

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції

**«СУЧАСНІ АСПЕКТИ
ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ
ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ
ОРГАНІВ»**

11–12 жовтня 2018 року

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2018

УДК 616-07/-08(063)

С91

Сучасні аспекти діагностики і лікування захворювань внутрішніх органів : збірник матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф., 11–12 жовт. 2018 р. / за ред. проф. С. М. Андрейчина. – Тернопіль : ТДМУ, 2018. – 76 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ ЗМІН У ПРОФЕСІЙНИХ АТЛЕТІВ

Атаман Ю.О., Бріжата І.А.

Сумський державний університет

Вступ. З початку цього року МОЗ України наказом №1422 дозволило працювати за міжнародними настановами лікування і діагностики. Одним з наслідків цього наказу стало розроблення онлайн-платформи в домені міністерства <http://guidelines.moz.gov.ua> з відповідними клінічними настановами. Зокрема, на цьому вебресурсі розміщено документ, що визначає критерії діагностики та тактики ведення осіб з розвитком спортивного серця "Athlete's heart". Там наводять перелік змін на ЕКГ, які можуть бути у спортсменів, при цьому вказують, що будь-які з перелічених ЕКГ-змін можуть викликати підозру на захворювання серця, навіть за відсутності інших симптомів. Подана інформація певною мірою перегукується з результатами міжнародної зустрічі експертів з інтерпретації ЕКГ у спортсменів, що відбулася в лютому 2015 року у Сієтлі, результати якої опубліковані в журналах Journal of the American College of Cardiology, European Heart Journal та British Journal of Sports Medicine. В публікаціях вказано, в яких випадках має бути запідозрено ураження серця та наведено рекомендації з подальшого обстеження. Відомо, що ураження серця в атлетів є актуальною проблемою, бо існують численні дані про те, що тривалі і надмірні фізичні навантаження можуть супроводжуватися збільшенням ризику ураження серця, гострих та хронічних аритмій, появою в крові маркерів ушкодження міокарду: МВ-фракції КФК, тропонінів Т та І. Проте, навіть більше значення у спортивній кардіології надається вродженій та набутій супутній, важко діагностованій патології міокарда: кардіоміопатіям (особливо гіпертрофічній), міокардиту, ІХС тощо. Їхчасна діагностика в елітних атлетів є складним завданням для спортивних лікарів, і інтерпретація має бути подана при комплексних обстеженнях кожному виявленому, на перший погляд, не сутте-

вому симптомі. Метою проведеного дослідження було визначення поширеності та оцінка ЕКГ-порушень у професійних атлетів, зважаючи на особливий характер їх діяльності.

Основна частина. Було обстежено 25 легкоатлетів збірної команди України, які мали тривалість щотижневих фізичних навантажень не менше 12 годин на тиждень протягом останніх 6 місяців. Середній вік обстежених склав $(23,44 \pm 0,79)$ років, індекс маси тіла $22,43 \pm 0,85$. Всім спортсменам проводили електрокардіографію та ехокардіографію, 6-године моніторування ЕКГ та велоергометрію – за показами. Статистичні дані опрацьовані за допомогою програми SPSS-17, всі обстежені дали свою письмову згоду на участь в дослідженні.

Виявлено, що ті чи інші відхилення від норми були виявлені у 17 пацієнтів, що склало 68 % обстежених. Окрім найбільш поширених ЕКГ-симптомів у спортсменів, таких як синусова брадикардія (52 %), синдром ранньої реполяризації шлуночків (48 %), перевищення норми індексу Соколова-Лайона (24 %), ми спостерігали вкорочення інтервалу QTc менше 340 мкм, ознаки гіпертрофії лівого передсердя (8 %), суправентрикулярні екстрасистоли (8 %). Останні зміни на ЕКГ не визначаються рекомендованим МОЗ протоколом, як нормальні для спортсменів, в зв'язку з чим, ці особи були обстежені поглиблено з використанням велоергометрії та ЕКГ-моніторингу. Результати обстеження показали, що додаткових симптомів, які загрожують розвитком аритмій виявлено не було. Окрім цього, було відмічено наступні особливості: відсутність відхилення електричної осі серця в жодного зі спортсменів, середня товщина задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ) склала $(8,28 \pm 0,24)$ мм, правого шлуночка – $(4,96 \pm 0,07)$ мм, при цьому коефіцієнт кореляції Пірсона між індексом Соколова-Лайона та товщиною ЗСЛШ склав 0,37 (слабкий позитивний зв'язок).

Висновки. Представлені в роботі дані свідчать як про значну поширеність умовно нормальних для професійних атлетів ЕКГ-змін, так і тих симптомів, що потребують поглибленого обстеження. При цьому, характерні для спортсменів особливості поширення електричного імпульсу по серцю передують структурній перебудові на макроскопічному рівні, що залишає ЕКГ-метод основним у діагностиці кардіальних змін у спортсменів.

КОМОРБІДНІСТЬ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ: ДИСБАЛАНС КАЛІКРЕЇН-КІНІНОВОЇ СИСТЕМИ

Бабінець Л.С., Захарчук У.М., Сасик Г.М., Земляк О.С.

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

Вступ. Відомо, що у хворих на хронічний панкреатит (ХП) співвідношення компонентів калікреїн-кінінової системи (ККС) змінюється і адаптація ККС стає фактором пошкодження. Патогенез ХП пов'язують із зміною обміну кінінів. Особливо цікавим і практично не вивченим залишається питання стану і ролі ККС при ХП у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД), що робить дане дослідження актуальним.

Основна частина. Метою дослідження було вивчити стан калікреїн-кінінової системи при хронічному панкреатиті із супутнім цукровим діабетом.

Було досліджено 112 пацієнтів, яких було поділено на 2 групи: I група – 35 хворих на ХП без ЦД; II група – 77 хворих на ХП із супутнім ЦД. Група контролю – 20 практично здорових людей. Визначали загальну протеолітичну активність (ПРА) плазми за гідролізом протамінсульфату, вміст калікреїну (КК) плазми – за допомогою хромогенного пептидного субстрату хромозиму РК, прекалікреїну (ПКК), α_1 – інгібітор протеїназ (α_1 – ІП), α_2 –макроглобуліну (α_2 – МГ) за методом К.М. Веремеєнка.

Було встановлено статистично достовірно вищий рівень активації загального протеолізу за рівнем ПРА у хворих на ХП і ЦД ($41,78 \pm 1,55$) в порівнянні з групою хворих на ХП ($36,24 \pm 1,10$) і групою контролю ($30,95 \pm 0,92$). Констатували підвищення специфічного протеолізу, або кініногенезу, за рівнем ферменту протеолізу КК, який мав аналогічну з ПРА тенденцію у хворих на ХП і ЦД. Довели зниження неактивного попередника КК-ПКК, рівень якого був знижений у II групі хворих ($52,70 \pm 0,99$) порівняно з I групою ($64,89 \pm 0,73$) та групою контролю ($75,30 \pm 1,31$). Контроль за активністю протеолізу, зв'язую-

чи трипсин та протеолітичні ферменти ендо– та екзогенного походження, здійснює β_1 -ІІ, рівень якого був збільшений у хворих на ХП і ЦД ($1,81 \pm 0,04$) у порівнянні з групою хворих на ХП ($1,64 \pm 0,02$) і групою контролю ($1,49 \pm 0,01$). β_2 -МГ у групі хворих на ХП ($1,13 \pm 0,02$) був знижений відносно контролю ($1,44 \pm 0,04$), а у групі хворих на ХП і ЦД він був підвищений ($1,81 \pm 0,09$). Було встановлено зниження активності кінінази-ІІ у хворих на ХП ($199,76 \pm 4,41$) та ХП з ЦД ($173,78 \pm 3,14$) проти контролю ($258,37 \pm 5,88$), що вказує на ослаблення захисних реакцій організму внаслідок надмірної продукції кінінів.

Висновки. Довели значимішу активацію ПРА, підвищення протеолітичного ферменту КК, зниження рівня ПКК, підвищення рівня β_1 -ІІ та β_2 -МГ та зниження активності кінінази-ІІ при коморбідності хронічного панкреатиту і цукрового діабету ($p < 0,05$) і ускладнювальну роль дисбалансу калікреїн-кінінової системи при такій коморбідності, що необхідно враховувати при формуванні лікувальної тактики.

УДК 616.37-002.2:616.12-008.64

ДОСЛІДЖЕННЯ КІНІНОГЕНЕЗУ ТА ЕНДОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ СЕРЕДЬНОГО ВІКУ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТИЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Бабінець Л.С., Шевченко Н.О.

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

Основна частина. Мета. Вивчити стан калікреїн-кінінової системи (ККС) та ендотоксикозу у хворих на хронічний панкреатит (ХП) із супутнім цукровим діабетом (ЦД).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 112 хворих на ХП віком від 20 до 60 років, яких було поділено на 2 групи: I група – 35 хворих на ХП без ЦД, середнім віком ($46,31 \pm 1,71$) років та середньою тривалістю захворювання – ($7,03 \pm 0,64$) років; II група – 77 хво-

рих на ХП із ЦД, середнім віком (52,86±0,83) років, та середнім стажем захворювання – (10,96±0,39) років. Групу порівняння склали 20 здорових осіб. Визначали загальну протеолітичну активність (ПРА) плазми за гідролізом протамін сульфату, вміст КК плазми – за допомогою хромогенного пептидного субстрату хромозиму РК, прекалікреїну (ПКК), α_1 -інгібітора протеїназ (α_1 -ІП), α_2 -макроглобуліну (α_2 -МГ) за методом К.М. Веремесенка. Оцінку ендогенної інтоксикації (ЕІ) проводили за рівнями (СМП_{254нм}, СМП_{280нм}) при фотоколориметруванні в реакції з трихлороцтовою кислотою та кількості ЦІК.

Результати. Встановлено достовірну більш значиму активацію ПРА, підвищення протеолітичного ферменту КК, зниження рівня ПКК, підвищення рівня α_1 -ІП та α_2 -МГ, зниження активності кінінази-ІІ, наростання ЕІ у хворих ІІ групи ($p < 0,05$) у порівнянні з хворими І групи.

Висновки. Отримані дані підтверджують ускладнюючу роль наявності у пацієнтів із ХП коморбідного ЦД на глибину дисбалансу ККС та ЕІ, що необхідно враховувати при формуванні лікувальної тактики хворих.

УДК 616.71-007.234-06:616.6

ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ВТОРИННОГО ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ НА КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

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

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

Вступ. Структурно-функціональні зміни кісткової тканини виступають важливим патогенетичним компонентом, що супроводжує коморбідну патологію органів травлення і може ускладнити її перебіг, але досі не повністю з'ясовані механізми формування остеодefіциту при ній, роль предикторів розвитку .

Основна частина. Мета роботи – вивчити предиктори розвитку вторинного остеопорозу (ОП) у хворих на хронічний гастродуоденіт

у поєднанні з хронічним панкреатитом залежно від ступеня остеоденсифіциту.

Обстежено 44 хворих на дану коморбідну патологію. Серед обстежених було 24 (54,6%) чоловіків та 20 (45,4%) жінок, з яких 50,0% знаходилися в постменопаузі. Вік пацієнтів коливався від 20 до 73 років. Хворі були поділені на 3 групи: 1-ша – 12 (27,3%) пацієнтів з нормальною мінеральною щільністю кісткової тканини, 2-га – 23 (52,3%) – з остеопенією, 3-тя – 9 (20,4%) – з ОП. Діагноз верифікували на основі клінічних та лабораторно-інструментальних досліджень. Денситометричне обстеження поперекового відділу хребта проводили на апараті LUNAR USA. Всім хворим визначали індекс маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле – $IMT = M/h^2$, де М – маса тіла в кілограмах, h – зріст у метрах. Проведено порівняльний аналіз ІМТ у хворих на дану мікст-патологію залежно від ступеня остеоденсифіциту.

Встановлено, що більш виражені зміни мінералізації кістки бувають при збільшенні дефіциту маси тіла ($p < 0,05$).

Доведено, що з віком хворих збільшується частота виникнення остеоденсифіцитних станів. Серед пацієнтів із нормальною мінеральною щільністю кісткової тканини (МЩКТ) – найвищий відсоток становили особи молодого віку. Остеопенію діагностовано у хворих молодого віку – у 2,0, 4,0 та 3,0 рази рідше ніж у середньому, зрілому та похилому. Остеопороз реєстрували у 5,0 та 1,7 разу частіше у хворих похилого віку, ніж в осіб середнього та зрілого. Відмічено зниження всіх показників мінералізації кістки зі збільшенням віку хворих. Найнижчі денситометричні показники виявлені у пацієнтів похилого віку.

Висновки. 1. У хворих на коморбідну патологію органів травлення частота розвитку остеопорозу залежить від віку та індексу маси тіла.

2. Вік та індекс маси тіла є предикторами формування вторинного остеопорозу у пацієнтів з даною мікст-патологією.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні інших предикторів формування вторинного остеопорозу у хворих на коморбідну патологію органів травлення.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ АЗОМЕКСУ І АМЛОДИПІНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ З ІХС

Бойко Т.Я.

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

Вступ. Однією з найважливіших проблем у кардіології є артеріальна гіпертензія (АГ), яка вражає більше 1/3 дорослого населення. В Україні за даними епідеміологічних досліджень артеріальний тиск (АТ) вище 140/90 мм рт. ст. буває майже у 40 % дорослого населення.

Основна частина. Дослідження охоплює 33 хворих з гіпертонічною хворобою II стадії, асоційованою з ІХС (стенокардія напруги II функціонального класу (ФК)). Серед обстежених – жінок було 16(48,5 %), чоловіків – 17 (51,5 %), вік пацієнтів становив 45-80 років, у середньому (62,5± 9,2) роки.

Усі хворі отримували базисну терапії ацетилсаліциловою кислотою у дозі 100 мг/д, симвастатином 20 мг/д. Антигіпертензивне лікування у 18 хворих проводили амлодипіном 5 мг/д, а у 15 – азомексом (S-ізомер амлодипіну) 5мг/д в якості мототерапії.

Методи дослідження передбачали клінічне обстеження, визначення АТ тричі на добу з реєстрацією показників середнього систолічного та діастолічного тиску, також оцінювали частоту нападів стенокардії. Зниження кількості нападів на 30 % і більше вважали позитивним антиангінальним ефектом. Всі обстеження проводили на початку лікування і через 2 місяці.

До лікування середній систолічний АТ (САТ) становив (170,3±8,1) мм рт. ст., діастолічний АТ (ДАТ) – (97,8± 6,1) мм.рт.ст. Після лікування протягом 2 міс. Азомексом САТ знизився до (136,7±4,0) мм рт. ст., ДАТ до (87,6±7,1) мм.рт.ст. Середній САТ та ДАТ після лікування амлодипіном становив 153,8±9,3 та 93,7±6,5 мм рт. ст.(11,8 %). При прийомі даних препаратів встановлено також позитивний, антиангінальний ефект, зменшилась частота нападів стенокардії (при використанні азомексу на 45,3 %, а амлодипіну на 33,7 %).

Висновок. Лікування хворих на АГ з ІХС азомексом дозволяє досягти більш вираженого антигіпертензивного ефекту та антиангінального ефекту порівнянні з амлодипіном.

УДК 615.214.24.065:616.72-008.9]-06:[616.379-008.64+616.71-007.234]:614.78(1-31)

ВПЛИВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ НА КІСТКОВИЙ ОБМІН В ОСІБ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА ОСТЕОПОРОЗУ, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

Бородавко О.І.

*Запорізький державний медичний університет
Кафедра сімейної медицини, терапії, кардіології та неврології
ФПО*

Вступ. Цукровий діабет 2 типу (ЦД) та остеопороз (ОП) є важливими медико-соціальними проблемами суспільства, бо мають високу розповсюдженість та характеризуються розвитком небезпечних ускладнень. Одним із спільних етіологічних чинників, як ЦД, так і ОП є оксидативний стрес (ОС), проте у літературі немає єдиної думки щодо взаємозв'язку між ОС та кістковим метаболізмом у хворих з поєднаним перебігом даних патологій, що потребує подальших досліджень. Мета дослідження – оцінити взаємозв'язок ОС з кістковим метаболізмом у хворих з поєднаним перебігом ЦД та ОП.

