), що свідчить про незначне (недостовірне) зниження активності процесів вільноради-кального окислення.

Аналіз отриманих результатів досліджень дає змогу констатувати що: введення індометацину в дозі 10 мг/кг ваги має виражений по-зитивний фармакологічний вплив на відновлення прооксидантного стану у щурів. Введення це-лекоксибу в дозі 10 мг/кг ваги призводить до підвищення осмотичної резистентності еритроцитів, однак цього недостатньо для значимого покращення прооксидантного стану під-дослідних тварин.

УДК:[616.24-002.5-036.1+616.379-008.64]-085.277:616.441

ВПЛИВ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА НАСЛІДКИ ХІМІОТЕРАПІЇ ПРИ СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Матвєєва С.Л., Шевченко О.С., Степаненко А.Л.

*Харківський національний медичний університет, м. Харків,
Україна*

Хворі на цукровий діабет хворіють туберкульозом у 5-13 разів частіше, ніж решта населення. Частота структурних уражень щито-подібної залози у хворих на цукровий діабет досягає 80-88%. Збіль-шення поєднання цукрового діабету з гіпотиреозом залишається ак-туальною проблемою сучасної медичної науки. Відомо, також, що ендокринна патологія знижає ефективність протитуберкульозної хі-міотерапії. Враховуючи високу поширеність цукрового діабету (осо-бливо 2-го типу) та гіпотиреозу у хворих на туберкульоз, вивчення

зв'язку цих захворювань є актуальним із метою поліпшення діагностики та своєчасного лікування.

Мета дослідження: вивчення структури та функції щитоподібної залози у хворих на туберкульоз легень та цукровий діабет, особливості перебігу туберкульоз залежно від тиреоїдного статусу та наслідки хіміотерапії залежно від тиреоїдного статусу.

Матеріали та методи: В 60 хворих на туберкульоз легень та цукровий діабет проведено ультразвукове дослідження ехоструктури щитоподібної залози та в сироватці крові імуноферментативним методом визначено рівні вільного тироксину, тиреотропного гормону гіпофізу та антитіл до тиреоглобуліну та пероксидази. Важкість клінічного перебігу туберкульозу оцінювалась по раніш розробленій авторами методики бальної оцінки основних прояв туберкульозу (Матвеев а С.Л., 2011).

Результати та обговорення: Тиреоїдна патологія по типу автоімунного тиреоїдита з явищами субклінічного гіпотиреозу діагностовано в 66,67% досліджених осіб. Клінічні прояви туберкульозу, оцінені в бальній системі, були більш важкими у хворих з патологією щитовидної залози. Темпи зникнення симптомів інтоксикації, абаціліровання мокроти та загоєння деструкцій у кінці інтенсивної фази хіміотерапії достовірно вище в групі хворих з незміною ехоструктурою та функцією щитовидної залози. Тому доцільно системно тестувати функцію щитоподібної залози у хворих на туберкульоз з цукровим діабетом. Для оцінки тиреоїдного гомеостазу потрібно оцінити як функцію, так і структуру щитовидної залози. Часто щитовидна залоза може мати ідеальну структуру при порушеній функції або нормально функціонувати при грубих структурні зміни. Вважаємо за доцільне наступний алгоритм скринінгу тиреоїдної функції у хворих з обговорюваної супутньою патологією: перш за все, необхідно пальпаторне дослідження (визначити розташування, симетричність, описати шкірні покриви над щитовидною залозою, болючість, щільність, однорідність, пальповані вогнища, лімфовузли). При скрутні пальпації слід забезпечити ультразвукове дослідження щитоподібної залози (визначити розташування, форму, розміри та обсяги часток, сумарний обсяг залози, структуру, фокальні вогнища). 3 гормональних досліджень для скринінгу достатньо провести

дослідження рівня вмісту тиреотропного гормону (ТТГ) гіпофіза. І лише при підвищенні або зниженні рівня ТТГ досліджувати рівень вмісту вільного тироксину і провести імунологічні дослідження у вигляді визначення антитіл до тиреоглобуліну і пероксидази. Пріоритетними групами для дослідження тиреоїдного гомеостазу серед хворих на туберкульоз із супутнім цукровим діабетом повинні стати пацієнти обох статей при діабеті 1-го типу і жінки в післяпологовому і клімактеричному періодах.

Висновки:

- в 66,67% хворих на туберкульоз легень на цукровий діабет відмічається структурні зміни щитоподібної залози по типу автоімунного тиреоїдиту з явищами субклінічного гіпотиреозу;
- патологія щитоподібної залози у хворих на туберкульоз та цукровий діабет негативно відображається як на клінічній важкості туберкульозу, так і на наслідках хіміотерапії;
- в хворих на туберкульоз з супутнім цукровим діабетом варто тестувати тиреоїдний гомеостаз по запропонованому алгоритму.

УДК615.235.038:615.322:582.689

ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДХАРКУВАЛЬНОГО ЕФЕКТУ ГУСТИХ ЕКСТРАКТІВ З ЛИСТКІВ ТА КОРЕНЕВИЩ З КОРЕНЯМИ ПЕРВОЦВІТУ ВЕСНЯНОГО

Марчишин С.М., Луканюк М.І., Шостак Л.Г., Островський Н.М.

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

Первоцвіт весняний (*Primula veris* L.) – відома лікарська рослина, яка у народній медицині використовується як вітамінний, відхаркувальний, сечогінний, болезаспокійливий, протиревматичний, седативний, спазмолітичний засіб. В офіційній медицині використовують, в основному, препарати з підземних органів первоцвіту як відхаркувальний засіб.

Проведені нами фітохімічні дослідження листків та кореневищ з коренями первоцвіту весняного показали, що вони містять значну

кількість дубильних речовин, флавоноїдів, гідроксикоричних кислот, сапонінів, ефірних олій, які, за даними літератури, мають здатність проявляти протизапальну і відхаркувальну дію, тому метою наших досліджень було вивчити відхаркувальну активність густого екстракту з листків та густого екстракту з кореневищ з коренями первоцвіту весняного.

Одним з показників, який характеризує відхаркувальні властивості досліджуваного екстракту, є визначення його впливу на секреторну функцію бронхів.

Досліджувані екстракти в дозах 50, 100, 150 та 200 мг/кг, а також препарати порівняння – сироп «Геделікс» ("Krewel Meuselbach GmbH", Німеччина) та сироп «Алтейка» (ПрАТ Фармацевтична фабрика "Віола", м. Запоріжжя, Україна) із розрахунку 100 мг/кг перорально вводили мишам масою 20-24 г і через 30 хв вводили внутрішньоочеревинно 500 мг/кг фенолового червоного. Через 30 хв тварини виводили з експерименту шляхом дислокації хребців у шийному відділі, знекровлювали шляхом розтину черевної аорти і виконували резекцію всієї трахеї. Отриману трахею вміщували в 4 мл фізрозчину і промивали протягом 30 хв, центрифугували при 8000 об/хв при кімнатній температурі протягом 10 хв, додавали 1 н. натрію гідроксиду до супернатанту (0,1 мл 1 н. NaOH на 1 мл супернатанту) і потім за допомогою фотоелектроколориметра вимірювали оптичну густину при 546 нм для визначення відхаркуючої активності за концентрацією фенолового червоного.

Результати досліджень показали, що густий екстракт кореневищ з коренями первоцвіту має високу здатність секретувати мокроту, яка практично не поступається здатності препарату порівняння сиропу «Геделікс» – 126,6 % і 146,4 % відповідно. Менше вираженою активністю характеризуються екстракти з листків первоцвіту весняного (74,5 %).

Відхаркувальну дію досліджуваних екстрактів та препаратів порівняння вивчали за їх впливом на активність моторики війчастого епітелію. Цей показник характеризує евакуаторну спроможність секрету бронхів. Дослідження проводили на моделі ізольованої трахеї щура. Щурів масою 280-310 г забивали кровопусканням з черевної аорти. Трахею звільняли, відсікали між гортанню та її біфуркацією і фіксували до пластинки (9 см × 3,7 см × 0,3 см). Потім пластинку вміщували в пластиковий бокс ємністю 350 мл з 250 мл розчину

Тіроде і розміщували на 1 см нижче рівня розчину. Розчин Тіроде са-
турували карбогеном з підтримкою постійної температури 37°C. Ак-
тивність війок визначали шляхом підрахунку часу просування мако-
вих зернят, які були розташовані на протилежному до гортані краю
слизової трахеї, на відстань 5 мм. Базову активність війок визначали
в 5 спостереженнях з використанням збільшення ($\times 20$). Досліджу-
вані сполуки добавляли до розчину Тіроде, де знаходилась трахея.

Встановлено, що обидва екстракти проявили виразну дозозалежну
відхаркуючу дію і показали спроможність збільшувати як секреторну,
так і моторну функцію епітелію дихальних шляхів. Відхаркувальна
активність густого екстракту кореневищ з коренями первоцвіту пере-
важала за досліджуваною активністю екстракт, отриманий з листків
рослини. За величиною відхаркувальної дії екстракт кореневищ з ко-
ренями первоцвіту в дозі 200 мг/кг дещо поступався за активністю
даного ефекту сиропу «Алтейка» та співставлявся за активністю з си-
ропом «Геделікс» – 41,1 %, 43,0 % і 40,2 % відповідно.

УДК 616.741-009.7-085.216.5

ТЕРАПІЯ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МІОРЕЛАКСАНТІВ

Мерецький В.М., Мерецька І.В.

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

Епізодичний або гострий прояв больового синдрому у нижній ді-
лянці спини виникає майже в кожній людині в працездатному віці
після 30-35 років і є однією з головних причин тимчасової і стійкої
втрати працездатності.

Метою дослідження була оцінка ефективності парентерального
застосування комбінованого препарату толперизонугідрохлориду та
лідокаїну гідрохлориду у комплексному лікуванні хворих із вертебро-
генним больовим синдромом попереково-крижового відділу хребта.

Було обстежено 48 хворих, у яких впродовж не менше 2-х місяців
спостерігався іррадіюючий біль у нижній ділянці спини. Була діагнос-

товано радикулопатія корінця L4, L5 або S1 на основі клінічної картини та даних рентгенологічного дослідження. Пацієнтам I (контрольної) групи була призначена базова терапія: нестероїдні протизапальні препарати, вітамінні препарати – комплекс вітамінів групи B, препарати, що покращують мікроциркуляцію, регіонарну та центральну гемодинаміку, зменшують венозний застій та гідратацію тканин. Курс лікування тривав 7 днів. Хворі II (основної) групи отримували традиційну базисну терапію, до складу якої був включений комплексний препарат толперизонугідрохлориду та лідокаїнугідрохлориду під торговою назвою «мідостадкомбі»: внутрішньом'язово в дозі 1мл (100 мг толперизонугідрохлориду і 2,5 мг лідокаїнугідрохлориду) 2 рази на день впродовж 7 днів. З метою об'єктивізації больового синдрому, визначення інтенсивності болю, оцінки об'єму активних рухів у поперековому відділі хребта, порушення життєдіяльності пацієнта та контролю за ефективністю призначеної терапії використовувалась візуальна аналогова шкала болю (ВАШ), опитувальник Мак-Гілла та Освестрі.

При аналізі неврологічного статусу обох клінічних груп було виявлено, що всі хворі скаржилися на болі та обмеженість рухів в попереково-крижовій ділянці. Клінічні прояви радикулопатії супроводжувалися компресією L5-S1 корінців. У пацієнтів реєстрували м'язово-тонічний синдром, протибольовий (компенсаторний) сколіоз, зниження/зникнення ахілового рефлексу, порушення чутливості та гіпотонію м'язів у ділянці ураженого корінця. Виразеним був симптом натягу Ласега. Згідно проведеного обстеження (за ВАШ) у всіх пацієнтів до лікування біль в середньому становив $7,48 \pm 1,24$ бали, що відповідав сильному. Після проведеного лікування вираженість больового синдрому за ВАШ мала тенденцію до зниження в I групі та вірогідно знизилася на 56,7 % ($p < 0,05$) до рівня слабого больового синдрому у II групі пацієнтів у порівнянні з даними до лікування. Результати Мак-Гілівського опитувальника також свідчать про зменшення інтенсивності болю в нижній ділянці спини на 32 % в I та на 50,7 % - в II групі хворих ($p < 0,05$). Після проведеного курсу лікування у хворих, що отримували комплексне лікування з включенням препарату мідостадкомбі, виявлено вірогідне зниження показників порушення повсякденного функціонування у порівнянні з такими в I групі за даними анкети Освестрі, що свідчить про збіль-

шення можливостей пацієнтів до самообслуговування. Після курсу лікування показник порушення самообслуговування знизився до рівня помірних порушень в I групі та до рівня легких – у II групі хворих.

Слід відзначити, що мідостадкомбі не чинить седативного ефекту і має сприятливий спектр переносимості, тому є препаратом вибору для лікування в амбулаторних умовах і для лікування пацієнтів похилого віку.

Застосування в терапії вертеброгенного больового синдрому препарату толперизонугідрохлориду та лідокаїну гідрохлориду супроводжується статистично вірогідним зниженням інтенсивності больового синдрому, зростанням об'єму рухів у попереково-крижовому відділі хребта, збільшенням можливостей пацієнтів до самообслуговування, що свідчить про доцільність його включення до комплексного лікування вертеброгенних больових синдромів попереково-крижового відділу хребта.

УДК 616.12-008.331.1:616.092:615.036.6

**КАРДІОПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ
ЕНДОТЕЛІОПРОТЕКТОРА АНГІОЛІНУ ПРИ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА**

**Нагорна О.О., Беленічев І.Ф., Горчакова Н.О., Мазур І.А.,
Чекман І.С.**

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Запорізький державний медичний університет*

Фармакотерапія інфаркту міокарда проводиться з включенням засобів базисної терапії препаратів з кардіо- та ендотеліопротекторними властивостями. В експериментах встановлена пряма ендотеліопротекторна властивість у ангіоліну, до клінічні дослідження якого проводилися згідно методичних рекомендацій ДЕЦ МОЗ України.

Мета дослідження – встановити кардіопротекторну властивість ангіоліну згідно показників енергетичного обміну в міокарді щурів при експериментальному інфаркті міокарду.

Матеріали і методи дослідження. Експерименти проведені на білих щурах лінії Вістар масою 180-220г. Маніпуляції на тваринах

виконані згідно положенню про використання тварин в біомедичних дослідках. Інфаркт міокарду моделювали поетапним введенням ізадрину і пітуїтрину за загальноприйнятими методами. Ангіолін вводили внутрішньоочеревинно три рази на добу паралельно з формуванням інфаркту за 30 хвилин до введення пітуїтрину і ізадрину та через 50 хвилин після ізадрину в дозі 50 мг/кг. Тварин виводили з експерименту після останньої ін'єкції ізадрину через 60 хвилин під тіопенталовим наркозом (40 мг/кг). В міокарді шурів визначали вміст аденілових нуклеотидів глікогену, глюкозо-6-фосфату, малату, аспартату, глутамату, активність малатдегідрогенази (МДГ), креатинфосфокінази в цитоплазмі (КФКцт) і мітохондріях (КФКмх). Достовірність відмінностей між експериментальними групами оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента та u-критерію Уїтні-Мана. Для аналізу статично значимими вважали відмінності при $P < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. При моделюванні гострого інфаркту міокарду спостерігали гальмування малат-аспартатного шунта, що виражалося в пониженні активності МДГ на 55%, рівня малату на 65,3%, аспартату на 18,6%, глутамату на 30,3% на фоні падіння рівня АТФ в 1,6 раза, активності КФКцт в 1,3 раза, КФК в 1,8 раза, вмісту глікогену та глюкозо-6-фосфату. Ангіолін інтенсифікував активність малат-аспартатного шунта, про що свідчило підвищення активності МДГ на 153%, збільшення рівня малату на 120%, аспартату на 18%, глутамату на 35%. Ангіолін підвищував не тільки продукцію енергії, але і її транспорт, про що свідчить як підвищення синтезу АТФ, так і активності мітохондріальної і цитозольної КФК. Зростання синтезу АТФ відбувалося за рахунок активації анаеробного гліколізу і більш інтенсивного залучення субстратів – глікогену і глюкозо-6-фосфату в продукцію макроергів.

Висновки. Отримані дані свідчать, що при експериментальному інфаркті міокарду ангіолін нормалізує показники енергетичного обміну міокарду, що є підставою після завершення клінічних досліджень включати ангіолін до складу комплексної фармакотерапії цього захворювання.

ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА SLC22A1 У ВПЛИВІ МЕТФОРМІНУ НА РІВЕНЬ ЛЕПТИНУ

Олещук О.М., Лой Г.Я.

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

Лептин-пептидний гормон жирової тканини (адипокін),що діє на рецептори у гіпоталамусі,зменшуючи апетит і збільшуючи термогенез.Нестача або зниження чутливості до цього адипокіну призводить до ожиріння.Метформін,лікарський засіб групи бігуанідів,зменшує резистетність до лептину.За фармакокінетику метформіну відповідають 5 генів-кандидатів SLC22A family,а їх варіації визначають ефективність препарату.Надходження метформіну у гепатоцит є одним із найважливіших моментів,оскільки це знижує глюконеогенез у печінці.За це відповідає OST1,який кодується геном SLC22A1.

Мета:Встановити зв'язок між поліморфізмами гена SLC22A1 та впливом метформіну на рівень лептину та показники глікемічного профілю при його застосуванні у пацієнтів із вперше виявленим ЦД 2 типу.

Методи дослідження:полімеразна ланцюгова реакція,імуноферментний аналіз,дослідження вуглеводного обміну.

Перспективи:Проведені дослідження поглиблюють існуючі уявлення щодо фармакогенетичних особливостей дії метформіну.Вперше в Україні буде з'ясовано роль поліморфізму SLC22A1 гена у пацієнтів із ЦД 2 типу.В результаті проведених досліджень буде встановлено взаємозв'язок між поліморфізмами SLC22A1 гена та ефективністю метформіну щодо показників глікемічного контролю,маси тіла,рівня лептину;вивчено вплив поліморфізму SLC22A1 гена на перебіг ЦД та його ускладнення,вираженість побічних ефектів.

Результати проведених досліджень дозволять досягти індивідуального підходу до пацієнта із ЦД 2 типу та персоналізувати терапію,що є важливим кроком у покращенні ефективності та індивідуалізації фармакотерапії.

НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕРЕЛІК ЯК СКЛАДОВА ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ

Олещук О.М.^{1,2}, Матвеева О.В.^{1,3}, Лебега О.С.⁴

*Експертний комітет з відбору та використання основних
лікарських засобів МОЗ України¹*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»²*

ДП «Державний експертний центр МОЗ України»³

Міжнародна організація «Management Science For Health»⁴

Забезпечення ефективними, безпечними, якісними ліками в Україні є пріоритетом для МОЗ та одним з найважливіших напрямків діяльності Уряду, визначених у Плані пріоритетних дій Уряду на 2016 рік, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 травня 2016 р. № 418-р.

Важливим кроком є затвердження Урядом проекту Постанови «Про затвердження Державної стратегії щодо реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами на 2017 – 2025 роки». Фактично, це є дорожня карта, стратегічний документ, за яким буде розвиватися система забезпечення населення України ефективними лікарськими засобами. Документом запроваджується конкретизований план дій МОЗ щодо реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами, у тому числі реімбурсації та державного регулювання лікарських засобів.

Шляхом прийняття постанови, щодо внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 року № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення» уряд затвердив Національний перелік основних лікарських засобів видання 2017 року. Нині Україна потребує уніфікованого документу, який би відповідав потребам національної системи охорони здоров'я України та світовим стандартам відбору та використання основних лікарських засобів. У багатьох країнах функцію переліку основних лікарських засобів виконує При-

мірний перелік основних лікарських засобів ВООЗ, який створений як базовий документ для забезпечення населення медичною допомогою. Національний перелік лікарських засобів 2017 року гармонізований з останнім, 19-тим виданням Базового переліку основних лікарських засобів ВООЗ. Тому всі лікарські засоби, які включені у Національний перелік, мають обґрунтування експертів ВООЗ щодо їхньої ефективності, безпеки та економічної доцільності. Національний перелік 2017 включає 347 міжнародних непатентованих назв. Мета його запровадження – гарантувати забезпечення потреби в лікарських засобах, які є в Національному переліку лікарських засобів, на госпітальному етапі, а також на амбулаторному – за програмою реімбурсації. Включення до Національного переліку нових лікарських засобів буде відбуватися за принципом оцінки медичних технологій (Health Technology assessment), як це відбувається в міжнародній практиці. В подальшому планується створення єдиного Національного переліку за яким буде здійснюватися закупівля лікарських засобів за державні кошти.

АНАЛІЗ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ПРЕПАРАТУ «СУМАМЕД» У ЗАСТОСУВАННІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ

Островська Н.А.

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

Проведено вивчення побічних дій препарату «Сумамед» у дитячій консультації Кременецької ЦРЛ.

При проведенні досліджень «Історії розвитку» дитини виявлено, що із таких побічних дій як: запаморочення, алергічний дерматит, головний біль, слабкість, біль в животі, грибкові ураження геніталій і слизової рота, діарея, біль у суглобах. Найчастіше виявлені алергічний дерматит, біль у суглобах та діарея.

Отже, необхідно поглибити інформаційну роботу серед лікарів-педіатрів щодо знання побічних дій при застосуванні антибактеріальних засобів.

ДИНАМІКА ВИХОДУ З КЕТОАЦИДОЗУ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ОРАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Пасечко Н.В, Джула М.А, Кульчінська В.М, Крицький Т.І.

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

Мета дослідження: дослідити динаміку виходу пацієнтів з стану кетоацидозу при використанні оральних розчинів для дегідратації та порівняти ефективність лікування порівняно з стандартною терапією.

Методи дослідження: Нами було обстежено 30 пацієнтів, хворих на цукровий діабет 2 типу, в стані декомпенсації та кетоацидозом. Першу групу склали 15 пацієнтів з кетоацидозом, які отримували терапію згідно протоколів надання медичної допомоги пацієнтам з діабетичним кетоацидозом, та додатково було включено в лікувальну програму РегідронОптім в дозі 10,7 г/добу (1 пакетик). Другу групу склали також 15 пацієнтів, які отримували стандартну терапію згідно протоколів ведення хворих з кетоацидозом. Усім пацієнтам було проведено загальноклінічні методи обстеження, визначення електролітів крові, глікемії, ацетонурії, рН та осмолярності крові.

Результати дослідження. В результаті обстеження в 1 групі до лікування середній рівень глікемії натще складав $19,78 \pm 4,27$ ммоль/л, $Hb_{A1c} - 10,78 \pm 1,27\%$; Вираженість ацетонурії — від (++++) у 10 хворих (66,66%), (+++) у 2 хворих (13,33%), та (++) у 3 хворих (20,0%). рН крові $7,30 \pm 0,02$, осмолярність плазми $306,25 \pm 7,25$. У пацієнтів 2-ї групи рівень $Hb_{A1c} = 10,69 \pm 1,63\%$; Середній рівень глікемії— $21,22 \pm 3,62$ ммоль/л. Вираженість ацетонурії – від (++++) у 5 хворих (33,33%), (+++) у 4 хворих (26,66%), (++) у 4 хворих (26,66%) та (+) у 2 хворих (13,33%). рН крові $7,31 \pm 0,01$, осмолярність плазми – $304,19 \pm 5,83$.