Основна частина. У дослідження включено 50 хворих з поєднаним перебігом ЦД та ОП. Середній вік 60,5 (55,5-65,0) років. Усім хворим досліджували рівень нітротирозину, остеокальцину (ОК), паратгормону (ПТГ), кальцитоніну у сироватці крові та рівень дезоксипіридиноліну (ДПІД) у ранковій сечі. При проведенні кореляційного аналізу маркерів кісткового метаболізму та ОС у хворих з поєднаним перебігом ЦД та ОП виявлено, що підвищення рівня нітротирозину достовірно асоціювалось зі зниженням рівня ОК та ДПІД відповідно $r=-0,38$ ($p<0,05$), $r=-0,40$ ($p<0,05$). Також концентрація нітротирозину мала достовірний взаємозв'язок з рівнем кальцитоніну та ПТГ відповідно $r=-0,34$ ($p<0,05$), $r=-0,29$ ($p<0,05$).

Висновок. Наявність взаємозв'язків між нітритозиноом та показниками кісткового метаболізму, може свідчити про значну роль активних форм кисню у кістковому обміні у хворих з поєднаним перебігом ЦД та ОП.

УДК 616.61–008.331–073/178:621.317.75

ІНФОРМАТИВНЕ ЗНАЧЕННЯ ВІЗУАЛЬНОГО АНАЛІЗУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ОСЦИЛОГРАМИ, ЗАРЕЄСТРОВАНОЇ ПІД ЧАС ЗРОСТАННЯ КОМПРЕСІЇ ПЛЕЧА ПРИ ВИМІРЮВАННІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

**Вакуленко Д.В.-1., Вакуленко Л.О.-2., Кутакова О.В.-3, Барладин
О.Р.– 2 Храбра С. З. -2, . Скоробагата, А. В– 2**

1. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України».
2. *Тернопільський національний педагогічний університет імені
Володимира Гнатюка.*
3. *Академія післядипломної освіти П. Шупика*

Вступ. Захворювання серцево-судинної системи належать до найпоширеніших захворювань людства (ВООЗ). Особливо насторожує «помолодшання» судинних катастроф, що призводять до глибокої інвалідності [1].

Основна частина. Мета досліджень. Удосконалити інформативні можливості процесу та результатів вимірювання артеріального тиску (АТ). Розробити критерії для проведення морфологічного аналізу артеріальної осцилограми (АО).

Матеріал і методи дослідження. Дослідження базуються на аналізі 1640 АО, зареєстрованих за допомогою електронного тонометра ВАТ 41-2 під час вимірювання АТ у стані спокою та після впливу різноманітних (фізичних, термічних, психоемоційних та ін.) чинників.

Результати досліджень. Для морфологічної оцінки АО використано розроблені авторами інформаційні технології вагової оцінки як окремих пульсацій, так і усієї АО, диференційованої за 5 ступенями (типами) відповідності ознакам, прийнятим за норму.

Висновки. Використання запропонованих авторами інформаційних технологій морфологічного аналізу АО, їх оцінка та клінічна інтерпретація значно підвищують інформативність процесу вимірювання АТ.

1. Вакуленко Д. В. Інформаційна система морфологічного, часового, частотного та кореляційного аналізу артеріальних осцилограм у фізичній реабілітації: монографія / Д. В. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2015. – 212 с.

УДК 616-056.2-02:616.127-005.8-036.8

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Гребеник М.В., Левчик О.І.

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

Вступ. Якість життя (ЯЖ) є показником загального стану хворого, ефективності лікування та реабілітації, прогностичним критерієм подальшого розвитку хвороби та фактором впливу на комплаєнс.

Основна частина. Мета: оцінити якість життя пацієнтів після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) в динаміці.

Матеріали та методи: обстежено 152 пацієнти із ІМ у віці ($60,66 \pm 0,86$) років, 52 жінок та 100 чоловіків. Проведено оцінку та аналіз ЯЖ через 6 та 24 міс. після ІМ за анкетною SF – 36.

Результати: Виявлено зниження показників ЯЖ нижче 100 балів за усіма шкалами. Хоча показники «Фізичне функціонування» – ($84,37 \pm 1,27$), «Рольове функціонування обумовлене емоційним станом» – ($82,80 \pm 2,03$) та «Соціальне функціонування» ($79,20 \pm 1,66$) зберігаються на достатньому рівні. Тобто, хворі були фізично, соціально активні, а емоційний стан дозволяв мати достатній рівень спілкування. «Інтенсивність болю» – ($69,03 \pm 1,35$) балів засвідчував наявність стенокардії у момент спостереження, що зумовило відповідну оцінку стану свого здоров'я («Загальний стан здоров'я» – ($57,52 \pm 1,35$) балів. Оцінка життєвої активності – ($69,57 \pm 0,88$) вказує

на втомленість, фізичне виснаження, гіподинамію та відчуття браку енергії. Показник «Психічне здоров'я» свідчить про незначне погіршення настрою, відсутність вираженої тривоги та депресії – ($65,79 \pm 1,01$) балів. Загалом «Фізичний компонент здоров'я» та «Психічний компонент здоров'я» на однаково незадовільному рівні – ($65,71 \pm 0,62$) та ($65,06 \pm 0,62$) балів. Через 24 міс. значних змін в показниках ЯЖ не виявлено, через соціальний профіль хворих на ІМ, які зазвичай мають підвищений рівень життєвих потреб. Достовірно збільшилися лише рівні за шкалою «Рольове функціонування обумовлене фізичним станом» (із ($67,04 \pm 1,98$) до ($72,47 \pm 1,66$) $p = 0,009$) та «Інтенсивність болю» (із ($69,03 \pm 1,35$) до ($76,43 \pm 1,16$) балів $p < 0,001$). Відбулось покращання загального стану та зменшення больового синдрому у хворих, що дозволило бути активнішими у повсякденній діяльності.

Висновки. 1. У пацієнтів із ІМ виявлено зниження рівня якості життя за усіма шкалами. 2. Через два роки після перенесеного інфаркту не відбувається значних змін у якості життя. 3. Існує потреба у оптимізації менеджменту цих пацієнтів на амбулаторному етапі.

УДК 616.24–002.5–085.281.221–06: 616.36–091.8–073.756.8

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ТА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ У ДІАГНОСТИЦІ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Грищук Л.А., Окусок О.М., Табас П.С.

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

Вступ. Печінка – це найбільший паренхіматозний внутрішній орган, що виконує життєво важливі функції і сприяє функціям багатьох систем організму.

Основна частина. Для здійснення поставленої мети було обстежено 29 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень до лікування і при виписці зі стаціонару після терапії протитуберкульозними препаратами першого ряду. Усім хворим при госпіталізації і

при виписці були проведенні КТ легень та печінки. Щільність печінки визначали у IV, VII та VIII її сегментах із визначенням одиниць Хаунсфільда за допомогою програми RadiAnt DICOM Viewer.

Встановлено, що тривала протитуберкульозна терапія призводить до зменшення щільності печінки, яке відображається зменшенням одиниць Хаунсфільда і може бути пов'язане із розвитком жирового гепатозу печінки. Жирова дистрофія печінки в подальшому призводить до розвитку в пацієнтів фіброзу печінки.

Висновки. Визначення за допомогою комп'ютерної томографії щільності тканини печінки у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень до лікування і при виписці з стаціонару може слугувати допоміжним методом для діагностики функціональних порушень печінки.

УДК: 616.711-007.55-08-039.76

МАСАЖ ТА ЛФК ЯК ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ РІЗНОВИДАХ СКОЛІОЗУ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Давибіда Н.О., Попович Д.В., Безпалова Н.М.

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

Вступ. Нашим основним завданням при проведенні процедур лікувального характеру з пацієнтами всіх вікових категорій є збереження та зміцнення загального стану здоров'я, покращення самопочуття, зняття больового синдрому та попередження подальших ускладнень.

Основна частина. В нашій роботі основними засобами лікування та профілактики сколіозу є масаж та ЛФК. Ми не заперечуємо ефективності інших видів лікування, бо в деяких окремих випадках ортезування або для прикладу метало-остеосинтез є необхідним заходом, якого за певних умов просто не можливо уникнути,

Проте потрібно чітко диференціювати сколіоз у різних вікових груп. Адже, наприклад, у дітей у порівнянні з дорослими прояви та

перебіг даного захворювання, а також процеси корекції, профілактики та лікування теж суттєво відрізняються. Також важливо відмітити що в групі ризику виникнення сколіозу є діти віком від 6-7 до 13-15 років, при тому що дівчатка за статистикою хворіють у 4-5 разів частіше, ніж хлопці.

Основні причини виникнення сколіозу у дітей, з якими ми проводили заняття:

- Асиметричний або слабкий розвиток м'язової системи (зокрема м'язів спини)
- Сегментарне вкорочення нижніх кінцівок (вроджене або набуте в наслідок травми)
- Асиметрична деформація (вальгусна або варусна) нижніх кінцівок в колінних або гомілково-ступневих суглобах.
- Травми поперекового та грудного відділів хребта
- В окремих випадках сколіоз може виникнути при невідповідності висоти меблів до зросту дитини, або не оптимальною поверхнею на якій дитина спить.

Переважає більшість дітей, з якими ми працювали, мала набутий сколіоз (близько 94%). Серед них можна виділити три основні форми: рахітичний (15%), статичний (40%), звичний (45%).

Основна частина. Дослідження проводять методом соматоскопії, використанням рентгенографічних досліджень для точності визначення ступеня важкості та методом проведення функціональних проб.

Працюючи з дітьми за рахунок проведення масажу та ЛФК, ми досягаємо повної корекції деформації та усунення ризику виникнення подальших ускладнень або повторного розвитку викривлення.

В роботі з дорослими основний акцент ми ставимо на усунення наслідків, перехідних ускладнень (для прикладу, протрузій або міжхребцевих гриж) та усунення больового синдрому або защемлень та гіпертонусу різних м'язових груп, що виникають при тривалій неправильній роботі м'язового корсету та вже сталій деформації.

Як вже було сказано раніше, основними засобами лікування є масаж та ЛФК. Проте техніка та методика проведення в різних групах, а також загальна програма реабілітації мають між собою суттєву різницю.

Умовно ми розподіляємо наших пацієнтів в першу чергу за віковим показником.

ГРУПА 1 – Діти віком від 6 до 9 років

ГРУПА 2 – Діти віком від 12 до 16 років

ГРУПА 3 – Дорослі з стійкою деформацією без супутніх та суміжних патологій

ГРУПА 4 – Дорослі зі стійкою деформацією та суміжними патологіями.

Окремо 1 та 2 вікові групи також потрібно розділити на 2 підгрупи. Це звичайна та ускладнена. Оскільки індивідуальний підхід до кожного пацієнта в даному випадку є обов'язковим.

Важливим є також те що масаж та ЛФК потрібно проводити паралельно одне з одним.

Процес реабілітації: ГРУПА 1. До звичайної підгрупи ми відносимо дітей з сколіотичною поставою та I ступенем сколіозу. До ускладненої дітей з II та III перехідним ступенем сколіозу. Програма реабілітації в даних підгруп буде відрізнятися інтенсивністю та періодичністю повторення а також загальною тривалістю курсу лікування.

При цьому застосовують: масаж – класичний, загальний, оздоровчий. Тривалість процедури 30-40хв. Курс 10-15 процедур з перервою 2-3 місяці. Повторюваність від 3 до 6 курсів.

ЛФК – групові заняття. Група від 2 до 6 дітей. Загально-розвиваючі вправи та вправи для укріплення м'язового корсету. Тривалість заняття 60хв. Повторюваність 2 рази на тиждень. Тривалість курсу занять від 4 до 8 місяців.

Процес реабілітації ГРУПА 2. Дана група пацієнтів також має свій розподіл на підгрупи, залежно від ступеня та складності деформації хребта. Інтенсивність навантаження також різна.

Застосовують: Масаж – лікувальний, сегментарно-рефлекторний, рефлексотерапію. Тривалість процедури 30-60хв. Курс 12-15 процедур з перервою до 2х місяців. Повторюваність від 5 до 8 курсів.

ЛФК – Групові та індивідуальні заняття (група від 2 до 6 дітей).

Вправи корегуючі, загальнозміцнюючі та асиметричні з застосуванням гімнастичного обладнання (фїтбол, швецька стїнка, гантелї і тд.) для напрацювання м'язової пам'ятї. Тривалість заняття 60хв.

Повторюваність від 2 до 4 разів на тиждень. Тривалість курсу від 6 до 12 місяців.

Процес реабілітації ГРУПА 3.

Застосовують: масаж – лікувальний, релаксуючий, спортивний, сегментарно-рефлекторний, Шиацу та рефлексотерапію. Тривалість процедури 40-60хв. Курс від 10 до 12 процедур з перервою до 3х місяців. Повторюваність від 4 курсів.

ЛФК – групові та індивідуальні заняття (група від 2 до 12 чол.). Застосовують методики постізометричної та постреципрокної релаксації, вправи корегуючі та загальнозміцнюючі з елементами йоги, асиметричні статичні та динамічні вправи з застосуванням гімнастичного обладнання. Тривалість заняття 60-80хв. Повторюваність від 2 до 3 разів на тиждень. Тривалість курсу від 8 до 14 місяців з можливим подальшим повторенням.

Процес реабілітації ГРУПА 4

Характерним для цієї групи є те що в багатьох пацієнтів можуть бути загострені запальні процеси або рецидиви захворювань, що в свою чергу є проти показом для проведення реабілітаційних процедур. Проте при створенні програми та курсу реабілітації ми враховуємо ці чинники та підбираємо оптимальний варіант індивідуально для кожного пацієнта.

Застосовують: масаж – лікувальний, сегментарно-рефлекторний, Шиацу, рефлексотерапію, нейром`язову терапію, акупунктуру. Тривалість процедури 40-60 хв. Курс від 10 до 15 процедур з перервою від 1 до 3 місяців. Повторюваність від 6 курсів.

ЛФК – індивідуальні заняття. Застосовують пост-ізометричну та постреципрокную релаксації, вправи загальнозміцнюючі статичні з елементами йоги, вправи динамічні з застосуванням гімнастичного обладнання. Тривалість заняття від 40 до 80 хвилин. Повторюваність 2-3 рази на тиждень. Тривалість курсу від 6 до 20 місяців.

За рахунок поділу пацієнтів на підгрупи результати можна встановити майже відразу після початку процесу реабілітації.

В роботі ми виділили що при зверненні, окрім видимих візуальних порушень постави, можна виділити декілька скарг, над якими ми працюємо та які враховуємо при проведенні роботи з пацієнтом:

1. Регулярні та постійні головні болі

2. Запаморочення при зміні статичного положення
3. Проблеми з травленням
4. Задишка та аритмія
5. Постійні болові відчуття в спині (поперековий та грудний відділи)
6. Поганий сон
7. Не можливість переносити фізичні навантаження.

За рахунок поділу пацієнтів на підгрупи результати можна спостерігати майже відразу після початку процесу реабілітації. Як мінімум 4 пункти з вище наведеного списку перестають бути проблемою для людини, якщо вона дотримується складеної програми та виконує основні рекомендації, надана нами перед початком проведення курсу.

Висновки. Після застосування даної програми з хворими на сколіоз ми спостерігали:

- зменшення або відсутність больових відчуттів;
- Зменшення рівня асиметрії м'язів;
- пацієнти добре сприймали та переносили фізичні навантаження;
- пацієнти значно розвинули м'язевий корсет для запобігання в подальшому деформації хребта.

Висновки. Спостерігаючи за тим, які результати в корекції сколіозу у дітей та дорослих дає лікувально-фізична культура та масаж, можна відмітити, що попри виникнення нових методик, засобів та винаходів для лікування даної проблеми, ці засоби фізичної реабілітації все одно залишаються основними та найбільш ефективними. Головне, щоб кваліфікація спеціалістів, які працюють з дітьми та дорослими, була відповідною. Ми не можемо відкидати такі методи корекції, як ортезування хребта чи апаратні витяжки, проте, враховуючи статистику та наші спостереження в роботі з пацієнтами, на даний момент більш ефективних засобів, які забезпечують уникнення ризику або такого роду побічних ефектів, поки що немає.

ПРОЯВИ СИНДРОМУ СЛАБКОСТІ СИНУСОВОГО ВУЗЛА ЗА ДАНИМИ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ

Дзига С.В., Марущак М.І., Бакалець О.В., Заєць Т.А., Бегош Н.Б.

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

Вступ. Синдром слабкості синусового вузла (СССВ) – клініко-електрокардіографічний синдром, який характеризується поєднанням структурного ураження синусового вузла (СВ), його неспроможності виконувати роль водія ритму серця і/або забезпечувати регулярне проведення синусових імпульсів до передсердь з відповідною клінічною симптоматикою.