Після лікування у пацієнтів 1 групи середній рівень глікемії складав $6,51 \pm 1,58$ ммоль/л, рН крові $7,36 \pm 0,01$, осмолярність плазми – $285,18 \pm 3,16$. У пацієнтів 2 групи: середній рівень глікемії $6,73 \pm 1,86$ ммоль/л, рН крові $7,36 \pm 0,02$, осмолярність плазми – $285,34 \pm 2,58$

У хворих, що отримували РегідронОптім клініко-лабораторні прояви кетоацидозу зменшувалися після 1-ї доби лікування у 2 хворих (13,33%), після 2-ї — у 3 хворих (20%), після 3-ї — у 5 хворих (33,33%), на 4-ту — у 3 хворих (20%), на 5-ту добу – у 2 хворих (13,33%). Тобто, у майже 70% хворих, що отримували РегідронОптім клініко-лабораторні прояви кетоацидозу регресували на 3-4 добу після лікування.

У хворих, 2 групи нормалізація стану була досягнута на 2-гу добу у 2 хворих (13,33%), на 3-тю — у 2 хворих (13,33%), на 4-ту — у 2 хворих (13,33%), на 5-ту — у 4 хворих (26,66%), на 6-ту – у 4 хворих (26,66%) та на 7 добу – у 1 хворого (6,66%). У майже 60% хворих, що отримували традиційну інфузійну терапію клініко-лабораторні прояви кетоацидозу регресували на 5-6 добу після лікування.

Висновки: Результати проведеного аналізу свідчать, що введення в схему лікування хворих з кетоацидозом препарату Регідрон Оптім сприяє швидшому усуненню проявів кетоацидозу, порівняно з традиційною терапією та зменшенню часу перебування хворих в стаціонарі.

УДК 616.379-008.64-06:616.69-008.1

СКРИНІНГ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Пасечко Н.В., Крицький Т.І., Джула М.А., Кульчінська В.М.

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

Актуальність: цукровий діабет (ЦД) поширений у всіх країнах світу. За даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я в даний час на планеті налічується близько 422млн. хворих на діабет, і їх число прогресивно зростає. Така ж тенденція характерна і для України, де в даний час налічується понад 1 млн. хворих. З огляду на хронічне невиліковне протікання ЦД і збільшення середньої тривалості життя пацієнтів, є актуальними дослідження, спрямовані на вивчення різних органів і систем, та зокрема статевої функції у чоловіків.

Мета та методи обстеження. Метою роботи є проведення скринінгу еректильної дисфункції у хворих цукровим діабетом, вивчення її зв'язку з розвитком і прогресуванням основного захворювання і інших його ускладнень для розробки раціональних алгоритмів діагностики і лікування. У дослідження включено 174 хворих на ЦД, які проходили лікування у ендокринологічному відділенні "ТУЛ" в період з 2015 по 2017 роки. Беручи до уваги, що ЦД першого типу і ЦД другого типу представляють собою дві різні патології (етіологічно, патогенетично і клінічно), хворі були розділені на 2 групи: 1- хворі з цукровим діабетом першого типу (113 чол.), 2 – хворі з цукровим діабетом другого типу (61 чол.) Оскільки вік є одним з факторів, що впливають на статеву функцію, всі обстежувані пацієнти також були поділені на 3 вікові групи: 1 група – вік від 18 до 30 років включно. (ЦД 1 тип 49 чол.) 2 група – вік від 31 до 50 років включно. (ЦД 1 тип 41 чол., ЦД 2 тип 16 чол.) 3 група – вік понад 50 років. (ЦД 1 тип-23 чол., ЦД 2 тип-45 чол. В свою чергу, всі пацієнти були розділені на групи за тривалістю захворювання: до 5 років, від 6-10р., від 11-15р., від 16-20р., більше 20 років.

Для набору групи порівняння була обстежена репрезентативна вибірка чоловіків без ЦД (30 чоловік), відповідно розділених за трьома віковими групами.

Для виявлення ЕД використовувався опитувальник, рекомендований Європейською асоціацією урологів «Міжнародний індекс еректильної функції», аналіз сексологічного анамнезу та фізикальне обстеження. Статистична обробка одержаних даних була проведена з використанням пакету прикладних програм STATISTICA (StatSoft Inc. США, версія 10.0)

Результати. У обстежених хворих на ЦД першого типу розповсюдженість ЕД в різних вікових групах варіювала і склала 14,2% (7 з 49) серед пацієнтів вікової групи від 18 до 30 років; 39,0% (16 з 41) серед пацієнтів вікової групи від 31 до 50 років і 78,2% (18 з 23) пацієнтів вікової групи старше 50 років. Сумарна поширеність ЕД у хворих на ЦД першого типу склала 36,2%. У обстежених хворих на ЦД другого типу частота ЕД в різних вікових групах також варіювала і склала 31,25% (5 з 16) серед пацієнтів вікової групи від 31 до 50 років і 60,0% (27 з 45) пацієнтів вікової групи більше 50 років. Су-

марна поширеність ЕД у хворих на ЦД другого типу склала 52,5%. При аналізі поширеності ЕД у хворих на ЦД першого типу було виявлено не тільки її збільшення з віком пацієнтів, але і з збільшенням тривалості ЦД. Так, в групі хворих на ЦД першого типу з тривалістю захворювання до 5 років включно поширеність ЕД склала 18,5% (5 з 27 хворих), в групі хворих з тривалістю захворювання від 6 до 10 років включно – 22,5% (7 з 31 хворих), в групі хворих з тривалістю захворювання від 11 до 15 років включно – 27,5% (18 з 29 хворих), в групі хворих з тривалістю захворювання від 16 до 20 років включно 71,4% (10 з 14 хворих), і в групі хворих з тривалістю захворювання понад 20 років – 91,6% (11 з 12 хворих). Для ЕД у хворих з ЦД другого типу характерна та ж тенденція: в групі хворих з тривалістю захворювання до 5 років включно поширеність ЕД склала 38,8% (7 з 18 хворих), в групі хворих з тривалістю захворювання від 5 до 10 років включно – 43,75% (7 з 16 хворих), в групі хворих з тривалістю захворювання від 10 до 15 років включно – 66,6% (8 з 12 хворого), в групі хворих з тривалістю захворювання від 16 до 20 років включно 63,6% (7 з 11 хворих), і в групі хворих з тривалістю захворювання понад 20 років – 75% (3 з 4 хворих). При обстеженні групи порівняння, ЕД в різних вікових групах також як і у хворих з ЦД виявлялася з різною частотою. Сумарна поширеність ЕД в групі порівняння склала 12,7%. Найбільш часто ЕД була виявлена у чоловіків з ЦД 1 типу у групі хворих старше 50 років та тривалістю захворювання понад 20 років.

Висновки. Таким чином, поширеність ЕД у хворих з діабетом перевищує поширеність ЕД серед чоловіків без діабету в середньому в 3,3 раза (2,5-4,2), що демонструє вплив ЦД на розвиток ЕД. Відмічено чіткий кореляційний зв'язок між тривалістю ЦД, віком хворого та ЕД. Досліджено, що декомпенсація захворювання зумовлює прогресування статевих розладів у чоловіків хворих на ЦД, що призводить до зниження еректильної функції.

КОРЕКЦІЯ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D І ПОКРАЩЕННЯ ГЛІКЕМІЧНОГО КОНТРОЛЮ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-ГО ТИПУ

Пасечко Н.В., Кульчінська В.М., Джула М.А., Крицький Т.І.

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

Актуальність. Цукровий діабет призводить до порушення всіх видів обміну речовин (в першу чергу вуглеводного, а потім й інших видів обміну речовин). Проте, вплив ЦД на рівень мікроелементів та вітамінів залишається недостатньо висвітленим. Особливої уваги заслуговує вивчення впливу вітаміну D на компенсацію ЦД.

Мета роботи: визначити рівень 25-гідроксидіацетату вітаміну D3 [25 (ОН) D3] у хворих на цукровий діабет 1-го типу. Дослідити взаємозв'язок корекції дефіциту вітаміну D і покращення глікемічного контролю у пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу .

Методи обстеження. Нами обстежено 32 пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу, у віці 18-36 років, середній вік $24,6 \pm 1,4$ років, у яких досліджено рівні глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) і 25 (ОН) D3. Визначення рівня 25 (ОН)D3 було проведено в контрольній групі 30 людей того ж віку і статі. Усі пацієнти з цукровим діабетом 1 типу знаходились на інтенсивній інсулінотерапії. Додатково пацієнти основної групи отримували препарат Д-КАП у дозі 1800 МО/добу протягом 3 місяців. Отримані результати показників 25 (ОН) D3 та HbA1c визначали до початку прийому препарату вітаміну D та через 3 місяці після прийому. 25 (ОН) D3 вимірювали за допомогою радіоіммунологічного аналізу і глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), який вимірювали за допомогою рідинної хроматографії.

Результати. Рівень 25 (ОН) D3 становив $11,12 \pm 1,24$ нг / мл (при нормі 30–50 нг/мл) у хворих з ЦД 1 типу. З них у 28 із 32 хворих із цукровим діабетом 1-го типу (87,5%) рівень 25 (ОН) D3 був у межах показників дефіциту вітаміну D ($10,12 \pm 0,48$); (дефіцит вітаміну D виявляється при рівні менше 20 нг/мл), у цих же пацієнтів рівень глікованого гемоглобіну був у межах $9,1 \pm 1,1\%$. У 4 хворих із цукровим

діабетом 1-го типу (12,5 %) рівень 25 (ОН) D3 був у межах показників недостатності вітаміну D ($23,22 \pm 0,11$); (недостатність вітаміну D виявляють при рівні 20–29,9 нг/мл), відповідно рівень гліколізованого гемоглобіну становив $8,2\% \pm 0,7\%$. У контрольній групі рівень 25 (ОН) D3 становив $29,18 \pm 1,02$ нг / мл.

Після трьох місяців лікування препаратом Д-КАП у дозі 1800 МО/добу повторно визначали у обстежуваних рівні 25 (ОН) D3 та HbA1c.

Рівень 25 (ОН) D3 після лікування становив $42,42 \pm 0,92$ нг / мл. У пацієнтів, у яких був дефіцит вітаміну D після корекції його, рівень глікованого гемоглобіну становив $8,7 \pm 0,9\%$. У пацієнтів, у яких вітамін D перебував у межах недостатності ,після корекції ,рівень глікованого гемоглобіну становив $7,7 \pm 0,6\%$..

Було виявлено що рівень 25 (ОН) D3 обернено пропорційно пов'язаний з рівнем HbA1c в пацієнтів з діабетом.

Висновки. Встановлено, що знижений рівень 25 (ОН) D3 був присутній у всіх пацієнтів із цукровим діабетом 1. Рівень вітаміну D корелює з глікемічним контролем при цукровому діабеті 1 типу . При корекції дефіциту вітаміну Д покращується компенсація ЦД.

УДК: 372.8.378.018.46:615.015.2

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ

**Пімінов О. Ф., Шульга Л. І., Квітчатa Г. І., Лукієнко О. В.,
Якущенко В.А.**

*Кафедра загальної фармації та безпеки ліків, м. Харків
Національний фармацевтичний університет
Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації*

Сучасний етап розвитку медицини характеризується зростанням кількості та номенклатури лікарських засобів (ЛЗ), появою нових груп препаратів, а також приділенням більшої уваги раціональному застосуванню існуючих препаратів. Щоб відповідати новітнім умовам розвитку соціуму лікар повинен мати високий рівень підготовки

із загальних та окремих питань фундаментальної та клінічної фармакології, а саме фармакодинамічних і фармакокінетичних властивостей ліків (в тому числі нових), їх правильного дозування, призначення пацієнтам різних вікових категорій, прийому ЛЗ з урахуванням їх хронофармакологічних особливостей. Спеціалісти медицини повинні приділяти увагу вивченню побічної дії ЛЗ, в тому числі терапевтичних і гомеопатичних, шляхів попередження їх виникнення та усунення, проблемам комбінованого застосування ЛЗ, взаємодії між собою та з їжею. Крім того, лікарі повинні добре орієнтуватися в брендovих (інноваційних) та генеричних ЛЗ, чітко відрізняти спеціальні харчові продукти та дієтичні добавки від ЛЗ, мати правильне уявлення про особливості дії залежно від шляхів їх уведення в організм.

Метою представленої роботи стало визначення потреби постійного оновлення професійних знань в області клінічної фармакології у лікарів різних спеціальностей та встановлення значення інтерактивного навчання в оптимізації вивчення клінічної фармакології.

Як методу дослідження було використано анкетування слухачів циклів підвищення кваліфікації, яке дозволило отримати необхідні для опрацювання відомості.

Клінічна фармакологія – дисципліна, яка визначає сучасні положення раціональної фармакотерапії та така, що являється фундаментом для розробки нових методів лікування різних патологій. Одним із засновників клінічної фармакології – Б. Є. Вотчалом зазначено, що клінічна фармакологія – це спосіб мислення лікаря незалежно від його спеціальності. Саме тому клінічна фармакологія вкрай важлива для кожного лікаря. Особливо це актуально в останні роки – роки формалізації практичної медицини, коли клінічне мислення лікаря страждає через впровадження протоколів лікування пацієнтів, введення стандартів лікування хворих з різними захворюванням. Це призводить до зникнення індивідуального підходу в лікуванні пацієнта, який завжди відрізняв вітчизняну медицину. В таких умовах важко переоцінити роль безперервної післядипломної освіти лікарів з клінічної фармакології та її значення в підвищенні якості надання медичної допомоги населенню України. За результатами анкетування підкреслено, що для ефективного набуття клінічних навичок необхідна стандартизація процесу навчання, що передбачає розбивку

його на етапи, розробку системи об'єктивної оцінки якості виконання слухачами завдань. Також встановлено, що викладачі кафедри здатні підтримувати зацікавленість слухачів не лише за допомогою подання матеріалу, але і завдяки сучасному динамічному презентуванню інформації з використанням різноманітних навчальних методів, серед яких і інтерактивне навчання, що допомагає слухачам швидше досягти встановлених навчальних цілей.

Висновки. Згідно анкетних даних провідна роль постійного оновлення професійних знань в області клінічної фармакології належить безперервній післядипломній освіті, а інтерактивне навчання – найбільш ефективний підхід подання інформації слухачам, який сприяє оптимізації процесу засвоєння нового матеріалу з клінічної фармакології.

УДК : 615.256.3.357.065-055.2

ПОБІЧНА ДІЯ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ

Пономарьова А.В.

Харківський національний медичний університет

Створення та впровадження в гінекологічну практику методів гормональної терапії стало важливим досягненням 20 століття. Сьогодні аптеки пропонують багатий асортимент контрацептивних засобів, але гормональні протизаплідні засоби займають лідируючу позицію. На жаль, не всі знають правила їх прийому, протипоказання та побічну дію.

Метою даної роботи є розгляд негативного впливу контрацептивів на організм жінки. До складу протизаплідних засобів входять синтетичні гормони, які є аналогами жіночих статевих гормонів, що виробляються в організмі жінки постійно. Виділяють препарати, які мають в своєму складі один або два гормону: прогестерон і естроген – тоді їх називають комбінованими, або тільки прогестерон – так звані міні-пілі. Дія протизаплідних лікарських засобів може мати позитивний фармакологічний ефект, але так само зустрічаються побічні явища: нудота, біль у грудях, кров'янисті виділення, аменорея, набір зайвої ваги, погіршення стану варикозних вен, інтенсивне випадання волосся, су-

хість слизових оболонок, набряклість, зміни стану системи згортання (артеріальна та венозна тромбоемболія), різкий біль в лівій частині грудей, почуття тиску за грудиною, коливання артеріального тиску, раптові порушення слуху і зору, хлоазма, мастодінія, погіршення переносимості контактних лінз, зменшення молочних залоз, кандидоз піхви, синдром непереносимості гестагенів, акне, себорея, алопеція.

Сучасні гормональні контрацептиви при правильному застосуванні відрізняються високою ефективністю та відносно безпечні. Вони дозволяють не тільки регулювати народжуваність, а й знижувати частоту гінекологічних захворювань у жінок різних вікових груп.

УДК: 615.22:616.1-06

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ТЕРАПІЇ СТАТИНАМИ ПАЦІЄНТІВ ВИСОКОГО ТА ДУЖЕ ВИСОКОГО РИЗИКУ СЕРЦЕВО- СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ

**Распутіна Л.В., Діденко Д.В., Соломончук А.В., Бронюк А.В.,
Черепій Н.В., Распутін В.В., Белінський А.В.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Однією зі складових прогнозомодифікуючої терапії у пацієнтів ішемічною хворобою серця (ІХС) є застосування статинів. В той же час відомо, що прихильність пацієнтів з ІХС саме до статинів є однією з найнижчих. Метою роботи було оцінити прихильність пацієнтів високого/дуже високого ризику серцево-судинних ускладнень до терапії статинами. Проанкетовано 49 пацієнтів, середній вік $56,7 \pm 2,7$ років, що перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні з приводу ІХС. Серед них 23 чоловіка (46,9%) та 26 жінок (53,1%). У 17 осіб (34,7%) в анамнезі інфаркт міокарда, 7 пацієнтів (14,3%) перенесли аорто-коронарне шунтування, 36 (73,5%) – коронарографію, 32 (65,3%) – стентування коронарних артерій, 41 пацієнт (83,7%) – супутня гіпертонічна хвороба, 28 (57,1%) – цукровий діабет. Встановлено, що 31 пацієнт не знають свій рівень холестерину, 12 осіб контролюють холестерин 3 рази на рік, 17 – взагалі не контролюють холестерин. Обстежені пацієнти відмітили, що от-

римують статини протягом року 16 осіб (32,7%), до 6 місяців – 27 осіб (55,1%), до 3 місяців – 5 осіб (10,2%), 1 пацієнт відповів, що отримує 1 місяць. Всім пацієнтам були призначені статину у дозах аторвастатин 20-40 мг або розувастатин 10-20 мг, проведено бесіду щодо необхідності застосування статинів. Через 3 місяці відбувся телефонний контакт з 47 пацієнтами. Встановлено, що продовжували терапію статинами 37 осіб (78,7%), 7 пацієнтів приймали терапію 1 місяць, інші не змогли відповісти, щодо застосування статинів.

Висновки. Відмічається низька прихильність пацієнтів високо/дуже високого ризику серцево-судинних подій до терапії статинами. Причини цього полягають у відсутності поінформованості пацієнтів щодо значення статинотерапії, очікування швидких терапевтичних ефектів, тощо.

УДК 61:001.8:615.15

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПІДГОТОВКИ КЛІНІЧНИХ ПРОВІЗОРІВ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Ривак Т.Б., Лопатинська О.І.

*Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького*

Підготовка майбутніх клінічних провізорів (КП) постійно вдосконалюється у зв'язку з потребою підвищення якості фармацевтичної (медичної) допомоги. Все більший акцент ставиться на включення до навчального плану медико-біологічних та клінічних дисциплін, які сприяють формуванню якісно нового підходу до процесів пошуку, збору, обробки, зберігання та поширення інформації щодо раціонального застосування лікарських засобів (ЛЗ) згідно з сучасними принципами доказової медицини (ДМ).

Мета. Охарактеризувати сучасні підходи до підготовки КП на засадах ДМ.

Методи. Навчально-дидактичний, клініко-фармацевтичний.

Результати. На кафедрі клінічної фармації, фармакотерапії (ФТ) та медичної стандартизації для студентів 5 курсу фармацевтичного

факультету викладається елективний курс «Доказова медицина», програма якого опрацьована співробітниками кафедри, складена відповідно до навчального плану підготовки КП та структурована на 2 змістові модулі, кожен з яких складається із 8 тем (всього 16). Кінцевою метою вивчення ДМ є, зокрема, опанування навичками проведення «доказового пошуку», згідно з методологією, розробленою та успішно апробованою нами у 2012 р., яка складається з 2-х рівнів: 1) технічно-користувацький (базова підготовка з інформатики); 2) професійно-орієнтований (спеціальні знання з ДМ).

Висновки. Отримані КП знання і навички з ДМ, зокрема із проведення методології «доказового пошуку» та спеціальної оцінки фахової клініко-фармацевтичної інформації, на нашу думку, оптимізують та удосконалюють його щоденну практичну діяльність у процесі раціоналізації ФТ, створюють підґрунтя відмови від необґрунтованого та безсистемного підходу до застосування ЛЗ. Разом із тим, сприятимуть впровадженню ДМ в реальну клінічну практику шляхом полегшення отримання лікарями сучасної достовірної інформації.

УДК: 616.36-004-085.015.13.225.12

ОПТИМІЗАЦІЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

Самогальська О.Є., Марків І.М., Тюріна В.Ф.

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

Проблема терапії та профілактики прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки (НЖХП) є однією з актуальних у сучасній гастроентерології. Тому метою дослідження було дослідити та проаналізувати характер впливу різних доз тіотриазоліну на перебіг субкомпенсованого цирозу печінки (ЦП) при НЖХП

Обстежено 35 хворих на ЦП при НЖХП. Вік пацієнтів був від 31 до 71 років. Тривалість захворювання склала від 1 до 6 років. Діагноз верифікували за клініко-анамнестичними (наявність абдомінально-больового, диспепсичного, жовтяничного, набряково-асцитичного

та астено-вегетативного синдрому; анамнестичні дані про перенесений вірусний гепатит, зловживання алкоголем) та лабораторно-інструментальними (загальний і біохімічний аналіз крові, вірусологічне обстеження на маркери гепатиту В і С, УЗД, у деяких випадках біопсія печінки) даними. Стан процесів перекисного окиснення ліпідів і антиоксидантного захисту (ПОЛ-АОЗ) оцінювали за концентрацією у крові малонового діальдегіду, супероксиддисмутази, каталази до і після лікування. Хворі були розподілені на шість репрезентативних за віком, статтю, ступенем активності цитолізу групи. 1 група (10 хворих) отримувала базисну терапію: дієтичне харчування (№5); легалон по 2 табл. тричі на добу, панкреатин 1 табл. тричі на добу, дезінтоксикаційну терапію (0,9% розчину натрію хлориду 200,0 в/в №5), сечогінні за потребою. Тривалість курсу — 30 днів. Хворі 2 групи (16 хворих) отримували базисну терапію і тіотриазолін (корпорація „Артеріум”) по 2 мл 2,5 % розчину двічі на добу в/м 10 днів з наступним вживанням по 2 таблетки (200 мг) тричі на добу — 20 днів; 3 групи (9 хворих) базисну терапію й тіотриазолін, доза якого 4 мл 2,5 % розчину двічі на добу в/м 10 днів з наступним вживанням по 2 таблетки (100 мг) тричі на добу – 20 днів.

Оцінка результатів дослідження та УЗД проводились до лікування, після закінчення курсу лікування (1 місяць від початку терапії) та через 3, 6 місяців після закінчення терапії.

У результаті лікування АЦП тіотриазоліном спостерігалася вірогідно більш виражена позитивна динаміка всіх клінічних проявів порівняно з контрольною, при цьому використання подвійної дози препарату викликало вірогідну кращу динаміку астено-вегетативного, асцитично-набрякового синдромів, зменшення розмірів печінки і селезінки. При вивченні динаміки біохімічних показників виявлено, що у хворих тіотриазолін проявляє потужні мембраностабілізуючі властивості, усуває прояви цитолізу, ефективно зменшує прояви холестазу, мезенхімально-запального синдрому, підсилює білоксинтезуючу функцію печінки, при цьому подвійна доза тіотриазоліну є більш ефективною. У пацієнтів 3 групи зафіксована і нормалізація показників ПОЛ-АОЗ. У зв'язку тенденцією до погіршення показників, що вивчалися через 6 місяців після початку терапії, доцільним є призначення повторного курсу лікування в указаний термін.