Основна частина. За допомогою багатofункціонального електрокардіографічного діагностичного комплексу ECG-pro (IMECK) проаналізовано 63 записи добової ЕКГ при СССВ. Домінуючим симптомом була стійка тривала медикаментозно резистентна синусова брадикардія, що в ряді випадків була симптомною та клінічно супроводжувалася загальною слабкістю, запамороченням, задишкою, передсинкопальними та синкопальними станами. Максимальна ЧСС не перевищувала 90 уд./хв., при цьому відзначали суттєве обмеження її приросту при фізичному навантаженні. Зупинка (відмова) СВ, стійка або інтермітуюча синоатріальна блокада з синусовими паузами була зареєстрована у 85 % пацієнтів. В ряді випадків у відповідь на хронотропну недостатність СВ виникала компенсаторна активність водіїв ритму II порядку, що проявлялась появою вислизуючих комплексів чи пасивних ритмів з АВ з'єднання. У 28 % пацієнтів реєстрували часті епізоди міграції водія ритму по передсердях з переходом на заміщуючий передсердний ритм. Ідіовентрикулярний ритм виявляли лише у 1 випадку внаслідок бінодальної хвороби. У 38 % пацієнтів реєструвався синдром “тахікардії-брадикардії”: брадиаритмії поєднувались з пароксизмами фібриляції-тріпотіння передсердь (78 % випадків) або суправентрикулярної тахікардії (22 % пацієнтів).

Висновки. Холтерівське моніторування ЕКГ – інформативний тест, який дозволяє оцінити динаміку ЧСС та діагностувати прояви СССВ

впродовж доби. Але в деяких випадках для оцінки стану СВ необхідним є додаткове проведення навантажувальних, медикаментозних та інших функціональних проб, електрофізіологічного дослідження.

УДК 616.61-008-006.616.12-008.331.1

МЕТОДИ ВИЗНАЧЕННЯ ПОЧАТКОВИХ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАТУСУ НИРОК ПРИ ГХ І СТАДІЇ

Загородня Л.І.

Одеський національний медичний університет

Вступ. Визначення механізмів прогресування захворювань нирок і своєчасне призначення адекватної нефропротекторної терапії на стадії гіперфільтрації (ГФ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) є однією з найважливіших завдань клініцистів.

Основна частина. Мета. Вивчити особливості початкових змін функціонального статусу нирок у хворих на гіпертонічну хворобу І стадії.

Матеріали і методи. На базі військово-медичного клінічного Центру Південного регіону (ВМКЦ ПР) (м. Одеса) обстежено 52 пацієнта хворих на ГХ І стадії. Діагноз «гіпертонічна хвороба» верифікований після виключення вторинних АГ, згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів та Уніфікованим клінічним протоколом первинної (екстреної) та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 384 від 24.05.2012 року). Аналізували наступні показники: вік, стать, вага, основний діагноз і супутні захворювання, АТ, загальний аналіз крові (гемоглобін, лейкоцити, ШОЕ, лімфоцити), загальний аналіз сечі (еритроцити, лейкоцити, білок), біохімічний аналіз крові (загальний білок, сечовина, креатинин).

Розрахунок ШКФ проводився за формулою СКД – EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration).

Для визначення функціонального ниркового резерву (ФНР) була обрана методика з водно-сольовим навантаженням за методикою па-

тенту України 42860 (Гоженко А.І. Пат. № 42860 Україна, МПК (2009) А61В 5/20.).

Результати. Серед обстежених 50 чоловіків і 2 жінки, середній вік $42,2 \pm 10,1$ роки. Серед супутньої патології переважали захворювання ШКТ – 12 пацієнтів (23 %), остеохондроз хребта – 5 пацієнтів (10 %), ожиріння – 4 пацієнти (8 %), ІХС – 3 пацієнти (6 %). Сечовий синдром визначали у 15 пацієнтів (29 %), який проявився протеїнурією (9,6 %), лейкоцитурією (15,3 %), еритроцитурією (1,9 %). Показник креатиніну у всіх пацієнтів був у межах норми.

Середній показник розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) склав 94,95%. І хоча середній показник ШКФ знаходиться в межах норми, у 14 пацієнтів виявилась ГФ.

Після проведеної проби з водно-сольовим навантаженням функціональний нирковий резерв (ФНР) був збережений у 38 (73 %) пацієнтів із середнім значенням ($22,21 \pm 2,9$) %, а зниженим був у 14 (26,9 %) пацієнтів із середнім значенням ($10 \pm 2,03$) %.

Висновки. 1. У хворих на гіпертонічну хворобу І стадії сечовий синдром виявлений у 29% пацієнтів, що свідчить про необхідність вивчати функцію нирок на ранніх стадіях ГХ.

2. Середній показник розрахункової ШКФ у хворих на гіпертонічну хворобу І стадії склав 94,95 %, але у 14 пацієнтів серед них виявлена гіперфільтрація, яка вказує на раннє ураження нирок.

3. Функціональний нирковий резерв виявився збережений у 38 (73 %) пацієнтів із середнім значенням ($22,21 \pm 2,9$) %, а зниженим був у 14 (26,9 %) пацієнтів із середнім значенням ($10 \pm 2,03$) %. Якщо рівень креатиніну у плазмі крові та ШКФ знаходяться у межах норми, то тільки визначення ФНР дозволить діагностувати наявність та ступінь порушення функції нирок.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТИМАЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Кавецька Н.А., Руда М.М., Бількевич Н.А., Хайко О.К.

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

Вступ. У країнах Західної Європи захворювання жовчного міхура та жовчоновивідних шляхів поширені і їх виявляють майже в кожній п'ятій жінки і кожного десятого чоловіка. В індустріально розвинутих країнах на хронічний холецистит (ХХ) страждає 10-20 % дорослого населення. Часті рецидиви захворювання, розвиток ускладнень спонукають до пошуку більш ефективних схем лікування.

Основна частина. Мета роботи: Визначити стан імунної системи та ефективність застосування тималіну у комплексному лікуванні хронічного холециститу в осіб похилого віку.

Матеріали і методи дослідження: Під спостереженням перебувало 56 хворих похилого віку з ХХ, серед них чоловіків було 18, жінок – 38. Вік пацієнтів коливався від 60 до 74 років, але переважна більшість (63,5 %) була від 60 до 65 років. Тривалість хвороби у 54 % не перевищувала 10 років.

Імунні дослідження проводились загальноприйнятими методами при вступі і виписці хворих із стаціонару. В якості норми служили імунні показники 15 здорових осіб обох статей віком від 60 до 72 років.

Результати імунологічних досліджень у хворих на ХХ в період загострення виявили суттєві зміни в системі імунного захисту. З боку клітинного імунітету: Т-лімфопенія на фоні зміни регуляторних субпопуляцій (послаблення Т-супресорної, а іноді Т-хелперної ланок), підвищення сенсibiliзації лімфоцитів до тканинних антигенів жовчного міхура ($P < 0,05$). Зміни показників гуморального імунітету проявлялися в достовірному збільшенні кількості В-лімфоцитів, IgM, IgG, титру протитканинних антитіл і циркулюючих імунних комплексів сироватки крові ($P < 0,05$). Вміст сироваткового IgA досто-

вірно не змінювався ($P > 0,2$). Виявлено значне зниження природних факторів захисту: комплементу, лізоциму сироватки крові ($P < 0,01$).

Усі хворі отримували базову терапію загострення ХХ: антибактеріальні засоби, спазмолітики, жовчогінні засоби, вітаміни. 26 пацієнтам на фоні базової терапії призначали тималін по 10 мг в/м щоденно впродовж 10 днів.

Результати дослідження виявили, що комплексне лікування з використанням тималіну сприяло швидшому зникненню клінічних проявів захворювання, більш значному покращенню показників Т- і В- систем імунітету і природнього захисту ($P < 0,05$) у порівнянні з пацієнтами, яким він не призначався. Зокрема, середні величини абсолютної кількості Т-лімфоцитів у хворих до і після лікування тималіном відповідно становили $0,60 \pm 0,04 (\times 10^9/\text{л})$ і $0,80 \pm 0,04 (\times 10^9/\text{л})$, відносної $33,29 \pm 1,30 \%$ і $42,68 \pm 0,09 \%$ ($P < 0,01$), РБТЛ з ФГА – $41,50 \pm 0,01 \%$ і $51,68 \pm 1,31 \%$, РБТЛ з антигеном жовчного міхура – $6,57 \pm 0,79 \%$ і $2,54 \pm 0,45 \%$ (P скрізь $< 0,01$).

Висновки. У пацієнтів похилого віку з хронічним холециститому період загострення встановлено суттєві зміни в імунному статусі. З метою підвищення ефективності лікування поряд із традиційною терапією доцільно застосовувати імуномодулятор тималін.

УДК: 616.132.2-005.8-036.11-072

ВАЖЛИВІСТЬ АНАЛІЗУ ТРИВАЛОСТІ ІНТЕРВАЛУ QT У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Кияк Ю.Г., Галькевич М.П., Лабінська О.Ю., Барнетт О.Ю.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. На сьогодні великого значення надають діагностичній і прогностичній ролі тривалості інтервалу QT як маркера розвитку фатальних аритмій і раптової коронарної смерті у пацієнтів з ішемічною хворобою серця, у тому числі, при інфаркті міокарда. Інтервал QT відображає тривалість загальної електричної активності шлу-

ночків, включаючи як деполяризацію, так і реполяризацію. В основі електричної нестабільності міокарда лежить структурна негомогенність процесів його реполяризації. Найбільш інформативним є визначення коригованого інтервалу QT (QTc), який вираховують як належну тривалість інтервалу QT відповідно до частоти серцевих скорочень (ЧСС).

Основна частина. Мета. Визначити динаміку змін вкороченого інтервалу QTc при ЕКГ-дослідженні у пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST (STEMI) залежно від методів лікування (стендування вінцевих артерій (ВА) чи медикаментозна терапія).

Матеріал і методи. Обстежено 98 пацієнтів зі STEMI. Їх середній вік становив $64 \pm 2,6$ роки. Всім пацієнтам проводили ЕКГ-обстеження у 12 відведеннях при швидкості 50 мм/с в динаміці: при поступленні та впродовж наступних 5-ти діб перебування у стаціонарі. У 17 випадках спостерігався вкорочений інтервал QT. QTc визначали за формулою Н. Bazett: $QTc = QT / \sqrt{RR}$.

Результати. Пацієнти із вкороченим інтервалом QTc були поділені на 2 групи: перша група – 10 пацієнтів, яким провели ургентне стентування ВА, а друга група – 7 осіб, у яких проводилася лише медикаментозна терапія. При поступленні у стаціонар (у першу добу захворювання) у пацієнтів 1 та 2 груп тривалість інтервалу QTc становила в середньому ($324,2 \pm 2,17$) мс та ($326,86 \pm 1,82$) мс відповідно при нормальних показниках QTc (330-440) мс. У стентованих пацієнтів спостерігалася швидша нормалізація QTc, яка наступала у кожного третього пацієнта на 2-3 добу, чого не спостерігалось за відсутності стентування ВА. Вважаємо за доцільне зазначити, що упродовж року ми спостерігали 5 осіб із вкороченим QTc, троє з яких померло від набряку легень, а двоє – від фібриляції шлуночків.

Висновки. У пацієнтів зі STEMI після проведення успішної реваскуляризації міокарда швидше наставала нормалізація інтервалу QTc, на відміну від пацієнтів, які отримували лише медикаментозну терапію. Частина пацієнтів з вкороченим інтервалом QTc померли від набряку легень або фібриляції шлуночків, що підтверджує його прогностичне значення.

ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ АНЕМІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Ковчун А.В., Приступа Л.Н.

Сумський державний університет

Вступ. Анемію у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), які госпіталізовані, виявляють у 23,1 %, а серед хворих із стабільним перебігом захворювання – у 17 %. Анемії у хворих на ХОЗЛ потребують проведення диференційної діагностики з метою призначення адекватного лікування.

Основна частина. Метою нашого дослідження було проведення диференціальної діагностики анемій у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 190 хворих на ХОЗЛ віком > 40 років за наявності згоди на участь у дослідженні. Критеріями виключення були: тяжкі супутні захворювання; попередньодіагностовані істинні анемії; застосування інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту; період вагітності чи лактації; постійне приймання системних кортикостероїдів. Діагноз встановлювали згідно з рекомендаціями GOLD (2014). Анемію діагностували відповідно до рекомендацій ВООЗ (гемоглобін (Hb) < 130 г/л для чоловіків та < 120 г/л для жінок). Всім обстеженим пацієнтам проводили загальноклінічні, лабораторні (клінічний аналіз крові, визначення сироваткового заліза (СЗ), феритину та розчинних трансферинових рецепторів (рТФР)). Хворих було розділено на три групи: 1 група – 13 хворих на анемію із встановленою етіологією, 2 група – 33 пацієнти з анемією без встановленої причини. До 3 групи увійшло 144 хворих на ХОЗЛ з показниками гемоглобіну в межах референтних значень. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням програми SPSS-21.

Результати. Нами було встановлено, що хворі 1 групи мали найвищий вміст рТФР ($32,4 \pm 0,67$) нмоль/л, знижений вміст СЗ ($5,2 \pm 0,11$) мкмоль/л та феритину (чоловіки – ($25,41 \pm 1,06$), жінки – ($12,4 \pm 0,5$) мкг/л), що є характерним для залізодефіцитної анемії (ЗДА). У хво-

рих 2 групи було виявлено вміст рТФР: $(15,22 \pm 0,17)$ нмоль/л, СЗ: $(11,05 \pm 0,10)$ мкмоль/л у межах референтних значень, підвищений вміст феритину (чоловіки – $(475,8 \pm 2,23)$, жінки – $(203,5 \pm 3,5)$ мкг/л). Ці дані свідчать про відсутність залізодефіцитного еритропоезу та підтверджують достатній вміст заліза у депо, що є характерними для анемії хронічного захворювання (АХЗ).

Висновки. Під час проведення верифікації типу анемії у хворих на ХОЗЛ важливе місце посідають анамнестичні дані та комплексне визначення показників обміну заліза, а саме СЗ, феритину та рТФР. За умови визначення підвищеного вмісту феритину та вмісту СЗ, рТФР у межах референтних значень дану анемію можна віднести до АХЗ. Виявлення дефіциту СЗ та феритину за умови підвищеного вмісту рТФР свідчить про ЗДА.

УДК: 616.24-002.5-06:616.98-097:578.826.6

ВИПАДОК ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ КО-ІНФЕКЦІЇ ТБ/СНІД

**Корнага С.І., Мандзій З.В., Майовецька Н.С., Медвідь Л.І.,
Грінченко Л.А.**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені
І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер*

Вступ. За останні роки проблема туберкульозу (ТБ) та ВІЛ/СНІДу для населення України набула загрозливого характеру. ВІЛ інфекція може не лише провокувати розвиток туберкульозу, але й негативно впливає на його симптоматику та перебіг. Клініко рентгенологічні прояви туберкульозу у хворих на СНІД в значній мірі залежать від рівня пригнічення імунітету. Кількість CD4 клітин розглядають як маркер імунокомпетентності макроорганізму. В нормі їх рівень варіює від 500 до 20000 в мкл. ТБ легень домінує у ВІЛ інфікованих при відносно високому рівні CD4 клітин, але по мірі зменшення їх кількості в крові (до 200 в мкл.) поряд із легеневиими ураженнями частіше можуть виявляти позалегеневі локалізації ТБ. Клінічні симптоми характерні для поєднаної патології – нездужання,

фебрильна температура, кахексія, респіраторні: сухий та вологий кашель, кровохаркання, задишка; збільшені периферичні лімфатичні вузли. У хворих на СНІД характерний триваліший термін існування симптомів інтоксикації до встановлення діагнозу ТБ – 3-5 місяців. Звичайно виявляють інфільтративні, дисеміновані, рідше вогнищеві процеси, у половині випадків — з розпадом та бактеріовиділенням. У хворих на СНІД, ТБ перебігає злякисно, з швидким прогресуванням процесу в легенях. При цьому антимікобактеріальна терапія (АМБТ), зазвичай, малоефективна. Швидке прогресування процесу в легенях відмічається на фоні інтенсивної АМБТ, навіть при збереженні чутливості МБТ до цих препаратів.