АНТИБІОТИКИ-МАКРОЛІДИ В ПРАКТИЦІ ЛІКУВАННЯ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Сангінова Н.С.

Таджицький національний університет

Проблема раціональної терапії пневмоній обумовлена їх широкою поширеністю, помилками в діагностиці і терапії, високими показниками летальності. Частота випадків пневмонії становить 5-20 на 1000 наявного населення. Основу ефективного лікування пневмоній складає антибактеріальна терапія і правильне судження про природу захворювання є вирішальним при виборі препарату.

Епідеміологічна ситуація на рубежі ХХ-ХХІ ст. характеризується зростаючою резистентністю мікроорганізмів до широко застосовуваних антибактеріальних засобів, поширеною сенсibiliзацією населення до похідних пеніциліну і сульфаніламідів.

Сучасний формуляр лікування позалікарняної пневмонії передбачає можливість вибору антимикробних препаратів (АМП) в залежності від стану пацієнта. Так, у госпіталізованих пацієнтів з позалікарняною пневмонією легкого ступеня препаратами вибору є амінопеніциліни, цефалоспорини II покоління і макроліди, а при перебігу захворювання середньої тяжкості і важкому – цефалоспорини III покоління (цефтриаксон або цефотаксим), можливо в комбінації з макролідними антибіотиками. У хворих ВП середньої тяжкості в окремих випадках амбулаторного лікування може використовуватися монотерапія цефтриаксоном з урахуванням особливостей фармакокінетики препарату.

Протягом останніх років спостерігаються різні помилки антибактеріальної терапії, у тому числі: неправильна стартова терапія позалікарняної пневмонії, застосування АМП в малих дозах, короткострокове (3-5 днів) використання АМП, що призводило до повторного погіршення стану через кілька днів після відміни лікування.

З урахуванням реальної епідеміологічної обстановки представляється доцільною в окремих випадках стартова антибактеріальна терапія позалікарняної пневмонії макролідними антибіотиками, особливо

в разі атипової природи збудника захворювання. Крім того, особливістю фармакодинаміки макролідів є тривалий постантибіотичний ефект, внаслідок якого при використанні антибіотика в мінімальних інгібуючих концентраціях після його скасування дія антибіотика триває.

В ряду можливих пояснень вираженого терапевтичного ефекту макролідів слід, вважати різноманітні ефекти останніх: пригнічення змішаної інфекції в т.ч. атипової флори і факторів вірулентності збудників, зниження адгезії бактерій до слизової оболонки дихальних шляхів, зменшення продукції і поліпшення реологічних властивостей бронхіального секрету, імуномодуюча дія.

Проведений в Республіці Таджикистан ретроспективний фармакоепідеміологічний аналіз історій хвороби пацієнтів, які лікувалися з приводу позалікарняної пневмонії в лікарнях м. Худжанд і Душанбе за період 2011-2015 рр показав не виправдано рідкісне використання антибіотиків-макролідів в лікуванні позалікарняної пневмонії. Так в 2011р % від загальної DDDs АМП для макролідів склав 5,5%, в 2013р – 2,12% і в 2015 р – 0,63%. При цьому використовувалися лише еритроміцин і азитроміцин.

Вірогідними причинами нераціональної антимікробної терапії позалікарняної пневмонії є помилкові уявлення лікарів про етіологію захворювань і низький рівень знань про основні положення сучасних клінічних рекомендацій.

З огляду на високу ефективність макролідів в лікуванні позалікарняної пневмонії, широкий спектр антибактеріальної активності, сприятливий «профіль безпеки» і існуючі міжнародні рекомендації з лікування позалікарняної пневмонії, слід ширше використовувати АМП даної групи для стартової емпіричної антибактеріальної терапії пневмонії.

Для зменшення частоти нераціонального використання антимікробних препаратів при пневмонії і, як наслідок поліпшення результатів захворювання і попередження розвитку резистентності мікроорганізмів, слід проводити освітні програми серед лікарів і створити систему моніторингового контролю адекватного застосування антимікробних препаратів.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ НА ФОНІ МЕТАБОЛІТНОЇ ТЕРАПІЇ

Яковлева О.О., Семенчук С.А., Стоцька Т.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є найпоширенішим захворюванням і в більшості економічно розвинених країн світу займає провідне місце серед усіх причин захворюваності, смертності, тимчасової та стійкої втрати працездатності. Критеріями ефективності лікування хворих на ІХС є зменшення нападів стенокардії, максимізація повсякденної діяльності та досягнення найвищого рівня якості життя (ЯЖ), пов'язаного зі здоров'ям, у рамках даної патології.

Мета: оцінити динаміку показників якості життя у хворих із постінфарктним кардіосклерозом на фоні метаболітної терапії з використанням опитувальника MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life.

Матеріали та методи дослідження: Відповідно до мети дослідження було проведено комплексне обстеження 99 хворих (71% чоловіків і 29% жінок) з постінфарктним кардіосклерозом, що знаходилися на лікуванні у відділенні реабілітації серцево-судинних захворювань Клінічного санаторію «Хмільник» (Вінницька область). Середній вік обстежених становив $55,05 \pm 1,28$ років. Пацієнти групи порівняння ($n=49$) продовжували приймати базисну терапію ІХС, тоді як основну групу ($n=50$) склали хворі, які додатково отримували препарат L-аргініну L-глутамату (Глутаргін, ООО «Здоров'я» Україна) внутрішньовенно, крапельно по 5 мл 40% розчину на 200 мл ізотонічного розчину хлориду натрія на протязі 7 днів з переходом на таблетовану форму по 0,75 г тричі на добу 3 тижні.

Визначення ЯЖ проводилось за допомогою найбільш ефективного у пацієнтів з ІХС опитувальника MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life (MacNew). Він дає змогу визначити суб'єктивне сприйняття хворим проблем, пов'язаних із наявністю у нього ІХС, та їх впливу на повсякденну рухову діяльність і психоемоційний стан.

Опитувальник містить 27 запитань, які розділені на 3 підгрупи, з яких 13 пунктів відображають фізичну, 13 пунктів – емоційну та 5 пунктів – соціальну підшкали. Аналіз проводять за бальною системою – від 1 (низька ЯЖ) до 7 балів (високий рівень ЯЖ). Валідизацію україномовної версії опитувальника MacNew було проведено у Волинському обласному центрі кардіоваскулярної патології та тромболізісу в рамках Європейського проекту з оцінки ЯЖ у хворих з патологією серця (HeartQoL Project) .

Статистичну обробку даних проводили з використанням пакетів програм «STATISTICA® forWindows 6.0» (StatSoftInc.), «Microsoft® Excel 2010» (Microsoft®). Отримані результати подано у вигляді середнього значення \pm стандартне відхилення від середнього значення ($M \pm m$). Оцінку відмінностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Статистично достовірними вважали відмінності між показниками при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення: Вихідні показники ЯЖ за опитувальником MacNew в обох групах статистично значимо не відрізнялись.

В групі пацієнтів на фоні лікування Глутаргіном спостерігався достовірно значимий приріст фізичної активності (з $4,3 \pm 1,0$ до $5,2 \pm 0,9$ бала, $p < 0,05$). Покращення показників ЯК по показникам фізичної активності на фоні прийому Глутаргіну відображає зниження обмежень для повсякденної активності і позитивно впливає на успіх рекомендованого лікування.

Ключовим моментом в оцінці ефективності лікування пацієнтів з ІХС, стенокардією напруження є аналіз інтенсивності болю самим пацієнтом. На фоні проведеної терапії відмічалось достовірне збільшення повсякденної діяльності, котра обмежена впливом болю (з $4,6 \pm 0,8$ до $5,9 \pm 0,9$ бала, $p < 0,05$).

Висновки: Застосування глутаргіну позитивно впливає на якість життя у хворих із постінфарктним кардіосклерозом.

РОЛЬ ПРОВІЗОРА В ПРАКТИЦІ САМОЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ В М.КУРГАН-ТЮБЕ РЕСПУБЛІКИ ТАДЖИКИСТАН

Хомідов Д.К.

Таджицький національний університет, м. Душанбе

Гострі інфекції дихальних шляхів (ГІДШ) є найбільш частими захворюваннями в амбулаторній ланці, з якими зустрічаються терапевти, педіатри, отоларингологи, пульмонологи та ін. В переважній більшості випадків хворим призначають антимікробні препарати (АМП). При цьому не всі ГІДШ мають бактеріальну етіологію, частина інфекцій викликається вірусами, при яких застосування антибіотиків недоцільно. За даними ряду досліджень, в 20-50% випадків ГІДШ призначення антибіотиків визнано невиправданим. Одним з найбільш небезпечних негативних наслідків такого нераціонального застосування АМП є розвиток антибіотикорезистентності збудників до найбільш значущих АМП на фармацевтичному ринку. Чимала роль у безконтрольному застосуванні АМП належить аптечним працівникам, що сприяє придбанню пацієнтами антибіотиків; безрецептурний відпуск АМП в аптеці; вплив реклами фармацевтичних компаній.

Завданням нашого дослідження було оцінити роль провізорів в споживанні АМП при інфекціях дихальних шляхів. Проводили аналіз рекомендацій фармацевтів відвідувачам аптек, що звертаються з приводу симптомів ГІДШ в аптеки різної форми власності м.Курган-Тюбе Республіка Таджикистан. Для реєстрації даних використовувалася ІРК.

Всього було проведено 166 відвідувань аптек в м.Курган-Тюбе Республіки Таджикистан. Найбільш кваліфікованою рекомендацією фармацевта в будь-який з клінічної ситуацій повинна була бути порада про якнайшвидше зверненні хворого до лікаря. На додаток він міг порекомендувати симптоматичні ЛЗ з числа безрецептурних. Однак, як свідчать отримані результати, звернутися до лікаря радили лише 28,5% фармацевтів. В більшості випадків у співробітників аптек переважали рекомендації по самостійному призначенню лікування (52,6%). Серед варіантів лікування, пропонувані фармацевтами,

виявлено 2 типу рекомендацій: рекомендується АМП та симптоматичне лікування та інший – тільки симптоматичну терапію. Рекомендацій по ізольованому призначення антибіотиків не зустрічалося.

Аналізуючи рекомендації співробітників аптек по самостійному лікуванню, слід зазначити, що останні залежать від типу скарг. Загалом фармацевти рекомендували симптоматичне лікування в 59% та прийом АМП в середньому в 41% випадків. Поради про прийом АМП включали пероральний прийом означених препаратів (33,63%) та парентеральний прийом АМП (10,1%). Рекомендації конкретних АМП частково залежать від характеру пропонованих «скарг». Але загалом провізори рекомендували прийом амоксициліну (14,6%), ампіциліну (14,4%), ципрофлоксацину (10,8%), азітроміцину (13,0%), цефтриаксону (7,3%). В поодиноких випадках було рекомендовано прийом тетрацикліну (4,4%) та неоміцину (2,2%).

Проведене опитування показало, що фармацевти досить часто дають поради з самолікування та прийому АМП, що сприяє необґрунтованому застосуванню антибіотиків населенням та безумовно прискорює розвиток антибіотикорезистентності. Крім того, означені поради не враховують особливості захворювання та чутливість мікрофлори до АМП. Означений факт вимагає проведення освітніх програм серед працівників аптек, щодо порядку відпуску АМП населенню.