Основна частина. Наводимо клінічний випадок перебігу ко-інфекції ТБ/СНІД. Хвора М., 1984 р.н., поступила на стаціонарне лікування в ТОПД 22.01.2018 р. у важкому стані зі скаргами на виражену загальну слабкість, кашель з виділенням гнійного мокротиння, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, задишку в стані спокою, відсутність апетиту, виражене схуднення на 20 кг за 2 місяців. Вважає себе хворою протягом 3-х місяців відколи почали з'являтися та наростати вище перераховані скарги. За медичною допомогою не зверталася. Самостійно лікувалася противірусними препаратами, антибіотиками широкого спектру дії, відхаркуючими середниками, лікування було неефективним. У зв'язку із погіршенням загального стану звернулася на консультацію в Тернопільський ОТД. З анамнезу відомо, що знаходиться на обліку в ОТД з 2011 р., стаціонарне лікування було ефективним. З 2012 р. знаходиться під амбулаторним спостереженням з приводу ЗЗТБЛ. Останнє рентгенологічне обстеження в ОТД у 2014 р. З 2010 р. знаходиться на обліку в інфекціоніста центру СНІДу. АРТ не отримувала протягом 3-х років, в цей час до інфекціоніста не зверталася. Понад 10 років тому оперована з приводу розриву селезінки після аварії.

Об'єктивно: загальний стан хворої важкий. Скарги на виражену загальну слабкість, підвищення температури тіла до суфебрильних цифр, задишку в спокої, кашель з виділенням гнійного мокротиння, утруднене ковтання, відсутність апетиту. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки чисті, бліді. Зниженого живлення, вага 38 кг. Периферичні л/вузли не збільшені. Язик вологий, обкладений білою осу-

гою. Дихання самостійне, вільне. ЧД 24/хв. Аускультативно: над легенями ослаблене дихання, розсіяні дрібноміхурцеві хрипи. АТ 100/мм рт.ст, пульс – 90/ хв, ритмічний. Серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені. Живіт симетричний, пальпаторно м'який, не болючий. Печінка виступає на 3 см з-під краю реберної дуги, край м'який не болючий, відмічається пастозність стоп. Рентгенологічно: в легенях з обох сторін виявлені вогнищево-інфільтративні зміни. Справа в S1-2 CV 5 см в діаметрі, зліва в S6 – CV 7,5 см в діаметрі. Корені інфільтровані. Р/д синуси вільні. Госпіталізована з діагнозом: РТБЛ (рецидив) (22.01.18) дисемінований (інфільтрація), дестр+, МБТ+ М+ МГ+/R– К 0, резист 0, Гіст 0, кат 2 ког 1 (21018). Вторинна кардіоміопатія змішаного генезу. СН I-IIA ст. Виснаження, кахексія. Інтоксикаційний синдром. ДН II ст. В-20 IV клін. ст. Призначено лікування 4 АМБП: Н – 0,3 г, R – 0,45 г, Z – 1,5 г, E-1,2 г, на фоні гепатопротекторів, дезінтоксикаційної та вітамінотерапії. З 26.02.18 розпочато АРТ (ламівудин – 1 таб. двічі на день, тенофовір 1 таб. на день, ефавіренз 1 таб. на ніч; через погану переносимість ефавірензу, схему змінено на абакавір 600 мг на день, ламівудин – 1 таб. двічі на день, лопінавір/ритонавір 200 мг/50 мг 2 таб. двічі на день) на фоні АРТ рівень CD4 клітин зменшився. Після інтенсивної фази (ІФ) АМБТ (60 + 30 доз) стан хворої не покращав, вага знизилася до 33 кг, бактеріовиділення не припинилося, рентгенологічна картина без позитивної динаміки. Діагноз змінено на: НЛТБ (неефективно лікований) (20.04.18) дисемінований (інфільтрація), дестр+, МБТ+ М+ МГ+/R– К +, резист -, Гіст 0, кат 2 ког 2 (2018). На ІФ призначено Н – 0,3 г, R – 0,45 г, Z – 1,5 г, E-1,2 г, Ст – 0,75 г (побічна реакція), замінено на левофлоксацин 0,5 г. Після завершення ІФ (60 + 30 доз), стан хворої суб'єктивно незначно покращився, в мокротинні бактеріоскопічно МБТ, рентгенологічно: справа, на тлі посиленого легеневого малюнку, вогнищево-інфільтративні зміни, в I міжребер'ї CV – 4x2 см, ліва легеня – зменшена в об'ємі, негомогенно затемнена за рахунок вогнищево-інфільтративних змін та різнокаліберних порожнин розпаду, на верхівці – CV magna 8 см в діаметрі. Корені інфільтровані. Органи межистіння зміщені вліво, прогресування процесу. Враховуючи неефективність лікування і супутню патологію, діагноз змінено на РМРТБЛ (ризик мультирезистентного ТБ) (17.07.18) дисе-

мінований (інфільтрація), дестр+, МБТ+ М+ МГ+/R– К +, резист -, Гіст 0, резист– кат 4 ког 3 (2018), призначено лікування на 4 місяці: левофлоксацин 0,5 г, циклосерин 0,25 г, протіонамід 0,25 г, лізенолід 0,3 г, Z – 1,0 г, E-0,8 г. Хвора продовжує лікування в стаціонарі. Прогноз – сумнівний.

Висновки. 1. У пацієнтів, особливо ВІЛ-інфікованих, необхідно звертати увагу на симптоми, підозрілі на ТБ: загальна слабкість, знижена працездатність, погіршення апетиту, пітливість, тривале підвищення температури тіла до субфебрильних та фебрильних цифр, виснаження та втрата маси тіла, сухий або з невеликою кількістю мокротиння кашель більше двох тижнів, кровохаркання, біль у грудній клітці, задишка. У разі наявності цих проявів слід проводити обстеження таких пацієнтів.

2. Високий темп поширення ТБ та ВІЛ вимагає прийняття негайних заходів з боротьби з цими інфекціями. Зростання кількості ВІЛ інфікованих може призвести до збільшення захворюваності на ТБ.

УДК 616.341–008.87–02:616.37-002.2

ЗВ'ЯЗОК СТАНУ МІКРОФЛОРИ ТОВСТОЇ КИШКИ ТА ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Коцаба Ю.Я., Бабінець Л.С.

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

Вступ. Мікрофлора товстої кишки (МФК) здорової людини — це еволюційно складна мікробіологічна система, в якій симбіотичні мікроорганізми (МО) перебувають в стані динамічної рівноваги і відповідають поняттю норми. Нормальна МФК виконує певні функції, що мають істотне значення для життєдіяльності макроорганізму. Дисбіоз товстої кишки (ДБК) – це патологічний синдром, в основі якого лежать зміни кількісного і/чи якісного складу нормальної МФК, яка стає більш інвазивною та агресивною. Ключовою ознакою ДБК вважають різке зменшення чи повну відсутність біфідо- і лактобактерій

на фоні збільшення загальної кількості МО – кишкової палички, ентерококів, клостридій, стафілококів, протея, синьо-гнійної палички та інших.

Основна частина. Метою роботи стало вивчення впливу наявності та глибини ДБК на імунний статус (ІС) хворих на хронічний панкреатит (ХП).

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 115 хворих на ХП із супутнім ДБК та без нього, віком від 26 до 88 років. 64 (55,7 %) жінки та 51 (44,3 %) чоловік, які знаходилися у фазі стійкої чи нестійкої ремісії ХП.

Результати та їх обговорення.

При обстеженні хворих на ХП дисбіотичні зміни різного ступеня були виявлені у 76 (66,1 %) пацієнтів. Слід зауважити, що формування ДБК в обстежуваних пацієнтів відбувалося більшою мірою за рахунок зниження кількості цукролітичної флори (біфідо- та лактобактерії).

Аналіз імунограм показав статистично значиме ($p < 0,05$) зниження рівня загального числа Т-лімфоцитів, НК-клітин, Т-хелперів і Т-супресорів в процесі поглиблення ДБК. Така картина свідчить про пригнічення клітинної ланки імунітету. А також виявили ознаки активації гуморальної ланки ІС (зросло число В-лімфоцитів та різних класів імуноглобулінів).

За результатами кореляційно-регресійного аналізу виявили кореляційні зв'язки значної сили ($p < 0,01$) між: рівнем НК-клітин та усіма досліджуваними параметрами; між кількістю Т-лімфоцитів та УПМ. Також виявили статистично значимі кореляційні зв'язки помірної сили ($p < 0,05$) між рівнями В-лімфоцитів, Іg А та усіма досліджуваними параметрами, Т-лімфоцитів та лакто- і біфідобактеріями, загальним числом *E. coli* й УПМ.

Висновки. 1. Дисбіоз товстої кишки спостерігали у 76 (66,1 %) хворих на ХП.

2. Кореляційно-регресійний аналіз дозволив встановити предикторну роль лакто- і біфідобактерій, *E.coli*, УПМ у формуванні та поглибленні порушень імунного статусу у хворих на ХП, що підтверджено кореляційними зв'язками значної та помірної сили між ступенем дисбіозу та показниками імунограми CD3 ($R = -0,547$,

$p < 0,01$), CD22 ($R=0,478$, $p < 0,05$), CD16 ($R=-0,664$, $p < 0,01$), Ig A ($R=0,443$, $p < 0,05$).

УДК 615.281.221.1.065:616.24-002.5-06:616.98:578.828.6

ВИПАДОК ПОБІЧНОЇ РЕАКЦІЇ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ/СНІД

Кравченко Н.С., Окусок О.М., Кицай Л.Г.

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

Вступ. Тривале застосування 4-6 антимикобактеріальних препаратів (АМБП) в лікуванні хворих на туберкульоз (ТБ) сприяє розвитку побічних реакцій (ПР). Згідно ВООЗ, ПР встановлено у 0,4-20 % госпіталізованих і у 2,5-28 % амбулаторних хворих. Ще більший ризик виникнення ПР під час терапії ко-інфекції ТБ/СНІД.

Основна частина. Наводимо випадок анемії важкого ступеня під час лікування ко-інфекції. Хворий З., 41 рік, госпіталізований із скаргами на загальну слабкість, втрату маси тіла до 10 кг, біль в горлі. Відомо, що 1,5 роки перебуває на обліку у центрі профілактики СНІДу з діагнозом В-20, ІУ клінічна стадія. Рецидивуючий ексудативний хоріоретиніт, фракційне відшарування сітківки. Тривалий час отримує антиретровірусну терапію (АРТ). На момент вступу загальний стан хворого задовільний. Дані об'єктивного обстеження без особливостей. Гемограма: ер.– $3,7 \times 10^{12}$ /л, Нв – 117 г/л, КП– 1,0, лейкоц.– $4,8 \times 10^9$ /л, п. – 4 %, с. – 70 %, е.– 2 %, лімф.– 22 %, мон.– 2 %, ШОЕ– 20 мм/год. Загальний аналіз сечі і біохімічний аналіз крові без відхилень від норми. Рівень СД4 лімфоцитів – 59 кл/мкл. Після клініко-рентгенологічного обстеження встановлено дисемінований туберкульоз легень з розпадом, МБТ(-). Згідно протоколу призначено ізоніазид 0,3 г, рифампіцин 0,6 г, піразинамід 2,0 г, етамбутол протипоказаний у зв'язку із супутньою патологією органу зору. Продовжував отримувати АРТ: зидовудин/ламівудин, ефавіренз, бісептол. Через 2 місяці лікування стан хворого погіршився, з'явилась виражена загальна слабкість, блі-

дість шкіри і видимих слизових. Загальний аналіз крові: ер.– $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб– 74г/л, КП-0,75, лейкоц.– $2,4 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ– 76 мм/год, гіпохромія виражена. В динаміці впродовж 10-ти днів явища анемії наростали: ер.– $1,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб– 43 г/л, КП– 0,7, лейкоц.– $1,8 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити $49 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ– 70 мм/год, з'явилися ознаки гемолізу еритроцитів. Показники біохімічного аналізу крові і загального аналізу сечі в цей період залишалися в межах норми. Згідно заключення гематолога системне захворювання крові виключено. Гіпохромну анемію важкого ступеня розцінено як медикаментозно індуковану ПР. Найбільш вірогідно причиною такої реакції могли бути рифампіцин або зидовудин/ламівудин на фоні вираженої імуносупресії. Хворому відмінено АМБП і АРТ, призначено переливання відмитих еритроцитів, вітамін В12, фолієву кислоту, преднізолон. Стан пацієнта поліпшився, нормалізувалися показники гемограми. Відновлено прийом ізоніазиду, рифампіцину, піразинаміду, які переносив без ускладнень. В подальшому хворий виписаний на амбулаторне лікування.

УДК: 616.24-022.2-08

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЕНТЕРОСОРБЕНТУ ЕНТЕРОСТЕЛЬ

Кучер С.В., Андрейчин С.М., Ганьбергер І.І., Бугай Б.Г.

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

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) належить до екологічно детермінованих захворювань, патофізіологічною основою якого є хронічний запальний процес в легенях, коли у відповідь на вплив факторів зовнішнього середовища порушується баланс між активністю про- і антиоксидантних систем організму. Для нормалізації показників гомеостазу в організмі часто використовують різні методи еферентної детоксикаційної терапії, а саме ентеросорбцію.

Основна частина. Метою нашої роботи було з'ясувати вплив кремнійорганічного ентеросорбенту ентеростель в комплексній те-

рапії на лабораторні показники вільнорадикального окиснення (ВРО), а саме вміст малонового діальдегіду (МДА) і активність супероксиддисмутази (СОД) в сироватці крові хворих на ХОЗЛ.

Під спостереженням було 103 хворих на ХОЗЛ у стадії загострення і 20 практично здорових людей, які склали контрольну групу. За тяжкістю хворі були розділені на три групи. У першій групі було 22 пацієнти з бронхообструкцією легкого ступеня тяжкості, у другій – 42 пацієнти з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості, у третій – 39 хворих з тяжкою бронхообструкцією.

51 пацієнт одержував лише базисну терапію (БТ) згідно з наказом МОЗ України № 555. Серед них було 11 осіб з бронхообструкцією легкого ступеня тяжкості (I група), 19 – з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості (II група) і 21 – з тяжкою бронхообструкцією (III група).

Ще 52 особи, крім БТ, додатково отримували кремнійорганічний ентеросорбент ентеросгель у вигляді гелю перорально по 1 столовій ложці протягом 10 днів 3 рази на день за 2 години до або через 2 години після приймання їжі та медикаментозних засобів. Серед них було 11 осіб з бронхообструкцією легкого ступеня тяжкості (I група), 23 – з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості (II група) і 18 – з тяжкою бронхообструкцією (III група).

Інтенсивність процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) визначали за вмістом МДА в сироватці крові за реакцією з тіобарбітуровою кислотою за методом В.Н. Орехович. Для вивчення антиоксидантної захисту (АОЗ) досліджували активність одного з основних його ферментів – СОД методом С. Чеварті і співавт. Обробка результатів виконана у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» в програмному пакеті Statsoft STATISTICA. Оцінку достовірності відмінностей між групами проводили з застосуванням непараметричного методу по U-критерієм Уїлкоксона (Уїтні-Манна).

Результати спостережень свідчать, що призначення ентеросорбенту ентеросгель на тлі БТ сприяє покращенню процесів ВРО, про що свідчить зменшення концентрації МДА та підвищення активності СОД у сироватці крові хворих на ХОЗЛ.

У пацієнтів I групи після проведеної БТ вміст МДА зменшився недостовірно на 7,7 % від вихідного рівня, II – на 22,1 % ($p < 0,01$), а III – на 19,4 % ($p < 0,001$). Щодо показника АОЗ, то в результаті проведеного лабораторного дослідження сироватки крові було встановлено, що у хворих I групи після застосування БТ активність СОД підвищилася на 9,0 % ($p > 0,05$) порівняно з рівнем до лікування, II – на 14,1 % ($p < 0,05$), III – на 18,9 % ($p < 0,001$).

Порівнявши концентрацію МДА та активність СОД після проведеного лікування з контрольною групою, можна відмітити, що після БТ лише показники I групи не відрізнялися від контролю ($p > 0,05$).

Після поєднання БТ та ентеросгелю, концентрація МДА у сироватці крові хворих з легкою бронхообструкцією зменшилася на 16,5 % ($p < 0,05$), з бронхообструкцією середнього ступеня – на 33,3 % ($p < 0,001$), з тяжкою бронхообструкцією – на 30,1 % ($p < 0,001$). Активність СОД зросла в обстежуваних I групи на 10,8 % ($p > 0,05$), II – на 18,6 % ($p < 0,001$), а III – на 28,6 % ($p < 0,01$). У пацієнтів, які отримували додатково до БТ ентеросгель в I групі дані показники не відрізнялися від контрольної групи, а в II – лише СОД втратила достовірну різницю з контролем ($p > 0,05$).

Висновки. Застосування в комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ у фазі загострення ентеросорбційної терапії з використанням кремнійорганічного ентеросорбенту позитивно впливає на показники ВРО, про що свідчить зниження рівня МДА і збільшення кількості СОД в сироватці крові.

УДК:618.1:612.621.31-06:616.36/.361-053.86

РОЛЬ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВИНИКНЕННІ ДИСГОРМОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Лимар Л.Є., Маланчин І.М., Лимар Н.А.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», ТОКПЦ «Мати і дитина»*

Вступ. Впродовж останніх десятиліть захворюваність жіночої статеві сфери невпинно зростає. Особливе місце займають дисгормо-

нальні розлади, що можуть стати причиною безпліддя. Оскільки печінка відповідає за метаболізм гормонів в організмі, нас зацікавило питання виникнення цієї патології у жінок із хронічними захворюваннями печінки та жовчовивідних шляхів (ХЗПЖШ). Метою нашого дослідження було виявлення впливу коморбідної патології на функцію органів репродуктивної системи.

Основна частина. Нами обстежено 267 жінок дітородного віку від 18 до 45 років, які впродовж 2-16 років страждають ХЗПЖШ. У 122 (45,7 %) відмічається хронічні гепатити різного генезу; у 145 (34,3 %) – хронічний холецистит; причому, у 32 (22,1 %) з них діагностований хронічний холецистохолангіт.

Цим пацієнткам проводилось загальні клінічні дослідження крові, сечі, визначення білірубіну, холестерину, загального білка, сечовини, креатиніну, калію, натрію в крові, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛФ, визначення маркерів гепатитів В, С, гормональні дослідження: визначення рівня фолітропіну, лютропіну, пролактину, прогестерону та естрадіолу 1 та 2 фази менструального циклу, УЗД статевих органів, печінки, жовчевого міхура. Всі пацієнтки консультовані гастроентерологом та гепатологом, у них підтверджений діагноз ХЗПЖШ. Дослідження проводились у фази загострення та ремісії коморбідної патології. Виявлено прямий кореляційний зв'язок виникнення порушень менструальної функції на тлі загострення ХЗПЖШ, а саме: дисменореї у 218 (81,6 %); аномальних маткових кровотеч (АМК) у 124 (46,4 %); олігоменореї у 49 (18,4 %) жінок. У фазі ремісії коморбідної патології спостерігається дисменорея майже у 70 % пацієнток, достовірно зменшується кількість АМК, проте, зростає відсоток олігоменореї. Причому, олігоменорея частіше спостерігається у жінок, які страждають ХЗПЖШ більше 5 років. АМК достовірно частіше спостерігаються у жінок, які страждають вірусними гепатитами. Гормональні дослідження виявили достовірне зниження прогестерону в 2 фазу менструального циклу при загостренні ХЗПЖШ у 183 (68,5 %), що свідчить про виражений негативний вплив коморбідної патології на функцію репродуктивної системи. Лікування порушень функції геніталій призводило до тимчасового покращення, але після припинення терапії прояви захворювань відновлювались в 2,7 рази частіше, ніж у пацієнток, які не страждали вказаною коморбідною

патологією. Нами планується продовжувати дослідження порушень функції репродуктивної системи при коморбідній патології та розробити адекватні методи корекції цих порушень з урахуванням супутньої патології.

Висновки. У жінок з хронічними захворюваннями печінки та жовчовивідних шляхів виникають порушення функції органів репродуктивної системи, а саме: дисменорея, олігоменорея, АМК, які рецидивують в 2,7 рази частіше, ніж у хворих без наявності вказаної коморбідної патології та потребують лікування з урахуванням коморбідної патології.

УДК 615.252.349.7-06:616-007.61-06:616-056.5]-092.9

ВПЛИВ МЕТФОРМІНУ НА АПОПТОЗ Н9С2 КЛІТИНИ В УМОВАХ МЕТАБОЛІЧНОГО СТРЕСУ ТА ГІПОКСІЇ

Лой Г.Я., Олещук О.М.

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

Вступ. Діабетична кардіоміопатія (ДК) – провідна причина смертності при цукровому діабеті 2 типу (ЦД2). Апоптоз є патоморфологічною ознакою розвитку ДК. Метформін, препарат вибору для лікування ЦД2, окрім гіпоглікемізуючих, може проявляти кардіопротективні ефекти. Мета дослідження – вивчення антиапоптичного ефекту метформіну *in vitro* в умовах метаболічного стресу і гіпоксії.

Основна частина. Дослідження проводили на кардіоміоцитах ембріонів щурів (Н9С2 клітинах). За 24 години до експерименту клітини були депривовані шляхом заміни поживного середовища із сироваткою (DMEM medium, Life Technologies+10%FBS) на 0% DMEM medium (без сироватки). За 30 хв до моделювання стресу клітини були проліковані 5мМ розчином метформіну. Метаболічний стрес був викликаний 2-деокси-D-глюкозою (2мМ) із подальшою 24 годинною інкубацією. З метою моделювання гіпоксії клітини Н9С2 протягом 24 годин утримувалися в гіпоксичному боксі (5% CO₂, 1%

O₂,balance N₂) при 37°C. Щоб виявити апоптотичні клітини, було використано DeadEnd Fluorometric TUNEL system відповідно до інструкції виробника (Promega). Підрахунки загальної кількості клітин та апоптотичних клітин було проведено за допомогою імунофлюорисцентного мікроскопа.

Лікування метформіном попередило запрограмовану смерть клітин в умовах і метаболічного стресу, і гіпоксії, порівняно із групою нелікованих клітин (1,09 % *via* 12,88 %, $p < 0,0001$, та 1,55 % *via* 8,54 %, $p < 0,0001$, відповідно).

Висновки. Метформін достовірно захищає кардіоміоцити від апоптозу в умовах метаболічного стресу та гіпоксії.

УДК 616.379-008.64: 616.12-008.331.1-092+615.453:616_001.14+616.8-009.7

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПОЛЯРИЗУЮЧОГО СВІТЛА У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Макарчук Н.Р., Мартинюк Л.П.

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

Вступ. Діабетична полінейропатія (ДНП) є однією із найбільш поширених форм ураження периферичної нервової системи у хворих на цукровий діабет (ЦД). Незважаючи на велику кількість препаратів та методів, що застосовуються для лікування ДНП у хворих на ЦД, ця проблема залишається актуальною вже багато років.

Вагомих рандомізованих досліджень по вивченню ефективності поляризованого світла в популяції хворих на діабет, не проводилися. Ретроспективний аналіз досліджень по застосуванню даного лікування, свідчить про його ефективність при полінейропатії різної етіології. Окремі дослідники оприлюднили результати щодо позитивного впливу на перебіг артеріальної гіпертензії.

Основна частина. Мета дослідження: вивчення впливу поляризованого світла на стан різних видів чутливості при ДНП, шляхом

його включення до стандартного лікування хворих цукровий діабет 2 типу та артеріальну гіпертензію.

Матеріали і методи: Обстежено 67 хворих на ЦД 2 типу віком від 45 до 65 років, середній вік (57,1±5,2) роки, ускладнений діабетичною полінейропатією. 47(70,2 %) пацієнтів мали артеріальною гіпертензією. Всі хворі були розділені на дві групи, репрезентативні за віком, статтю, тривалістю захворювання, змінами чутливості та рівнем артеріального тиску. До 1-ї групи увійшло 32 пацієнти (з них 21 хворий (65,6 %) з артеріальною гіпертензією), які отримували стандартне лікування згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги “Цукровий діабет” (№1118 від 21.12.2012) та уніфікованим клінічним протоколом первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги “Артеріальна гіпертензія” (№1118 від 21.12.2012). 35 пацієнтів (з яких 26 осіб (74,3 %) мали артеріальну гіпертензію) 2-ї групи окрім стандартного лікування було призначено 12 світлотерапевтичних процедур. Обстеження пацієнтів проводили до початку та після проведеного лікування.

Порівняння відносних або виражених у відсотках величин здійснювалося за допомогою критерію Пірсона. Різниця показників вважалася вірогідною при показнику $p < 0,05$. Аналіз та обробку статистичних даних проводили з використанням пакета прикладних програм STATISTICA 10 та MS Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. До лікування у 1-й групі пацієнтів мало місце зниження температурної чутливості у 19 (59,38 %) хворих, больової – у 20 (62,5 %), тактильної – у 25 (78,1 %) та вібраційної – у 27 (84,4 %) осіб. У 2-й групі діабетиків температура чутливість була зниженою у 23 (65,7 %), больова – у 19 (54,3 %), тактильна та вібраційна – у 27 (77,1 %) і 29 (82,9 %) пацієнтів відповідно.

Після проведеного курсу лікування температурна чутливість залишалася зниженою у 11 (34,4 %) ($\chi^2=3,065$; $p > 0,05$) обстежених 1-ої та 9 (25,7 %) ($\chi^2=11,283$; $p < 0,05$) 2-ої групи. Больова і тактильна чутливість була зниженою в 11 (34,4 %) ($\chi^2=5,067,283$; $p < 0,05$) та 18 (56,25 %) ($\chi^2=3,437$; $p > 0,05$) хворих 1-ої групи і 5 (14,3 %) ($\chi^2=12,428$; $p < 0,05$) та 14 (40 %) ($\chi^2=9,950$; $p < 0,05$) осіб 2-ої групи. Вірогідні по-

зитивні зміни вібраційної чутливості мали місце в пацієнтів 2-ї групи.

У хворих з артеріальною гіпертензією на фоні комплексного лікування з використанням поляризуючого світла вірогідно знижувався тиск крові і у 84 % обстежених досяг цільових рівнів, у той час як у хворих, які отримували лише стандартну терапію лише в 32,4 % осіб.

Висновки. Включення поляризуючого світла до стандартної терапії діабетичної полінейропатії у хворих на цукровий діабет з артеріальною гіпертензією має достовірно позитивний ефект на стан чутливості та сприяє нормалізації артеріального тиску.

УДК:618.3-008.6-06:616.36-002

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ

Маланчин І.М., Лимар Л.Є.

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

Вступ. Частота преєклампсії складає від 2,3 до 16,6% і не має тенденції до зниження. Останніми роками зросла частота поєднаних гестозів. Для них характерні ранні клінічні прояви і більш важкий перебіг.

Основна частина. Мета роботи – аналіз перебігу вагітності в жінок з преєклампсією на тлі хронічних гепатитів. Пацієнтки були поділені на дві групи: I група – 60 жінок із преєклампсією без супутньої екстрагенітальної патології, 2 група – 65 жінок із преєклампсією у поєднанні з хронічними гепатитами. Контрольну групу склали 30 практично здорових вагітних. Преєклампсія середнього та важкого ступенів частіше зустрічалась серед вагітних другої групи. Преєклампсією, яка виникла до 32 тижнів вагітності, спостерігали у 4 (6,7 %) жінок першої групи та у 9 (13,8%) другої групи. У вагітних з преєклампсією і хронічними гепатитами зростала частота затримки розвитку плода, дистресу плода, передчасних пологів. Також від-

значається збільшення частоти оперативного розродження шляхом операції кесарського розтину при прееклампсії тяжкого ступеня в порівнянні з даними контрольної і першої груп. У вагітних другої групи початок розвитку та наростання симптомів прееклампсії був ранішим порівняно з пацієнтками першої групи, що може бути обумовлено значним впливом хронічних гепатитів на ендотелій судин.

Висновки. Поєднання хронічних гепатитів з прееклампсією вагітних суттєво впливає на розвиток інших ускладнень вагітності, зокрема на стан плода та новонародженого. Зростає частота затримки розвитку плода, збільшується відсоток передчасних пологів та народження недоношених дітей, частішими стають випадки асфіксії новонароджених. Як підсумок, це призводить до зростання перинатальних втрат.

УДК: 616.12 – 008.313.2

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ І ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАЛЕЛІ ГІПЕРУРИКЕМІЇ І ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Маслій С.М., Мисула М.С.

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

Вступ. Гіперурикемію вважають незалежним фактором ризику несприятливого перебігу серцево-судинної патології.

Основна частина. Мета роботи – вивчити особливості клінічних проявів і функціональних змін міокарда у хворих на фібриляцію (ФП) передсердь з нормо– і гіперурикемією (ГУ).

Матеріал і методи: обстежено 185 хворих на різні форми ФП, які знаходились на стаціонарному обстеженні і лікуванні у центрі лікування складних розладів серцевого ритму у 2014-2017 рр.

ГУ (рівень сечової кислоти (СК) у сироватці крові понад 350 ммоль/л) виявлено у кожного третього хворого на ФП (33,33 %), у порівнянні із пацієнтами із синусовим ритмом і однотипними факторами ризику (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет і метаболічний синдром). Середні значення рівня СК у даній групі становили (385,22±47,85) ммоль/л, у контролі – (283,18±34,85), $p < 0,05$.

У хворих з ГУ спостерігали порівняно меншу концентрацію калію плазми ($3,93 \pm 0,02$) ммоль/л, ніж у хворих з нормальними значеннями СК ($4,52 \pm 0,05$) ммоль/л, $p=0,048$. Встановлено кореляційні зв'язки ГУ з показником гемоглобіну ($r=-0,75$, $p=0,019$), концентрацією загального холестерину ($r=-0,65$, $p=0,05$), фібриногену ($r=0,97$, $p=0,006$). Не очікуваними виявились відносно нижчі показники холестерину і тригліцеридів у хворих з ГУ, що вимагає окремого аналізу.

За даними ехокардіоскопії у хворих на ГУ функціональні і масо-метричні показники були гіршими, ніж у пацієнтів з ФП і нормальним рівнем СК. Зокрема, на порушення скоротливої здатності міокарда вказувало зменшення ступеня скорочення передньо-заднього розміру лівого шлуночка – ($22,95 \pm 2,48$) % проти ($33,66 \pm 3,94$) % при нормоурикемії, $p=0,041$ та зниження фракції викиду, відповідно, ($44,97 \pm 3,21$) і ($60,80 \pm 4,83$) %, $p=0,048$. Одночасно, переважала маса міокарда за рахунок потовщення міжшлуночкової перегородки ($1,20 \pm 0,08$) см, в контролі ($0,96 \pm 0,04$) см, $p=0,033$.

Висновки. У хворих на ФП слід контролювати рівень СК і диференційовано підходити до застосування фармакотерапії, зокрема при виборі препаратів, які мають вплив на її обмін та на регрес гіпертрофії міокарда.

УДК: 616-002.78-06:616.36-002-02:616-008.9

КЛІНІКО-ТЕРМОГРАФІЧНА ОЦІНКА СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ПОДАГРІ В ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ

Мудра У.О.

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

Вступ. Подагра – хронічне прогресуюче захворювання, пов'язане з порушенням пуринового обміну, характеризується підвищеним вмістом у крові сечової кислоти, відкладанням уратів в суглобових і/або навколосуглобових тканинах. Хвороба найчастіше уражає чоловіків віком понад 30 років.

Основна частина. Мета дослідження: провести клініко – термографічну оцінку суглобового синдрому при подагрі.

Основна частина. Обстежено 30 пацієнтів з подагричним артритом у віці від 45 до 74 років з яких 3 жінки. Тривалість захворювання склала понад 5 років. Для постановки діагнозу подагри і аналізу клінічних спостережень використовували критерії S. Wallace і співавторів (1977), Наказ МОЗ України № 676 від 12.10.2006 р. Діагноз подагри верифікували на підставі скарг, анамнезу, результатів об'єктивного обстеження, показників біохімічного аналізу крові, аналізу сечі, даних рентгенологічного обстеження.

Моноураження виявили у 5 (16,7%), олігоураження – у 9 (30%), поліураження – у 16 (53,3%) пацієнтів. У 14 (46,7%) виявлені тофуси вушних раковин, ліктьових суглобів і суглобів кистей. У жінок частіше спостерігали ураження суглобів кистей. Усі пацієнти в період загострення подагри скаржились на біль, обмеження рухів, набряк суглоба, загальну слабкість. Проведено аналіз больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою болю (ВАШ). При цьому рівень больових відчуттів у обстежених пацієнтів знаходився в межах 30 – 85 мм. У 100 % пацієнтів біль полегшувався після прийому НПЗП.

Окрім того, проаналізували зміну локальної температури над ураженим суглобом в кількох точках в період загострення, після лікування і в період ремісії, порівняли її із температурою симетричних суглобів, за допомогою термографічного методу обстеження.