УДК: 616.24-002-085.33:615.015.8

ПРОБЛЕМА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ОКРЕМИХ ЗБУДНИКІВ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ТА НАПРЯМКИ ПОКРАЩАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ

Хухліна О.С., Ткач Є.П.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Антибіотикорезистентність респіраторних патогенів розглядається як глобальна проблема сучасності, що потребує постійного епідеміологічного контролю за використанням антибактеріальних засобів. Мета дослідження – локальний моніторинг бактеріальних збудників негоспітальної пневмонії (НП), визначення рівнів їх чут-

ливості до протимікробних засобів та антибіотикорезистентності.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 188 медичних карток стаціонарних хворих на НП, які лікувались у відділеннях «Лікарні швидкої медичної допомоги – університетській лікарні» м.Чернівці у грудні 2015 р. – березні 2016 р. Вивчали показники результатів бактеріограм мокроти, спектр антибіотикочутливості збудників. Чутливість визначали диско-дифузійним методом.

Результати дослідження. Етіологічна картина НП у хворих виглядала таким чином: найчастіше висівались *S.pneumoniae* (62,7%) та *K.pneumoniae* (26,7%). Чутливість усіх ізолятів *S.pneumoniae* зберігалась до тикарциліну, карбапенемів, цефоперазону/сульбактаму, амікацину та тобраміцину. Чутливість до цефтриаксону визначено у 58,8% штамів. Повна чутливість *K.pneumoniae* була до цефоперазону/сульбактаму, іміпенему, моксифлоксацину, тобраміцину, амікацину. Чутливість *K.pneumoniae* до цефтриаксону: 63,6% та 36,4% патогенів були помірно й абсолютно стійкими. Висновки. Результати дослідження свідчать про виражену антибіотикорезистентність серед основних збудників НП (*S.pneumoniae* та *K.pneumoniae*) до антибіотика цефтриаксону. А це, в свою чергу, потребує перегляду рекомендацій з лікування хворих на НП у стаціонарах різного типу.

УДК: 616.314.17-002.2-092-085.242-092.9

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКА БІОГАЯ У СТОМАТОЛОГІЇ

Чорній Н.В., Манащук Н.В.

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

Захворювання тканин пародонту та зубів є найбільш поширеними стоматологічними захворюваннями в Україні. Система надання стоматологічної допомоги повинна включати заходи профілактики у осіб із групи ризику. Підвищення ефективності профілактики досягається шляхом включення до складу профілактичних комплексів пробіотиків, здатних пригнічувати ріст карієсогенних та пародонтопатогенних бактерій. Ефективним пробіотиком на даний

час вважають препарат БіоГая. Це запатентована комбінація двох штамів *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 і *Lactobacillus reuteri* ATCC PTA 5289 з активною дією у ротоглотці: антагоністично витісняють збудників карієсу, періодонтиту, гінгівіту та інших запальних захворювань, сприяють зменшенню запалення та кровоточивості слизової оболонки, підтримують здоровий стан слизової оболонки і зубів. БіоГая ПроДентіс сприяє відновленню корисної мікрофлори ротової порожнини, підтримує її здоровий баланс, перешкоджає розмноженню хвороботворних мікроорганізмів. *L. reuteri* Prodentis®, які колонізують клітини епітелію (прикріплюються до них), що вистилають весь шлунково-кишковий тракт – від ротової порожнини, шлунка, кишечника до анального отвору. Сприяють зменшенню запалення слизової оболонки ротової порожнини, пригнічуючи прозапальний цитокін TNF-альфа та інтерлейкіни ІЛ-6, ІЛ-8. Антимікробний механізм дії *L. reuteri* Prodentis® полягає в секреції натуральних інгібіторів росту широкого спектру патогенних мікроорганізмів реутеріна та рейтероцикліна, що властиві тільки даним мікроорганізмом.

Висновок. Застосування пробіотика БіоГая у фармакотерапії захворювань ротової порожнини підвищить рівень стоматологічного здоров'я населення.

УДК 616.314.17-008.1-091.8-06:616.441-008.64

РЕЗУЛЬТАТИ ІНДЕКСНОГО ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ОСІБ ІЗ ПЕРВИННИМ ГІПОТИРЕОЗОМ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНОВАНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Чорній А.В., Шманько В.В.

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

Вступ. Комплексне лікування генералізованого пародонтиту у пацієнтів із первинним гіпотиреозом повинно включати заходи спрямовані на ліквідацію запального процесу, стабілізацію стану тканин пародонта, корекцію порушень імунних та обмінних процесів організму.

Мета дослідження: вивчити вплив комбінованої фармакоterapiї захворювань пародонта у осіб із первинним гіпотиреозом .

Матеріали та методи дослідження. Запропонованим нами методом було проведено лікування захворювань пародонта у 30 хворих на первинний гіпотиреоз. Фармакотерапевтичний комплекс для місцевого лікування включав антисептик холісал гель та перорально цитопротектор імуновел. Індексна оцінка включала визначення індексів: гігієни порожнини рота Грина-Вермільйона, ступеня запалення ясен за (РМА), потребу лікування за (КПІ).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих результатів показав позитивний вплив комбінованої фармакоterapiї захворювань пародонта у осіб із первинним гіпотиреозом. Так, індекс гігієни знизився на 50,5 % і відповідав задовільному стану гігієни порожнини рота ($p < 0,05$), індекс РМА на 61,4 % ($p < 0,05$), а індекс КПІ на 42,3 % ($p < 0,05$) відповідно, що вказує на наявність легкого ступеня важкості гінгівіту у таких пацієнтів.

Висновок. Таким чином, місцеве застосування антисептика холісал гель та пероральне – цитопротектора імуновел сприяє покращенню стану тканин пародонта у осіб із первинним гіпотиреозом, що позитивно відображається на клінічній картині захворювання.

УДК: 615.252-06:616.37-002.1

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛКИ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ СОМАТОСТАТИНУ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Чорномидз А.В., Пида В.П., Косовська В.О.

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

Незважаючи на величезну кількість наукових досліджень до сьогодні не вдається суттєво знизити кількість ускладнень, летальність та важкість клінічного перебігу гострого панкреатиту, особливо важких його форм. Серед великої кількості препаратів, які рекомендують для лікування хворих із цим захворюванням, в останні роки особливу

увагу приділяють препаратам соматостатину (СС) та його синтетичним аналогам. Ці препарати набули такої популярності, що включені в протоколи надання медичної допомоги затверджені МОЗ України.

Так в чому ж полягає ефективність застосування СС при гострому панкреатиті і чи є негативні сторони використання даних засобів?

Спочатку варто з'ясувати, для чого ж, власне, в організмі синтезується соматостатин і які його основні функції. Відомо, що соматостатин, який був вперше виділений з гіпоталамуса, виділяється також в центральній і периферичній нервовій системі, в Д-клітинах і автономній нервовій системі підшлункової залози (ПЗ), в шлунку і дванадцятипалій кишці (ДПК), легенях, надниркових залозах, вилочковій залозі, нирках, щитовидній та слинних залозах, в очах та ін. Дія соматостатина неоднакова в різних органах: в ЦНС він виконує функцію нейротрансмітера, в інших органах – ендокринного гормону, паракринної речовини або аутокринного секрету. На сьогоднішньому фармацевтичному ринку можна зустріти препарати які містять власне соматостатин (Модустатин, Стиламін), або його синтетичні аналоги октреотид (Октрайд, Укреотид, Сандостатин, Октра та ін.), соматулін, вапреотид, сеглетид та ін. Найбільшого поширення у клінічній практиці здобули препарати на основі октреотиду.

Чому ж препарати СС використовують для лікування гострого панкреатиту? Це пов'язано із аутолітичною теорією розвитку панкреатиту і відповідно основою лікування цього захворювання вважають блокаду функціональної активності підшлункової залози. Позитивний вплив на перебіг гострого панкреатиту соматостатину і його синтетичних аналогів, зокрема октреотиду пов'язують із тим, що вони чинять інгібуючу дію на секрецію соляної кислоти, пепсину та гастрину в шлунку, пригнічують екзо- і ендокринну функцію підшлункової залози, моторну активність шлунково-кишкового тракту, а також володіють імуномодулюючою, протизапальною і цитопротекторною дією. Окрім цього виявлено антицитокінові властивості препарату.

Що стосується позитивного впливу СС на клінічний перебіг панкреатиту, то вважається що даний препарат сприяє швидкій регресії больового синдрому, попереджує розвиток ускладнень, знижує рівень ферментемії, знижує летальність. Але, виявляється, єдиною

думки про ефективність СС і його аналогів при лікуванні ГП немає. Закордонні статті, які підтверджують ефективність препаратів СС стосуються або ж власне соматостатину, а не його синтетичних аналогів, або їм більше ніж 10 років. Нові статті, які підтверджують ефективність аналогів СС можна знайти лише на пострадянському просторі. На сьогоднішній день зарубіжна наукова спільнота однозначно не рекомендує ці препарати при гострому панкреатиті. Останній масштабний метааналіз проведений у 2006 році констатував, що препарати СС на впливають на летальність, розвиток ускладнень, розвиток гнійно-септичної патології та не зменшує кількості оперативних втручань.

У чому ж причина? Перш за все варто зазначити, що інгібуючу дію на секрецію ПЗ здійснює лише СС, що продукується слизовою оболонкою тонкої кишки, який в нормі виділяється за участю автономної нервової системи. Також експресія рецепторів до СС в ПЗ зменшується в процесі розвитку ГП, тому при цьому захворюванні залоза стає мало чутливою до цього гормону.

Окрім цього варто звернути увагу на негативну дію препаратів СС. Так встановлено, що препарати соматостатину знижують кровопостачання підшлункової залози та мезентеріальний кровотік більш як на 50%. Вважається, що недостатня гемоперфузія підшлункової залози може сприяти розвитку панкреонекрозу. Також, до побічних ефектів препаратів СС відносять спазм сфінктера Одді, підвищення активності амілази і порушення відтоку панкреатичного секрету і жовчі, що сприяє підвищенню тиску в протоках ПЗ і негативно впливає на перебіг захворювання. Описані випадки, що введення синтетичних аналогів СС може індукувати розвиток гострого панкреатиту. Окрім, цього пригнічення моторики шлунково-кишкового тракту та процесів травлення може призвести до повільного відновлення моторики кишківника, дислокації мікрофлори, дуоденостазу.

Чи насправді все так погано? На сьогоднішній день закордонні вчені все ж повністю не виключають можливість використання препаратів соматостатину при гострому панкреатиті. Його позитивний вплив відмічають при використанні в перші дні захворювання на початку розвитку панкреатиту, шляхом зниження запальної гіперемії у тканині ПЗ, протинабряковій дії та корекції аномального метаболізму.

му ейкозаноїдів, зниженням вмісту у крові прозапальних цитокінів і покращенням системної мікроциркуляції. В більш пізні терміни використання цих препаратів є недостатньо ефективним.

Висновки. Аналізуючи літературні дані однозначно можна стверджувати, що можливість використання препаратів соматостатину для лікування гострого панкреатиту потребує подальшого дослідження, а рутинне використання цих засобів, зокрема у протоколах надання медичної допомоги повинно бути переглянуто, орієнтуючись на європейські та світові рекомендації. І в кінці варто відмітити, що в офіційних інструкціях до використання препаратів соматостатину серед показань до використання відсутній гострий панкреатит.

УДК616.24-002- 092.9-07:616.155.32- 07

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ В-ЛІМФОЦИТІВ У КРОВІ МОРСЬКИХ СВИНОК У РІЗНІ ПЕРІОДИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Чугай О. О.

*Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького*

Пневмонія у ХХІ ст. залишається значною медико-соціальною проблемою як в країнах, що розвиваються, так і в промислово розвинених країнах. Значна поширеність, висока цифри інвалідації та смертності слугують чому підтвердженням.

Мета нашого дослідження: вивчення особливостей динаміки В-лімфоцитів у морських свинок в різні періоди експериментальної пневмонії.

Матеріали та методи дослідження. Експериментальні дослідження проводились на 32 морських свинках (ссавцях) масою 180-220 г, поділених на 4 групи по 8 тварин у кожній:

I група – інтактні морські свинки (контроль);

II група – морські свинки з експериментальною пневмонією на 6-ту добу;

III група – морські свинки з експериментальною пневмонією на 10-ту добу;

IV група – морські свинки з експериментальною пневмонією на 20-ту добу.