Для цього використовували Тепловізор ULIRvision TI 120. При обстеженні контрольної групи (10 чоловік) відповідного віку, у здорових людей тепловий малюнок в анатомічних ділянках стоп мають зони гіпер-, гіпо- і мезотермії, але температурний градієнт симетричних відносно серединної лінії точок не перевищує 0,6 °С. Обстежували I плюсне – фалангові суглоби обох нижніх кінцівок. Перед обстеженням, протягом 10 – 15 хв, проведено адаптацію шкіри досліджуваної ділянки до температури приміщення.

При загостренні подагри тепловий малюнок значно змінюється. На термограмах спостерігаються вогнища інтенсивного інфрачервоного випромінювання у вигляді яскравої світлої ділянки з розмитими краями з перепадом температури від 2,3 °С до 4,0 °С. При цьому ділянка гіпертермії була більшою, порівняно з об'єктивними змінами суглобів.

Висновок. При подагричному артриті спостерігається інтенсивне інфрачервоне випромінювання над ураженою ділянкою суглоба, яке проявляється термоасиметрією із зоною гіпертермії, яка відповідає площі запалення або перевищує її.

УДК 616.9–036.22

ЕМЕРДЖЕНТНІ ІНФЕКЦІЇ – ГЛОБАЛЬНА ЗАГРОЗА ЛЮДСТВУ

Ничик Н.А., Завіднюк Н.Г.

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

Вступ. З кінця минулого століття людство зіткнулося з новою глобальною проблемою – емерджентними інфекціями.

Основна частина. Емерджентні інфекції (від англ. emergency – «непередбачуваний», «надзвичайний», «раптовий») – це інфекційні захворювання, спричинені новими або раніше відомими збудниками, які у зв'язку з впливом на них певних факторів (біологічних, зоогеографічних, соціально-економічних), зазнали змін і тому набули нових властивостей. Такі інфекції виникають вперше у світі або на окремо взятій території, швидко та широко розповсюджуються, загрожують здоров'ю людей на регіональному або світовому рівнях, проти них відсутні засоби ефективного лікування та профілактики. На даний час ВООЗ до таких хвороб відносить пташиний грип та пандемічний A/California/04/09, близькосхідний коронавірусний синдром (MERS), геморагічні гарячки – Ебола, Ласса, Марбург, Ніпа, Зіка, Ріфт-Валлі, кримську, атипичну пневмонію (SARS) та ряд інших.

На сьогодні людство й далі залишається практично беззахисним перед цими інфекціями. Так, у 2014-2016 роках була задокументована найтяжча за весь період спостережень за гарячкою Ебола епідемія в Західній Африці (Гвінея, Сьєрра-Леоне, Ліберія, Нігерія, Сенегал, Малі). Незважаючи на всі протиепідемічні та профілактичні заходи, хвороба поширилася за межі цього регіону до США, Іспанії, Великої

Британії. Ця епідемія показала всьому людству наскільки збудник четвертого рівня патогенності, при якому проводилися всі необхідні заходи біобезпеки, залишається небезпечним як за контагіозністю, так і швидкістю розповсюдження. На 118-й тиждень епідемії було зареєстровано 28647 захворювань, зокрема 11324 смерті. Коефіцієнт летальності склав близько 64 %. Згідно з повідомленням ВООЗ, на сьогодні у світі зареєстровано 2144 підтверджених випадки близько-східного коронавірусного синдрому, з яких 750 закінчилися летально. Під час останнього спалаху хвороби Ніпах у Бангладеші з 135 захворілих померло 98. Такий високий рівень смертності в еру розквіту науки і техніки вкотре підтверджує нашу беззахисність перед природою.

05.09.2018 року світову громадськість схилювали чисельні повідомлення в ЗМІ про надзвичайну подію в аеропорту Кеннеді. На карантин було затримано літак авіакомпанії Emirates, що прилетів з Дубаю, оскільки 112 пасажирів з 500 мали ознаки гострого інфекційного захворювання (гарячка, нежить, біль у горлі, кашель, гастроінтестинальні розлади). За матеріалами CDC, більше десятка відразу госпіталізовано й призначено противірусні препарати. Водночас, з тих самих причин, у Парижі та Мюнхені затримано авіарейси, які мали летіти до Філадельфії. Було з'ясовано, що всі пасажирів зі згаданими симптомами наприкінці серпня здійснювали паломництво в Мекку, де щорічно на хадж збираються мільйони мусульман з усього світу.

Висновок. У випадку виникнення епідемій емерджентних інфекцій жакливі наслідки для нас непередбачувані. Тому вирішення цієї проблеми має бути першочерговим для збереження життя людства на планеті.

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО І МЕТАБОЛІЧНОГО СТАТУСУ У ЧОЛОВІКІВ З ПЕРВИННИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

**Пасечко Н.В., Крицький Т.І., Чукур О.О., Наумова Л.В., Боб А.О.,
Хоміцька А.І.**

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

Вступ. Спосіб життя людини істотно впливає на здоров'я людини та її репродуктивні функції. Наявність гіпотиреозу негативно відображається на самопочутті, активності і репродуктивному статусі. Гіпотиреоз часто супроводжується дисліпідемією, артеріальною гіпертензією, серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом 2-го типу, остеоартритом, зниженням фертильності й іншими станами. Негативний вплив гіпотиреозу на репродуктивну функцію чоловіків заслуговує на особливу увагу. Зростаючий інтерес до цієї проблеми до певної міри обумовлений тим фактом, що такий зв'язок може бути однією з причин чоловічого безпліддя.

Основна частина. Матеріали і методи. Проведений порівняльний аналіз гормональних, антропометричних і метаболічних показників у 60 чоловіків з гіпотиреозом (основна група) і 25 чоловіків без гіпотиреозу й інших хронічних соматичних захворювань (контрольна група). Середній вік обстежених осіб складав (42,4±2,7) роки. У всіх досліджуваних осіб проводили забір периферичної крові у ранішні години натще. У сироватці крові визначали рівень тиреотропного гормону (ТТГ), тестостерону, естрадіолу, лютеїнізуючого гормону (ЛГ), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) і кортизолу. У тих же зразках мікрометодом імуноферментного аналізу визначали загальний холестерин (ЗХС) і його фракції, тригліцериди (ТГ).

Результати обстеження. Досліджувані групи чоловіків відрізнялися за показником індексу маси тіла (ІМТ), які були достовірно вищі у осіб з гіпотиреозом в порівнянні з контролем. Встановлено, що у осіб з гіпотиреозом в порівнянні з контролем достовірно були збільшені рівні ЗХС і ХС ЛПНЩ. Виявлено достовірне підвищення

рівня ФСГ у хворих на гіпотиреоз у порівнянні з чоловіками контрольної групи, тоді як вміст ЛГ, естрадіолу і кортизолу у чоловіків з гіпотиреозом не відрізнявся від аналогічних показників контрольної групи. В той же час знижений рівень тестостерону у обстежених чоловіків, що не досягав нижньої межі нормальних значень (12 нмоль/л), свідчив про відносно помірну форму андрогенового дефіциту.

Висновки. 1. У чоловіків з гіпотиреозом встановлено зміни гормонального статусу, які проявляються зниженням вмісту тестостерону і підвищенням рівня фолікулостимулюючого гормону в крові.

2. Гіпотиреоз у чоловіків супроводжується змінами ліпідного обміну: підвищенням в крові вмісту загального холестерину і холестерину ліпопротеїнів низької щільності.

УДК:616.711-018.3-002-08-039.76

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА

Попович Д.В., Коваль В.Б., Вайда О.В.

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

Вступ. Останнім часом глибше вивчено суть патологічного процесу при остеохондрозі хребта. Нерідко спостерігаються розбіжності в поясненні різноманітних неврологічних проявів даної патології. Чітко не визначено також, хто повинен лікувати хворого – ортопед чи невролог. Немає також єдиної методики лікування. Все це призводить до симптоматичного лікування, що не дає бажаного ефекту. Система реабілітаційного лікування пацієнтів із неврологічними проявами захворювання потребує удосконалення. Важливим завданням сучасної медичної реабілітації є надання кваліфікованої допомоги хворим з остеохондрозом хребта.

Основна частина. Мета дослідження: визначити ефективність впливу засобів фізичної реабілітації комплексного застосування удосконалених методик лікувального масажу комплексу лікувальної гім-

настилки статико-динамічних вправ та вправ на дошці Євмінова на хворих з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта.

Матеріали і методи. Обстежено 48 пацієнтів віком від 32 до 58 років, яким проводили обстеження і лікування в університетській лікарні.

Хворі розподілені на 2 групи: контрольну та експериментальну. Під час дослідження використано різноманітні методи дослідження стану опорно-рухової системи.

Результати досліджень та їх обговорення. В обох групах пацієнти пройшли курс фізичної реабілітації. А в експериментальній групі, разом з комплексом лікувальної гімнастики статико-динамічних вправ, як і в основній групі, додатково застосовувались лікувальний масаж, вправи на дошці Євмінова.

Висновки. Аналіз безпосередніх результатів лікування довів, що комплексна система виявилася більш ефективною у зникненні або зменшенні больового та міотонічного синдромів, поліпшенні функціонального стану хребта, стану психо-емоційної сфери, підвищенні якості життя пацієнтів.

УДК615.036.8:615.2/3

ПРИЧИНИ ВІДСУТНОСТІ ЧИ ЗМЕНШЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКІВ

Посохова К.А.

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

Вступ. Одним з небажаних результатів призначення лікарських засобів (ЛЗ) є відсутність очікуваного ефекту від їх застосування: відсутність ефективності (ВЕ) ЛЗ – неспроможність ЛЗ спричинити фармакологічну дію в умовах, коли їх призначення для лікування чи профілактики захворювань здійснюється згідно з інструкцією для медичного застосування.

Основна частина. ВЕ ЛЗ може бути результатом неналежного застосування ЛЗ, коли препарати призначаються не за показаннями,

порушення схем дозування та тривалості лікування, ігнорування впливу коморбідних патологічних процесів (серцево-судинної недостатності, ожиріння, алкоголізму), генетично обумовлених особливостей пацієнта, неврахування наслідків взаємодії ЛЗ при їх комбінованому застосуванні, взаємодії ЛЗ з компонентами їжі, впливу тютюнопаління. Для визначення ролі генетичних факторів у ВЕ ЛЗ і забезпечення ефективної фармакотерапії відповідно до принципів персоналізованої медицини у багатьох країнах налагоджене фармакогенетичне тестування. Зниження ефективності фармакотерапії також може бути результатом фармацевтичної, фармакокінетичної та фармакодинамічної взаємодії ЛЗ, особливо – при поліпрагмазії. Зокрема, під впливом індукторів мікосомальної ферментної системи гепатоцитів прискорюється біотрансформація і зменшується фармакологічна активність тих ЛЗ, метаболізм яких здійснюється системою цитохрому Р450. На особливу увагу заслуговує ВЕ антиінфекційних ЛЗ – ситуація, яка набула загальносвітового значення.

Висновки. Вирішення проблеми відсутності ефективності лікарських засобів напряму залежить від усіх учасників процесу лікування, в тому числі від фахового рівня та уважності лікаря, який призначає ЛЗ.

УДК: 616.24-002.5-08

ДЕЯКІ МІРКУВАННЯ ЩОДО АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Савула М.М., Лопушанська Н.М.

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

Основна частина. Обґрунтуванням тез є аналіз результатів пошуків мікобактерій туберкульозу (МБТ) у харкотинні 230 хворих 4-ма сучасними методами і анкетування 105 хворих на туберкульоз легень.

Висновки. Достовірним методом підтвердження абактеріальності хворого є культуральне дослідження, тому що у 87,8 % пацієнтів з

негативним результатом мікроскопії використовують колонії МТБ в т.ч. у 45,2 % хіміорезистентні, із них у 21,7 % мультирезистентні.

Початкове стаціонарне лікування вважають необхідним 79,3 % опитаних, виключно амбулаторне лікування схвалюють лише 8,6 %, стаціонарне впродовж всієї хіміотерапії 13,3 % (переважно мешканці села).

Ніхто з хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) не підтримує виключно амбулаторної моделі лікування, мотивуючи це у 96 % небажанням заражувати своїх близьких, чого не враховують реформатори фтизіатрії. У 48 % осіб з МРТБ виникали побічні реакції на ліки з потребою переривання і корекції лікування.

Водночас тривале перебування в лікарні недоцільне. 78 % хворих признають, що часто відлучаються із стаціонару, 37,1 % стверджують, що умови побуту вдома ліпші.

Перериви або припинення лікування вдома в 65 % були зумовлені байдужістю, хоча 80,9 % опитаних признають, що розуміють необхідність регулярного лікування. Потрібна велика робота для організації контрольованої хіміотерапії, особливо в умовах села.

Оптимізація ліжкового фонду незаперечно потрібна, але початковий стаціонарний етап лікування повинен бути збережений до припинення бактеріовиділення, підтвердженого культурально і встановлення переносимості ліків, а також для хворих у тяжкому стані з урахуванням соціально-економічних чинників.

УДК 616.36-004+616.37-002+616.06

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСІДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПЕЧІНКИ І ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Самогальська О.Є.¹, Баб'як О. В.², Лазарчук Т.Б.¹, Лобанець Н.В.¹

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»¹
Рівненський базовий медичний коледж²*

Вступ. У сучасних умовах проблема коморбідної патології є досить актуальною та потребує детального дослідження, а також по-

шуку шляхів адекватної корекції. Тому метою нашої роботи було дослідження особливостей перебігу поєднаної патології печінки і підшлункової залози алкогольної етіології.

Основна частина. Для виконання дослідження обстежено 86 хворих на алкогольний цироз печінки (АЦП) в стадії субкомпенсації з мінімальною активністю. У 64 з них діагностовано супутній хронічний панкреатит (ХП); контрольна група, репрезентативна з основною за віком і статтю, складалася з 20 практично здорових осіб. Середній вік обстежених хворих становив $(58,0 \pm 1,9)$ років. Діагноз встановлювали за діючими протоколами і настановами, затвердженими МОЗ України та МКХ-10. Для встановлення діагнозу проводили комплексне детальне вивчення анамнестичних даних: з'ясування епідеміологічного анамнезу, вживання алкоголю (опитувальник CAGE), тривалість захворювання тощо. Проводили обов'язковий обсяг лабораторних досліджень (за допомогою уніфікованих методик, затверджених МОЗ України). Цитокіни: фактор некрозу пухлин- α (ФНП- α) і інтерлейкін-4 (ІЛ-4) визначали методом імуноферментного аналізу (аналізатор "StatFax 303 Plus") із використанням тест-систем для кількісного визначення ФНП- α ТОВ "Укрмедсервіс" і ІЛ-4 ТОВ "УкрмедДон", рівень колагену IV в сироватці крові – за допомогою набору для імуноферментного аналізу фірми BSM Diagnostics. Для проведення дослідження хворих розподілили на наступні групи: 1 група – 64 особи з АЦП+ХП, 2 група – 22 особи з АЦП. За результатами дослідження основні симптоми визначені у балах (диспепсичний, астено-вегетативний, асцитичний) і лабораторні показники (рівень білірубіну, трансаміназ, амілази, тімолової проби) були достовірно вищими у пацієнтів 1 групи. Рівень ФНП- α був підвищений у всіх 100,0 % обстежених із АЦП і складав $(26,41 \pm 1,85)$ пг/мл ($p < 0,05$), поряд із цим рівень ІЛ-4 знижувався в більшості хворих (98,0 %) до $(2,61 \pm 0,58)$ пг/мл ($p < 0,05$) порівняно з ПЗО. Зареєстровано вірогідне підвищення рівнями колагену IV в 7,5 рази порівняно з ПЗО ($p < 0,05$). Аналіз міжгрупової різниці вказаних показників продемонстрував більш виражені зміни в 1 групі з вірогідною різницею порівняно з 2 ($p < 0,05$). Зокрема рівень колагену IV у пацієнтів 1 групи порівняно з 2 групою виявився вищим у 2,1 рази ($p < 0,05$), що є відображенням більш глибоких фібротичних процесів у печінковій

тканині. Показовим для перебігу ЦП є співвідношення рівня ФНП- α до ІЛ-4, в 1 групі цей показник становив 22,8, в 2 – 15,1, що підтверджує більш глибокі порушення у пацієнтів при наявності АЦП і ХП.

Висновки. За рівнем профіброгенного маркера колагену IV, змін рівня цитокінів можна допустити більш несприятливий перебіг АЦП при наявності супутнього ХП.