Відтворювали експериментальну пневмонію шляхом інтраназального введення тваринам культури *Staphylococcus aureus* за методом В. Н. Шляпникова і співав.

Тварин декапітували на 6-ту, 10-ту та 20-ту добу розвитку ЕП. Популяцію В-лімфоцитів (ЕАС-РОЛ) визначали за допомогою реакції спонтанного розеткоутворення з еритроцитами барана.

Отримані результати статистично оцінювали за t-критерієм Стюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. У морських свинок у ранній період ЕП (на 6 та 10 добу) спостерігалось підвищення рівня В-лімфоцитів на 19,45% та 25%, відповідно, при порівнянні з інтактною групою. У пізній період, на 20 добу, рівень В-лімфоцитів й надалі зростав на 43,65%.

Висновок. Експериментальна пневмонія у морських свинок супроводжується активацією гуморальної ланки імунітету, що виражається зростанням рівня В-лімфоцитів у крові як в ранній, так і пізній період.

ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА РІВЕНЬ НЕСПЕЦИФІЧНИХ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ І ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ІХС

**Швед М.І., Левицька Л.В., Ковальська М.П., Ястремська І.О.,
Водвуд В.К., Ковальський Д.В.**

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

Актуальність. Ішемічна хвороба серця (ІХС) – одне з найпоширеніших захворювань у більшості розвинених країн світу, яке займає провідне місце серед причин тимчасової й стійкої втрати працездатності та смертності у хворих на серцево-судинні захворювання (понад 64,3% випадків). Не менш важливою є проблема хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ). Разом з тим, питання поєднання ХОЗЛ та ІХС, а також їх взаємообтяжуючий вплив на

кінцевий результат ще недостатньо вивчені, що затруднює розробку адекватних програм профілактики та лікування.

Мета дослідження – визначення впливу ХОЗЛ на рівень неспецифічних маркерів запалення та показники функції зовнішнього дихання у пацієнтів з ІХС.

Матеріали та методи. Досліджено 46 хворих на ІХС, які перебували на стаціонарному лікуванні КЗ ТОР «ТУЛ», віком від 47 до 71 років, середній вік – $63,0 \pm 1,9$ роки, переважали чоловіки – 80%. У 28 хворих дослідної групи вивчали вміст неспецифічних маркерів запалення (С-РБ, ШОЕ, лейкоцити), показники функції зовнішнього дихання та результати пульсоксиметрії. Контрольну групу склали 18 осіб з ізольованою ІХС.

Діагноз ІХС встановлювали згідно з рекомендаціями Європейського кардіологічного товариства та протоколів МОЗ України (2015), а діагноз ХОЗЛ – на основі клінічних даних та результатів дослідження ФЗД (ЖЄЛ, ФЖЄЛ та ОФВ1, індекс Тіффно). Статистичну обробку кількісних даних проводили за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 10».

Результати та обговорення. У вихідному стані у пацієнтів обох груп виявлено підвищення сироваткового рівня С-РБ. У пацієнтів з ІХС в поєднанні з ХОЗЛ рівень С-РБ був в 5,3 рази ($p < 0,001$) вищий, а кількість лейкоцитів та величина ШОЕ були достовірно ($p < 0,05$) вищі порівняно з хворими контролю.

У пацієнтів дослідної групи показник ОФВ1 становив $54,68 \pm 3,29\%$, пікова об'ємна швидкість видиху $56,9 \pm 3,91\%$, SpO_2 – $92,03 \pm 2,24\%$. В контролі з ізольованою ІХС дані показники становили відповідно $97,2 \pm 2,04\%$, $95,17 \pm 5,97\%$ і $98,0 \pm 1,92\%$.

Висновок: 1. Для хворих на ІХС в поєднанні з ХОЗЛ характерні більш виражені ознаки системного запалення ніж в пацієнтів з ізольованою ІХС.

2. Поєднання ІХС та ХОЗЛ ускладнює клінічний перебіг обох хвороб, про що свідчить більш виражена бронхообструкція, зниження сатурації крові киснем та активація системного запалення.

ВПЛИВ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ НА СТРУКТУРНО- ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ КОМОРБІДНУ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Шманько В.В., Гніздох Р.В.

*ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я Горбачевського МОЗ України"*

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) відноситься до найбільш поширених захворювань серцево-судинної системи. За даними МОЗ України підвищений артеріальний тиск виявляється у 46,8% пацієнтів кардіологічного профілю, тобто майже половина усіх серцево-судинних захворювань. Нерідко артеріальна гіпертензія поєднується із захворюваннями бронхолегеневої системи. Аналіз літературних джерел свідчить, що поєднання ХОЗЛ та АГ спостерігається у 35 % випадків. Як правило така гіпертензія характеризується високим АТ, несприятливим перебігом захворювання та високою частотою серцево-судинних катастроф. Тому вчасна діагностика та адекватне лікування такої поєднаної патології дозволить досягти нормалізації АТ і запобігти розвитку ускладнень.

Мета: з'ясувати вплив фіксованої комбінації валсартану з амлодипіном на структурно-функціональний стан серця у хворих на АГ у поєднанні з ХОЗЛ.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 32 пацієнти, що знаходились на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні ТМКЛ № 3 з АГ в поєднанні з ХОЗЛ, віком від 49 до 77 років. Середній вік обстежуваних становив $(64,21 \pm 7,7)$ років. Всі обстежені були розділені на 2 групи: до першої (контрольної) було включено 16 пацієнтів з АГ коморбідною з ХОЗЛ, які в комплексному лікуванні отримували такі антигіпертензивні препарати як інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, діуретики або антагоністи рецепторів АТ II. До другої групи (основної) – 16 пацієнтів з АГ коморбідною з ХОЗЛ, які отримували фіксовану комбінацію валсартану з амлодипіном в дозі 80 мг і 5 мг відповідно. Ефективність лікування оцінювали через 2

місяці за динамікою клінічного стану, рівнем АТ та даними доплеро-ехокардіографії .

Результати дослідження та їх обговорення. У ході дослідження було з'ясовано, що зниження САТ і ДАТ спостерігалось у двох групах, однак у пацієнтів другої групи цільового рівня АТ було досягнуто у 14 обстежуваних, що становить 87,5%, тоді як у першій групі лише у 10 – 62,5%.

При вивченні структурно-функціонального стану міокарда встановлено, що КДР ЛШ у хворих другої групи до лікування становив $(4,80 \pm 0,05)$ см, а після – $(4,62 \pm 0,04)$ см , товщина ЗСЛШ до лікування $(1,20 \pm 0,02)$ см, після – $(1,11 \pm 0,01)$ см ($p < 0,05$), розмір ЛП до лікування $(4,50 \pm 0,11)$ см, після лікування $(4,12 \pm 0,09)$ см ($p < 0,05$), КДР ПШ до лікування $(3,60 \pm 0,14)$ см, після лікування $(3,21 \pm 0,09)$ см ($p < 0,05$). Тоді як у пацієнтів першої групи КДР ЛШ і КДР ПШ, розмір ЛП мали лише тенденцію до зниження. Проте, товщина ЗСЛШ достовірно зменшилась з $(1,30 \pm 0,02)$ см до $(1,24 \pm 0,02)$) після лікування.

Також після проведеного лікування покращилась скоротлива здатність лівого шлуночка у всіх пацієнтів, проте в основній групі збільшення фракції викиду було більш вираженим ніж у пацієнтів контрольної групи. Зокрема, ФВ у хворих другої групи до лікування становила $(57,5 \pm 1,3)\%$, а після $(61,1 \pm 1,5)\%$ ($p < 0,05$). У хворих першої групи цей показник до лікування був на рівні $(55,4 \pm 1,9)\%$, а після лікування – $(56,0 \pm 1,6)\%$ ($p > 0,05$).

Нами встановлено, що діастолічна дисфункції міокарда спостерігалась в усіх пацієнтів (відношення Е/А було менше, ніж одиниця). Зокрема, у другій групі відношення Е/А до лікування становило $(0,89 \pm 0,02)$ у.о., а після – $(0,95 \pm 0,04)$ у.о., тобто прояви діастолічної дисфункції зменшились на 6,7%, тоді як у контрольній групі до лікування $(0,91 \pm 0,01)$ у.о., після – $(0,92 \pm 0,02)$ у.о., що становить лише 1,1%.

Також слід відмітити, що внаслідок отриманого лікування клінічний стан усіх хворих покращився, тобто спостерігалась лише позитивна динаміка.

Висновок. Отже, нами встановлено позитивний вплив фіксованої комбінації валсартану з амлодипіном на структурно-функціональний стан серця хворих на АГ у поєднанні з ХОЗЛ порівняно зі

стандартним лікуванням, про що свідчать показники артеріального тиску, особливості змін показників доплероєхокардіографії та динаміка клінічного стану обстежуваних. Це вказує на доцільність більш щирокого застосування фіксованої комбінації у таких пацієнтів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕЧНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ТА АНАЛЬГЕЗУЮЧИХ ЗАСОБІВ У ХВОРИХ НАОСТЕОАРТРОЗ

Шманько В.В., Шманько О.В.

*ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України"*

Актуальність. Остеоартроз (ОА) – це група первинно незапальних захворювань суглобів з різними механізмами етіопатогенезу, що характеризується ураженням хрящів, ремоделюванням епіфізів кісток, розвитком остеофітів, а на пізніх стадія призводить до стійкої деформації суглобів. На сьогодні ОА є найбільш поширеною формою суглобової патології, що спричиняє виникнення больового синдрому та веде до втрати працездатності та інвалідизації хворих. Як правило, захворювання розвивається в осіб похилого й старечого віку, проте в останні роки виявляється у більш молодому віці. Оскільки вік є вагомим незалежним фактором ризику розвитку ОА, очікується зростання його частки у структурі хвороб населення внаслідок старіння популяції. Клінічні симптоми хвороби спостерігаються більш, ніж у 10-20% населення земної кулі.

Мета. Враховуючи вищезгадане, нами було вивчено ефективність і безпеку застосування фіксованої комбінації ацетамінофену, диклофенаку калію та серратіопептидази у якості знеболюючого та протизапального засобу у хворих на остеоартроз різної етіології.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходився 21 пацієнт, серед яких 12 чоловіків і 9 жінок хворих на первинний ОА кульшових і колінних суглобів з вираженим больовим синдромом. У дослідження не включались хворі з тяжкими порушеннями функції печінки і нирок та захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Всі пацієнти отримували стандартну терапію з включенням

до неї фіксованої комбінації ацетамінофену (500 мг), диклофенаку калію (50 мг) та серратіопептидази (15 мг) (препарат Фламідез). Доза останнього призначалася залежно від інтенсивності больового синдрому, по 1 таблетці 2 або 3 рази на день після їди, протягом 5 днів. Вплив фіксованої комбінації на інтенсивність болю здійснювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) від 1 до 10 см. Ефективність препарату оцінювали за опитувальником "Ноттінгемський профіль здоров'я", а саме: інтенсивність болю, показник емоційних реакцій і порушення сну.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами встановлено , що в обстежених хворих провідне місце займає хронічний больовий синдром, особливістю якого є часте поєднання із супутнім проявом запалення, що призводить до суттєвого обмеження рухів у суглобі. Клінічно у хворих спостерігалось швидке прогресування інтенсивності болю, переважно зі скаргами на ниючий біль, що посилюється при ходьбі. Все це призводило до суттєвих порушень сну (89,5%). В усіх хворих вже через п'ятиденного лікування фіксованою комбінацією зменшувалась інтенсивність болю, покращився сон, про що свідчать результати оцінки за опитувальником "Ноттінгемський профіль здоров'я". Так, показник інтенсивності болю зменшився на 9 балів, , а показник порушення емоційних реакцій – на 6 балів. Спостерігалось також зниження показника порушення сну на 10 балів. Інтенсивність болю у спокої (за ВАШ) зменшилась з $(6,8 \pm 1,2)$ см до $(4,9 \pm 1,1)$ см. Слід відмітити, що через два тижні після п'ятиденного застосування препарату біль практично вгамувався, про що свідчить показник ВАШ, який досягнув $(2,8 \pm 1,2)$ см, або був меншим практично у 2,4 рази у порівнянні до початку фармакотерапії. Усі пацієнти добре переносили лікування, побічної дії препарату не відмічено.