УДК 616.24-008.444-06:616.333-008.6]577.121.7]-07

ПАРАМЕТРИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Світлицька О.А.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Обструктивне апное сну (ОАС) є найчастішим потенційно небезпечним розладом дихання уві сні, яке зустрічається у кожного десятого дорослого (Perret J.L. et al., 2016). ОАС викликає повторювальні гіпоксичні епізоди, активацію симпато-адреналової системи під час сну, що призводить до мікропробуджень головного мозку, істотно активізує запальні процеси в організмі, а також викликає оксидативний стрес (PassaliD. et al., 2015; Senaratna C.V. et al., 2017). З іншого боку, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) зустрічається майже у 30% дорослого населення (HuntR. et al., 2017). Є дані про порушення окислювальних процесів також при ГЕРХ (Song J.H. et al., 2016; Буторін М.М., 2015). Коморбідний перебіг ГЕРХ та ОАС очікувано погіршує стан здоров'я пацієнта та взаємно обтяжують їх перебіг (Shaker A. et al., 2016, Триодина О.В., 2012). В літературі ми знайшли суперечливі дані про вплив поєданого перебігу вказаних патологій на стан окислювальних процесів, тому метою нашого дослідження стало вивчення параметрів оксидативного стресу у хворих з коморбідним перебігом ОАС та ГЕРХ.

Основна частина. На базі навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медичного

університету було обстежено 138 пацієнтів, які були розподілені на групи: контрольна група – 25 осіб, I група – 30 пацієнтів з ГЕРХ, II група – 30 хворих з ОАС, 53 пацієнта з коморбідним перебігом ОАС та ГЕРХ. Середній вік пацієнтів склав 55 років (52; 57), групи були рівнозначними за віком, гендерним складом, індексом маси тіла ($p > 0,05$). Всім пацієнтам виконувалась сомнографія апаратом SOMNOcheck micro cardio (Weinmann, Німеччина), для встановлення діагнозу ГЕРХ – езофагогастроуденоскопія цифровою відеоендоскопічною системою експертного класу FUJINON EPX-4450HD (Японія). Стан оксидативного стресу оцінювався за рівнем нітритрозину (НТ), 8-гідроксігуаніну (8-ГГ). ОАС підтверджувалось при індексі апное/гіпопное (АНІ) ≥ 5 подій за 1 годину, оцінювався індекс обструктивного апное-гіпопное. Статистична обробка даних проводилась за програмою Statistica 6.1 (StatSoft Inc., США). Сомнографічне дослідження виявило достовірне підвищення індексу АНІ, оАНІ в II та III групах хворих ($p < 0,05$), найбільше зростання АНІ визначається в III групі в 1,87 рази в порівнянні з вказаним індексом в II групі ($p < 0,001$). В III групі також максимально зростає індекс оАНІ, він перевищував названий параметр в II групі хворих у 1,96 рази ($p = 0,032$), що свідчить про найважчий перебіг ОАС при коморбідному перебігу ОАС та ГЕРХ. В I групі рівень НТ склав 11,5 (9,6; 15,2) нмоль/мг, що статистично не відрізняється від контрольної групи ($p > 0,05$). В II та III групах спостерігається вірогідне зростання концентрації НТ в порівнянні з контрольною та I групами відповідно до 17,7 (15,7; 19,5) нмоль/мг та 21,6 (18,3; 25,5) нмоль/мг ($p < 0,05$). В III групі рівень НТ був на 22 % більшим, ніж в II групі ($p = 0,047$). В II групі пацієнтів рівень 8-ГГ зростає на 66,4 % ($p = 0,032$), в III групі – на 79,1 % ($p = 0,021$) порівняно з контрольною групою. В I групі рівень 8-ГГ вірогідно не відрізнявся від показника в контрольній групі ($p = 0,078$). Різниця між концентрацією 8-ГГ в II та III групах складала 27,1 % ($p = 0,044$). Спостерігається вірогідна позитивна взаємодія між АНІ та рівнем НТ ($r = +0,37$, $p = 0,032$), 8-ГГ ($r = +0,41$, $p = 0,027$). Кореляція між оАНІ та концентрацією НТ та 8-ГГ визначається як достовірна помірна позитивна ($r = +0,042$, $p = 0,025$ $r = +0,048$, $p = 0,018$).

Висновки. У хворих з поєднаним перебігом ОАС та ГЕРХ виявляється істотне погіршення перебігу обструктивного апное сну. На-

явність ОАС сприяє активації окислювальних процесів, а поєднання ОАС та ГЕРХ викликає найбільшу активацію оксидативного стресу.

УДК 616.12-005.8-06:616.132.2-089.819.5

ВПЛИВ ПЕРВИННОГО СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST НА ДІАСТОЛІЧНУ ДИСФУНКЦІЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Скибчик В.А., Мельнь Ю.П.

*Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького*

Вступ. Первинне стентування коронарних артерій (КА) покращує прогноз у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ІМ), впливаючи на ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ), а саме покращуючи діастолічну функцію, що вподальшому запобігає розвитку хронічної серцевої недостатності з зниженою систолічною функцією ЛШ. Вимірювання рівня натрійуретичного пептиду (NTV-Pro) корелює з показниками діастолічної дисфункції (ДД) та є необхідними для стратифікації ризику у пацієнтів з ІМ.

Основна частина. Мета дослідження: Встановити прогностичний вплив коронарного стентування на клінічний перебіг та особливості ремоделювання ЛШ у пацієнтів з гострим ІМ міокарда з елевацією сегмента ST (ІМелST) та ДД.

Матеріали та методи: Обстежено 80 пацієнтів з ІМелST (середній вік становив $56,7 \pm 7,3$ року), яким було проведено первинне стентування КА з них (чоловіків – 68,1 %, жінок – 31,9 %) та 15 пацієнтів (середній вік становив $66,1 \pm 7,3$ року) – група контролю без проведеної реваскуляризації міокарда, з них (чоловіків – 75 %, жінок – 25 %). В обидвох групах визначали рівень NTV-Pro, як ранній маркер ризику розвитку серцевої недостатності (СН), ехокардіографічні (Ехо-КГ) параметри діастолічної дисфункції ЛШ, функціональний клас (ФК) стенокардії визначений за допомогою опитування Seattle Angina Questionnaire (SAQ) та велоергометрії, а також показники коронарографії та стентування КА.

Результати: За локалізацією ІМ у групі реваскуляризації міокарда ураження передньої стінки (ст) і міжшлуночкові перегородки у 50%, нижньої ст. – 45,4 %, бокової ст. – 4,5 % пацієнтів. У групі контролю дані показники були наступними: ІМ передньої ст. і міжшлуночкові перегородки у 46 %, нижньої ст. – 50 %, бокової ст. – 4 % випадків. Аналіз проведених коронарографій продемонстрував за ступенем ураження КА у групі первинного стентування КА: багатосудинне ураження – 20,5 %, двох судинне ураження – 29,6 %, ураження тільки інфаркт залежної судини у 49,9 % пацієнтів. З яких повна реваскуляризація (стентування усіх гемодинамічно значних змін) проведено на етапі первинного стентування КА у 68,2 % випадках, неповна реваскуляризація (первинне стентування тільки інфаркт залежної артерії, з подальшим вирішенням тактики реваскуляризації міокарда після завершення гострого періоду ІМ) у 31,8 % пацієнтів. У групі контролю: багатосудинне ураження виявлено у 51 % хворих, двох судинне ураження – 27,6 %, ураження тільки інфаркт залежної судини у 21,4 % пацієнтів. Реваскуляризацію у групі контролю не здійснено через наступні фактори: анатомічними труднощами провести стентування КА, поступлення пацієнтів у період втраченого «реперфузійного вікна», тобто більше 24 годин від моменту виникнення ІМ, відмовою пацієнтів. Середній рівень NTB-Pro у пацієнтів групи контролю склав $(782,25 \pm 17,3)$ пг/мл, а у групі осіб після проведеного первинного коронарного стентування – $(300,5 \pm 14,3)$ пг/мл. У пацієнтів, у яких не виконувалась реваскуляризація виявляли найважчий рестриктивний тип ДД у 50 % та 50 % – середньої важкості псевдонормальний тип, а у пацієнтів з проведеним стентування КА: початкові прояви ДД у вигляді розладів релаксації – 79,6%; псевдонормальний тип – 20,4 % ($p < 0,001$). ФК стенокардії на рівні 3-4 класу спостерігався при виписці з стаціонару у всіх пацієнтів групи контролю, а у пацієнтів після стентування КА – 1-2 ФК стенокардії. Ступінь ураження коронарних артерій корелював з рівнем NTB-Pro і важкістю ДД.

Висновки. Первинне стентування коронарних артерій у пацієнтів з ІМелСТ призводить до зниженого рівня NTB-Pro, що корелює з параметрами важкості ДД та покращує толерантність до фізичного навантаження на рівні 1-2 ФК стенокардії при виписці з стаціонару.

ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ СТЕНОКАРДІЇ У ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗЕВИМ МІСТКОМ

Скибчик В.А., Мизак Я.В., Восух О.В.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила
Галицького*

Основна частина. Хвора Г. 61 рік, поступила в кардіологічне відділення комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМК ЛШМД) м.Львова зі скаргами на загрудинний біль стискаючого характеру, який іррадіював під ліву лопатку, серцебиття на фоні підйому артеріального тиску (АТ) до 180/100 мм рт. ст. і виражену загальну слабкість.

Захворювання розвивалось поступово. Біль з локалізацією в загрудинній і міжлопатковій ділянці виникав регулярно протягом останніх двох років, пацієнтка пов'язувала його з наявним остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта. Із анамнезу життя відомо, що хвора мала надмірне фізичне навантаження, причиною якого є догляд за близькою хворою людиною, яка потребує додаткової допомоги. Хвора постійно та тривало спостерігалася у невропатолога за місцем проживання та отримувала лікування, метою якого було уникнення вертебрального больового синдрому.

При огляді стан хворої середньої важкості. Шкірні покриви бліді, периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Язик вологий, обкладений білим нашаруванням. Частота серцевих скорочень (ЧСС) 100 уд./хв, тони серця ослаблені, ритмічні. У легенях везикулярне дихання, хрипи відсутні. Живіт м'який, неболючий, чутливий в правому підребер'ї. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Попередній діагноз: Ішемічна хвороба серця: прогресуюча стенокардія від 12.08.18 р. Гіпертонічна хвороба II ст., 3 ст., ризик 3 високий, СН-I. За даними електрокардіографічного (ЕКГ) дослідження: синусова тахікардія з ЧСС 128 уд./хв, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка з систолічним перевантаженням. Ехокардіографічне дослідження: ознаки гіпертрофії обох стінок лівого шлуночка до 1,3 см; порожнини серця в межах норми; незначний пролапс мітрального клапана з

регургітацією 1 ст; скоротливість міокарда лівого шлуночка задовільна (фракція викиду – 60%): зони гіпокінезії та акінезії – відсутні.

У зв'язку з відсутністю позитивної клінічної динаміки (рецидивував больовий синдром протягом 12 годин) проведено коронарографічне обстеження. Висновок коронарографії: ліва коронарна артерія без гемодинамічних змін, сповільнений кровотік. М'язевий місток в медіальному відділі 1-ої діагональної гілки передньої міжшлуночкової артерії. Права коронарна артерія без гемодинамічних змін. Помірна звивистість коронарних артерій. Феномен сповільненого кровотоку у всіх басейнах (Coronary Slow Flow Phenomenon).

Після призначення комбінації бета-адреноблокатор/інгібітор ангіотензин-перетворювального ферменту (бісопролол 5 мг/периндоприл 5 мг) та антагоніста кальцію (амлодипін 10 мг) і одночасної відміни нітратів, стан хворої покращився. Приступи за грудинного болю та серцебиття зменшилися за інтенсивністю та тривалістю. На момент виписки зі стаціонару за грудинний біль пацієнтку не турбує, АТ 130/80 мм рт.ст, ЧСС 72 уд/хв.

Таким чином, даний випадок із клінічної практики свідчить про певні труднощі при проведенні диференційної діагностики між остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта та нестабільною стенокардією, особливо на догоспітальному етапі, а також диференційної діагностики в умовах стаціонару між симптоматикою стенокардії спричиненої атеросклеротичним ураженням та м'язевим містком.

Висновки. Наведений приклад демонструє доцільність всебічного діагностичного пошуку та відповідної настороженості лікаря для вчасної постановки діагнозу та ефективного лікування пацієнтів з м'язевим містком вінцевих судин.

ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА РОЗВИТОК КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Скибчик В. А.¹, Пелешко О. С.²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Червоноградська центральна міська лікарня

Вступ. На сьогоднішній день існують окремі дані щодо впливу ожиріння, як модифікованого фактора ризику, на виникнення судинної деменції та хвороби Альцгеймера у хворих з гіпертонічною хворобою (ГХ). В низці досліджень виявлено складний взаємозв'язок між індексом маси тіла (ІМТ) та когнітивними функціями.

Основна частина. Мета дослідження. Оскільки зайва вага та ожиріння тісно пов'язані з підвищеним артеріальним тиском, метою нашого дослідження було оцінити роль цих чинників ризику у виникненні когнітивних порушень у хворих з гіпертонічною хворобою.

Матеріали та методи. Нами обстежено 42 пацієнта (середній вік – $(49,9 \pm 9,1)$ року, 57 % – чоловіки) з гіпертонічною хворобою (ГХ) I–III стадій на базі Червоноградської центральної міської лікарні. Слід відмітити, що у 5 хворих (12 %) діагностовано ожиріння ($ІМТ > 30 \text{ кг/м}^2$), у 23 хворих (66 %) наявна зайва вага тіла ($ІМТ - 25-29,9 \text{ кг/м}^2$). До контрольної групи увійшло 30 практично здорових осіб відповідного віку з нормальним рівнем АТ. Усім пацієнтам проведено клініко-анамнестичне обстеження з вимірюванням артеріального тиску (АТ) та визначенням ІМТ, лабораторні (рівень загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької та високої густини, тригліцеридів, глюкози крові, креатиніну з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації, електролітів крові) та інструментальні методи дослідження (добове моніторування АТ, електоркардіографію, ультразвукове обстеження серця). З метою оцінки когнітивних функцій пацієнтів використовували коротку шкалу дослідження психічного статусу (Mini-Mental State Examination –

MMSE). Стійкість уваги та швидкість сенсомоторних реакцій оцінювали за допомогою таблиць Шульте. Отримані результати обробляли з допомогою програми "STATISTIKAFORWINDOWS".

Результати. При проведенні порівняльного аналізу результатів обстеження виявлено, що середній бал за шкалою MMSE був достовірно нижчим серед пацієнтів з ГХ ($26,9 \pm 1,6$), у порівнянні з контрольною групою ($28,8 \pm 1,1$; $p < 0,05$). Також пацієнти основної групи потребували більше часу на виконання завдань за таблицями Шульте. Їх середній показник тестування становив ($48,6 \pm 8,5$) секунд, тоді як у контрольній групі час виконання завдання – ($33,6 \pm 4,3$) секунд. Хворі з ГХ пропускали цифри, скаржились на неможливість зосередитись, швидко втому. Слід відмітити, що когнітивні розлади були більш вираженими у пацієнтів з ГХ та підвищеним ІМТ (>30 кг/м²). Про це свідчить середній показник цих пацієнтів за шкалою MMSE, який був вірогідно нижчим порівняно з середнім балом хворих з нормальним ІМТ: ($26,4 \pm 1,4$) та ($28,0 \pm 1,2$) відповідно ($p < 0,05$). Отримані показники відповідають легким та помірним когнітивним порушенням. Найбільші труднощі у таких пацієнтів виникали при виконанні розділів: «Увага та рахунок», «Здатність до обліку», «Пам'ять». Стать пацієнтів та ступінь ожиріння не були вірогідно пов'язані з гіршими результати тестування MMSE (у всіх групах середній бал однаково низький). Також швидкість виконання завдань за таблицями Шульте суттєво не відрізнялася у хворих з нормальним та підвищеним ІМТ і в обох групах перевищувала показники норми.

Висновки. Гіпертонічна хвороба є важливим чинником ризику розвитку та прогресування когнітивних розладів. Зайва вага та ожиріння зумовлюють вірогідне погіршення когнітивних функцій у пацієнтів з ГХ, впливаючи переважно на їхню пам'ять, увагу та виконавчі функції.