Таким чином, застосування фіксованої комбінації препаратів у комплексному лікуванні хворих на ОА з проявами больового синдрому забезпечує достатній болезаспокійливий ефект, що сприяє покращенню сну, емоційного стану та якості життя пацієнтів.

ЗМІСТ

АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ Андрейчин С.М., Кавецька Н.А., Бількевич Н.А., Бугай Б.Г., Верещагіна Н.Я., Ганьбергер І.І., Кузів П.П., Кучер С.В., Лихацька В.О., Руда М.М., Чернець Т.Ю., Ярема Н.З.....	3
ВАЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПОНЯТЬ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ВИКЛАДАННІ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ НАВЧАННЯ Білай І.М., Цис О.В., Красько М.П.....	5
ПРАЙМЕР У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ Бойко Т. В., Лихацька Г.В.....	8
ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ «РЕАМБІРИН» НА ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ СПАЙКОВОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ Буката В.В., Балич Р. Ю.....	9
ВЗАЄМОВІДНОСИНИ ФАРМАКОКІНЕТИЧНИХ ТА ФАРМАКОДИНАМІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛІКІВ НА ЕТАПІ ЇХ БІОТРАНСПОРТУ Бухтіарова Т.А., Лук'янчук В.Д.....	10
ПЕРСПЕКТИВИ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ Гаєвська М.Ю., Суканець М.І., Коба О.Р., Ковалюк Д.О.....	11
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА ЗАСТОСУВАННЯ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ ВАЛСАРТАНУ З АМЛОДИПІНОМ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ КОМОРИДНУ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ Гніздюх Р.В., Шманько В.В.....	12
МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУДИННИМИ УРАЖЕННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ Голяченко А.О., Голяченко О.А., Голяченко Б.А.....	15
КЛІНІЧНІ ПОГЛЯДИ НА ЕТИОПАТОГЕНЕЗ ХРОНІЧНОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТА ТА ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ЙОГО ФАРМАКОТЕРАПІЇ Гордійчук Д.О., Єрмоленко Т.І., Онашко Ю.М.....	17
ВИКЛАДАННЯ АСПЕКТІВ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОКІНЕТИКИ В ЛЕКЦІЇ З ЗАГАЛЬНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ Горчакова Н.О., Дяченко В.Ю., Клименко О.В., Савченко Н.В., Шумейко О.В., Сімонов П.В.....	18

ВПЛИВ РАМПРИЛУ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ НА ФОРМУВАННЯ ПІСЛЯІНФАРКТНОГО СЕРЦЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ Гребеник М.В., Бідованець Л.Ю., Левчик О.І.	19
FIBRINOLYTIC DRUGS IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION Dombrovskaya I. K., Manzheliy V. V., Knyazkova I. I.	21
В-ЛАКТАМНІ АНТИБІОТИКИ В БАГАТОПРОФІЛЬНОМУ СТАЦІОНАРІ РЕСПУБЛІКИ ТАДЖИКИСТАН Джабаров І.П.	22
ГОТУ КОЛА: ЧИ МОЖЛИВА КОРИСТЬ БЕЗ ШКОДИ? Єрмоленко Т.І., Губська О.М.	23
ІНОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ В СТВОРЕНІ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ СОЛЕЙ БУРШТИНОВОЇ КИСЛОТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК Єрмоленко Т.І., Лісовий В.М., Зупанець І.А.	25
ПОБІЧНІ ДІЇ НА НИРКИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГЕНТАМІЦИНУ Єрмоленко Т.І., Онашко Ю.М., Гордійчук Д.О.	27
ПРОБЛЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ЖИРОВОЇ ЕМБОЛІЇ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ Єрмоленко Т.І., Соловійова Н.Г.	28
ЗМІНИ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ЩУРІВ ІЗ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ДІАБЕТОМ ПРИ ВВЕДЕННІ ЕКЗОГЕННОГО МЕЛАТОНІНУ Іванків Я. І., Олещук О. М., Мудра А. Є., Федонюк Л. Я., Черняшова В. В.	29
ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ Калугіна С.М.	31
ЗМІНИ АКТИВНОСТІ КАТАЛАЗИ В ЛЕГЕНЯХ МОРСЬКИХ СВИНОК В ДИНАМІЦІ ФОРМУВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АЛЕРГІЧНОГО АЛЬВЕОЛІТУ Ковальська М.Є.	32
ПЕРСПЕКТИВА ВИВЧЕННЯ ПОЛІМОФІЗМУ ГЕНІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ЙОГО ВПЛИВУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ХВОРИХ З НЕЗНІМНИМИ ОРТОДОНТИЧНИМИ СИСТЕМАМИ Котик М.І.	33
ФАКТОР НЕКРОЗУ ПУХЛИН (АЛЬФА) ТА ОКСИД АЗОТУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ТЕРМІЧНОМУ ОПІКУ Кривошапка О.В., Єрмоленко Т.І.	34

ІНТЕНСИФІКАЦІЯ НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ШЛЯХОМ РОЗВ'ЯЗАННЯ НЕТИПОВИХ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ ДЛЯ ДИСЦИПЛІНИ «КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ» Купновицька І.Г., Клименко В.І., Фітковська І.П., Губіна Н.В., Белегай Р.І.	35
ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ НОВОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАСОБУ НА ОСНОВІ КОЗЛЯТНИКА ЛІКАРСЬКОГО ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ Курило Х.І., Кліщ І.М., Вольська А.С., Шевчук О.О., Мосейчук І.П.	37
ВПЛИВ НАСТОЙКИ З ХОСТИ ЛАНЦЕТОЛИСТОЇ НА ПРОНИКНІСТЬ ПЛАЗМАТИЧНИХ МЕМБРАН КЛІТИН У ТВАРИН УРАЖЕНИХ ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ Линда О.С., Фіра Л.С.	38
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ПРЕПАРАТУ КОРВІТИН НА ПОКАЗНИКИ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ЗА УМОВ ГОСТРОГО ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТУ Липка Л. Ю.	39
СУЧАСНІ ПІДХОДИ У ЛІКУВАННІ ДИСПЛАЗІЙ ШИЙКИ МАТКИ НА ФОНІ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ Маланчук С.Л., Маланчук Л.М., Доброродня Л.В., Мартинюк В.М.	40
КОРЕКЦІЯ ПРООКСИДАНТНОГО СТАНУ ЩУРІВ З КОЛІТОМ ІНГІБИТОРАМИ СИНТЕЗУ ПРОСТАГЛАНДИНІВ Мазур О.Є.	41
ВПЛИВ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА НАСЛІДКИ ХІМІОТЕРАПІЇ ПРИ СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ Матвєєва С.Л., Шевченко О.С., Степаненко А.Л.	43
ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДХАРКУВАЛЬНОГО ЕФЕКТУ ГУСТИХ ЕКСТРАКТІВ З ЛИСТКІВ ТА КОРЕНЕВИЩ З КОРЕНЯМИ ПЕРВОЦВІТУ ВЕСНЯНОГО Марчишин С.М., Луканюк М.І., Шостак Л.Г., Островський Н.М.	45
ТЕРАПІЯ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МІОРЕЛАКСАНТІВ Мерецький В.М., Мерецька І.В.	47
КАРДІОПРОТЕКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ЕНДОТЕЛІОПРОТЕКТОРА АНГІОЛІНУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА Нагорна О.О., Беленічев І.Ф., Горчакова Н.О., Мазур І.А., Чекман І.С.	49
ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА SLC22A1 У ВПЛИВІ МЕТФОРМІНУ НА РІВЕНЬ ЛЕПТИНУ Олещук О.М., Лой Г.Я.	51

НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕРЕЛІК ЯК СКЛАДОВА ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ Олещук О.М., Матвєєва О.В., Лебега О.С.....	52
АНАЛІЗ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ПРЕПАРАТУ «СУМАМЕД» У ЗАСТОСУВАННІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ Островська Н.А.	53
ДИНАМІКА ВИХОДУ З КЕТОАЦИДОЗУ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ОРАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ Пасечко Н.В., Джула М.А., Кульчінська В.М, Крицький Т.І.....	54
СКРИНІНГ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ Пасечко Н.В., Крицький Т.І., Джула М.А., Кульчінська В.М.....	55
КОРЕКЦІЯ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D І ПОКРАЩЕННЯ ГЛІКЕМІЧНОГО КОНТРОЛЮ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-ГО ТИПУ Пасечко Н.В., Кульчінська В.М., Джула М.А., Крицький Т.І.....	58
ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ В СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ Пімінов О. Ф., Шульга Л. І., Квітчата Г. І., Лукієнко О. В., Якущенко В.А.....	59
ПОБІЧНА ДІЯ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ Пономарьова А.В.	61
ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ТЕРАПІЇ СТАТИНАМИ ПАЦІЄНТІВ ВИСОКОГО ТА ДУЖЕ ВИСОКОГО РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ Распутіна Л.В., Діденко Д.В., Соломончук А.В., Бронюк А.В., Черепій Н.В., Распутін В.В., Белінський А.В.	62
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПІДГОТОВКИ КЛІНІЧНИХ ПРОВІЗОРІВ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ Ривак Т.Б., Лопатинська О.І.	63
ОПТИМІЗАЦІЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ Самогальська О.Є., Марків І.М., Тюріна В.Ф.	64
АНТИБІОТИКИ-МАКРОЛІДИ В ПРАКТИЦІ ЛІКУВАННЯ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ Сангінова Н.С.....	66
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ПОСТІН-ФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ НА ФОНІ МЕТАБОЛІТНОЇ ТЕРАПІЇ Яковлева О.О., Семенчук С.А., Стоцька Т.В.	68

РОЛЬ ПРОВІЗОРА В ПРАКТИЦІ САМОЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ В М.КУРГАН-ТЮБЕ РЕСПУБЛІКИ ТАДЖИКИСТАН Хомідов Д.К.	70
ПРОБЛЕМА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ОКРЕМИХ ЗБУДНИКІВ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ТА НАПРЯМКИ ПОКРАЩАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ Хухліна О.С., Ткач Є.П.	71
ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКА БЮГАЯ У СТОМАТОЛОГІЇ Чорній Н.В., Манащук Н.В.	72
РЕЗУЛЬТАТИ ІНДЕКСНОГО ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ОСІБ ІЗ ПЕРВИННИМ ГІПОТИРЕОЗОМ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНОВАНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ Чорній А.В., Шманько В.В.	73
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ СОМАТОСТАТИНУ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ Чорномидз А.В., Пида В.П., Косовська В.О.	74
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ В-ЛІМФОЦИТІВ У КРОВІ МОРСЬКИХ СВИНОК У РІЗНІ ПЕРІОДИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ Чугай О. О.	77
ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА РІВЕНЬ НЕСПЕЦИФІЧНИХ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ І ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ІХС Швед М.І., Левицька Л.В., Ковальська М.П., Ястремська І.О., Водвуд В.К., Ковальський Д.В.	78
ВПЛИВ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ КОМОРБІДНУ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ Шманько В.В., Гніздох Р.В.	80
ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕЧНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ТА АНАЛЬГЕЗУЮЧИХ ЗАСОБІВ У ХВОРИХ НАОСТЕОАРТРОЗ Шманько В.В., Шманько О.В.	82