ВПЛИВ СПЛЕНЕКТОМІЇ НА МІСЦЕВІ ІМУННІ ТА РЕГЕНЕРАТОРНІ ПРОЦЕСИ У КЛУБОВІЙ КИШЦІ ПРИ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНІЙ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Татарчук Л.В., Ясіновський О.Б., Гнатюк М.С.

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

Вступ. Сьогодні у хірургічних клініках нерідко виконують резекцію печінки, яку здійснюють при доброякісних та злоякісних пухлинах, метастазах, травмах печінки, внутрішньопечінковому холангіолітазі, альвеолярному ехінококкозі, трансплантації печінки. Резекція великих об'ємів паренхіми печінки призводить до виникнення пострезекційної портальної гіпертензії, яка ускладнюється вираженими гемодинамічними змінами у системі ворітної печінкової вени, венотним застоєм у органах, венотний дренаж яких здійснюється через вказану судину, гіпоксією та структурними змінами в них. Варто зазначити, що місцеві імунні та регенераторні процеси у клубовій кишці при портальній гіпертензії та її корекції досліджені недостатньо, а детальне та об'єктивне знання компенсаторно-адаптаційних процесів у стінці клубової кишки при вказаній патології, їхньої ролі у розвитку ентєральної недостатності вивчаються до сьогоднішнього дня і потребують свого вирішення.

Основна частина. Комплексом морфологічних методів досліджено клубові кишки 45 білих щурів-самців, які були розділені на три групи. 1-а група – 15 тварин після лапаротомії, 2 – 15 щурів з пострезекційною портальною гіпертензією (ППГ), 3 – 15 тварин з ППГ та спленектомією. ППГ моделювали шляхом видалення лівої та правої бокових часток печінки, що дорівнювало 58,1 % об'єму її паренхіми. Операції проводили в умовах тіопенталового наркозу з дотриманням правил асептики та антисептики. Евтаназію тварин здійснювали кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу. Вирізані шматочки із клубової кишки фіксували в 10 % нейтральному розчині формаліну і після відповідного проведення через етилові спирти зростаючої концентрації заливали у парафінові блоки. Гістологічні

зрізи товщиною 5-7 мкм після депарафінізації фарбували гематоксилін-еозином за ван-Гізеном, Маллорі, Вейгертом, а також толуїдиновим синім. При виявленні плазматичних клітин-продуцентів Ig A, Ig M, Ig G, Ig E мікроматні зрізи клубової кишки обробляли моноспецифічними антисироватками проти вказаних класів імуноглобулінів, кон'югованими із ізотіоціанатом флюоресцеїну, застосовуючи прямий метод Кунса з відповідними контролями, які вивчали за допомогою люмінесцентного мікроскопу «Люмам Р-8». Вміст секреторного Ig A (SIgA) визначали методом роздільної імунодифузії в агарі із специфічною сироваткою проти SIgA. Кількісні показники обробляли статистично.

При гістологічному дослідженні мікропрепаратів клубової кишки у 2-й групі спостережень спостерігали виражені судинні розлади (повнокрів'я венозних судин, явища перивазального набряку, стази у венозній частині мікрогемодинамічного русла, осередки діapedезних крововиливів), дистрофічні, некробіотичні зміни епітеліоцитів, ендотеліоцитів, стромальних структур, інфільтративні та склеротичні процеси. Рівень SIgA у слизовій оболонці клубової кишки зменшився на 29,6 %, число плазматичних клітин з IgA з вираженою статистично достовірною різницею ($p < 0,001$) знизилося на 32,5 %, а кількість плазмоцитів-продуцентів IgM, IgG, IgE відповідно збільшилися на 77, %, у 4,1 та 5,1 рази, у стромі та стінці судин появляли імунні комплекси. Спленектомія зменшувала ступінь розбалансованості та нестабільності місцевих імунних реакцій, позитивно впливала на регенераторні процеси у досліджуваному органі.

Висновки. Резекція 58,1 % паренхіми печінки призводить до пострезекційної портальної гіпертензії та виражених порушень локального імунного гомеостазу у слизовій оболонці клубової кишки, які характеризуються зниженням рівнів SIgA і кількості плазмоцитів-продуцентів IgA, значними порушеннями співвідношень між імуноцитами, що синтезують імуноглобуліни IgA, IgM, IgG, IgE, появою імунних комплексів у стромі та судинах. Ступінь змін місцевих імунних реакцій корелює із глибиною та поширеністю гемодинамічних розладів, дистрофічними, некробіотичними, інфільтративними та склеротичними процесами у досліджуваному органі. Після спленектомії покращувалися регенераторні процеси, зменшувалася не-

стабільність та розбалансованість місцевих імунних реакцій у клубовій кишці.

УДК: 378.147:614.253.52:616.1/4

**ДОСВІД ПІДГОТОВКИ МОЛОДШИХ МЕДИЧНИХ
СПЕЦІАЛІСТІВ З ПРЕДМЕТУ «ВНУТРІШНЯ
МЕДИЦИНА» НА ЦИКЛІ ТЕРАПЕВТИЧНИХ
ДИСЦИПЛІН В КИЇВСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ
ІМ. П.І. ГАВРОСЯ**

Червона Г.М.

Київський медичний коледж ім. П.І. Гаврося.

Вступ. Для якісного надання медичної допомоги необхідно забезпечення безперервності лікувально-діагностичного процесу. Молодші медичні спеціалісти, як одна з найбільш численних кадрових складових охорони здоров'я, вносять свій посильний внесок на всіх етапах діагностики, лікування і профілактики внутрішніх хвороб. Виходячи з того, що вітчизняна система охорони здоров'я нині перебуває в пошуку шляхів виходу з кризової ситуації і побудови нової моделі, наближеної до європейських стандартів, все більше набувають актуальності зміни парадигми базової вищої медичної освіти.

У сучасних студентів сформувалися інші способи отримання, сприйняття і засвоєння інформації, а також інші способи мислення і розуміння, ніж у попередніх поколінь. Старші покоління вже не виступають найважливішими носіями інформації, вони втратили свою роль єдиних джерел знань і досвіду.

Основна частина. Орієнтуючись на потреби системи охорони здоров'я, особливості нинішніх студентів, в нашому навчальному закладі на циклі терапевтичних дисциплін при викладанні предметів «внутрішня медицина» і «медсестринство у внутрішній медицині» стає актуальною концепція переходу від педагогічного традиціоналізму до новітніх технологій освіти. Це спонукає до активного пошуку і застосування ефективніших видів і форм організації навчальної діяльності.

Бурхливий розвиток технологій, зокрема, всесвітня мережа Інтернет, пропонує сучасному викладачеві справжній арсенал технічних засобів, серед яких на нашому циклі в освітній процес вже інтегровані наступні онлайн-сервіси: XMIND, E-Learning, віртуальний конструктор тестів Plickers, хмарні ресурси Google, відеоредактор Splice та соціальні комунікаційні платформи Viber, Facebook і Instagram.

XMind (<https://www.xmind.net/>) – одне з найбільш популярних безкоштовних відкритих програмних забезпечень для створення інтелект-карт і фіксації думок при мозковому штурмі. Використання карт знань допомагає студентам засвоювати матеріал, створюючи власні схеми, відкриваючи коментарі до блоків карти, відеоматеріали, картинки, тощо. Також, цей ресурс ефективний для побудови та засвоєння логічних зв'язків між чинниками захворювання і клінічними проявами, патогенезом і напрямками лікування, прогнозом хвороби та етапами реабілітації пацієнта. Для цього викладачами використовуються причинно-наслідкові діаграми Fishbone. Для структуризації навчальної інформації в форматі «робота в малих групах» – металні карти «Шість капелюхів, що міркують».

LearningApps (<https://learningapps.org/>) – це простий і зрозумілий онлайн-сервіс, що є конструктором для розробки, зберігання і опрацювання навчальних вправ з різних дисциплін і предметів. Перевагою сервісу є можливість створення індивідуального профілю для кожного студента і об'єднання їх акаунтів у власному акаунті викладача. Це дає можливість безпосередньої взаємодії, передбачає живий зв'язок між учасниками освітнього процесу, зокрема у позааудиторний час, при самостійній підготовці студентів.

Симбіозом використання можливостей Інтернету та традиційних педагогічних методик є віртуальний конструктор тестів Plickers (<https://www.plickers.com/>).

Сервіс Plickers дозволяє проводити мобільні голосування і фронтальні опитування із застосуванням QR-кодів. Це застосування має потужний дидактичний потенціал, адже дозволяє спростити збір статистики, архівувати результати кожного студента, встановити зворотній зв'язок з аудиторією.

Також, актуальним започаткуванням нашого циклу є практика

дистанційного супроводу самопідготовки студентів шляхом зворотних комунікацій у групах, що створена на платформах Viber, Instagram і шляхом розташування навчальних матеріалів в сховищах Google диску та в профілі Facebook. Це дозволяє економити навчальний час, забезпечити високий рівень наочності та підвищити ефективність засвоєння предмету «внутрішня медицина».

Висновки. Сьогодні академічні традиції вишів, консервативні вимоги стають перешкодою для успішного навчання сучасних студентів і як наслідок перешкоджають формуванню фахівців нового типу, які повинні не тільки досконало володіти спеціальністю, а й мати навички комунікабельності, когнітивної гнучкості, ділового спілкування, тощо. Їх механізми сприйняття і мислення не співпадають із наявними педагогічними технологіями в сучасній вищій школі. Коригування психології спілкування викладача зі студентом з позиції авторитетного домінування на позицію співпраці і взаємодії, а також застосування нових гнучких інформаційних технологій в освітньому процесі дозволяє ефективно долати існуючі проблеми, не втрачаючи при цьому фундаментальності та змістовності навчання.

УДК: 616.71/72-018.3-007.248-085.322

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОПРЕПАРАТУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Шманько В.В., Шманько О.В.

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

Вступ. Остеоартроз – це гетерогенна група хронічних прогресуючих захворювань, характерною ознакою яких є наявність деструктивних змін суглобового хряща та субхондральної кістки з розвитком крайових остеофітів. Серед основних факторів ризику розвитку остеоартрозу (ОА) слід відзначити вік пацієнтів (з віком хрящ стає менш еластичним, що істотно збільшує його здатність до різних пошкоджень), надлишкову масу тіла (страждають, як правило, навантажувальні суглоби – колінні і кульшові), спадкову схильність (осо-

бливо у випадку генералізованого ОА з вузликами Гебердена), аномалії розвитку кістково-м'язової системи (гіпермобільність суглобів), дисгормональні порушення (зниження рівня жіночих статевих гормонів в постменопаузі), інші захворювання внутрішніх органів (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія та ін..).

На сьогодні лікування ОА має симптоматичний і патогенетичний характер, є довготривалим і спрямоване на зменшення прогресування хвороби і виникнення ускладнень, усунення больового синдрому, покращення функції уражених суглобів, якості життя пацієнтів та попередження інвалідизації. Відомо, що у хворих на ОА часто виявляють коморбідну патологію. У цьому випадку зростає медикamentозне навантаження та, відповідно, ризик виникнення побічних ефектів від такої фармакотерапії ОА. Зокрема, такі побічні ефекти пов'язані з тривалим прийомом нестероїдних протизапальних засобів для симптомомодифікуючої терапії. Сумнівною вважають і ефективність повільнодіючих препаратів (хондроїтину та глюкозаміну) за даними Міжнародного товариства з вивчення остеоартриту.

Основна частина. З огляду на викладене вище, метою нашого дослідження було вивчення ефективності фітопрепарату сустамар у хворих на первинний ОА. Цей рослинний препарат є екстрактом з клубнів Мартінії запашної і, за даними багатьох досліджень, володіє ходропротекторною, протизапальною, знеболюючою дією, антиоксидантним ефектом та антиостеопоротичною активністю.

У дослідження було включено 24 хворих на ОА, серед яких 11 пацієнтів мали первинний ОА колінних суглобів, 9 – ОА кульшових суглобів, 4 – вторинний післятравматичний ОА. Серед хворих, включених у дослідження, жінок було 14 (58,3 %) і 10 чоловіків (41,7 %), середній вік складав ($62,3 \pm 2,5$) років, середня тривалість хвороби ($10,4 \pm 1,4$) роки. Усі пацієнти шляхом рандомізації були розподілені на дві групи по 12 осіб. До першої групи (контрольна) увійшли хворі, які отримували стандартне лікування НПЗЗ: знеболюючі, протизапальні та комбіновані препарати хондроїтину та глюкозаміну з метою ходропротекції. До другої групи (основна) – хворі, які отримували препарат сустамар по 1 таблетці 3 рази на день протягом 15 днів з метою знеболення, а потім по 1 таблетці 2 рази на день протягом 45 днів. Ефективність етапної терапії сустамаром оцінювали

через 15 і 60 днів за динамікою індексу Лекена; показників ВАШ (візуальної аналогової шкали) для оцінки спонтанного болю в стані спокою, за динамікою показників шкали вербальної оцінки (ШВО) оцінювали інтенсивність індукованого болю. З метою вивчення впливу препарату сустамар на стан життєдіяльності у хворих на ОА проведено дослідження параметрів діяльності у 24 пацієнтів за допомогою Освестровського опитувача, який заповнювали самі хворі.

Аналіз результатів дослідження показав, що лікування пацієнтів з ОА шляхом застосування препарату сустамар позитивно впливає на динаміку індексу Лекена у таких хворих. Так, через 15 днів лікування спостерігали зменшення індексу на 36,5 %, а через 60 днів цей показник зменшився у середньому на 72,6 % проти 15,8 % і 43,1 % відповідно у хворих, які отримували стандартну терапію. Крім цього, у таких хворих відмічено зменшення больового синдрому за показниками ВАШ, а саме: інтенсивність болю у пацієнтів основної групи через 15 днів зменшилась у 2 рази, а через 60 днів – у 3,8 рази, тоді як у контрольній групі лише в 1,5 і 2 рази відповідно. Що стосується індукованого болю, то зміни показників за ШВО, то самі хворі оцінювали їх у 3,2 бала через 15 днів лікування і 2 бала через 60 днів. Динаміка змін відповідних показників у групі контролю була менш значною, тобто відзначали лише тенденцію до їх зниження.

З метою вивчення впливу препарату сустамар на порушення життєдіяльності у хворих на ОА нами було проведено дослідження параметрів діяльності за допомогою Освестровського опитувача. Аналіз результатів свідчить, що у хворих, які отримували сустамар, самообслуговування відновлювалось, вони могли переносити біль без використання знеболюючих засобів, біль дещо перешкоджав довготривалій ходьбі, сидінню, стоянню стало комфортним, збереглись деякі труднощі при піднятті важких предметів, сон став тривалішим. У той же час у хворих, які отримували стандартне лікування, відповідні порушення були більш вираженими.

Висновки. Застосування фітопрепарату сустамар у хворих на ОА сприяє зниженню проявів больового синдрому, покращує функціональну активність суглобів та якість життя пацієнтів.

ІМУННІ ПОКАЗНИКИ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Щепанський Б.Ф.

Львівський медичний інститут, Львів, Україна

Вступ. Незважаючи на значний поступ у розумінні багатьох аспектів виникнення, перебігу та прогресування, бронхіальна астма (БА) залишається складною діагностичною проблемою. Актуальність проблеми БА визначається її поширеністю, значною часткою інвалідизації та рівнем смертності дітей з цією патологією. Слід зазначити, що кількість видів даного захворювання щорічно зростає. На формування БА впливають: генетична схильність, вплив навколишнього середовища, імунні та нейрогенні ланки неспецифічної і специфічної гіперреактивності, роль вірусно-мікробного чинника. Це вимагає врахування кожного додаткового компонента, здатного впливати на перебіг астми.

За даними ВООЗ, поширеність захворювань пародонта є високою серед усіх вікових груп населення. Пародонтит є важкою патологією, яка призводить до атрофії альвеолярного відростка та втрати зубів у 46-58% випадків. Важливе значення в розвитку патології пародонту мають зміни імунологічної реактивності та диспропорція маркерів запалення. Тому, для в'яснення патогенезу хронічного пародонтиту (ХП), важливо вивчити зміни імунологічного стану, показники якого можуть мати як прогностичне, так і діагностичне значення при запальних захворюваннях пародонта.

Основна частина. Метою нашого дослідження було визначення рівня окремих імунологічних показників у крові мурчаків у модельному процесі експериментальної БА на тлі ХП та вплив на них тіотриазоліну.

Матеріали та методи дослідження. Досліди були проведені на 50 морських свинках (самцях) масою тіла (0,25-0,27) кг. Тварин розділили на п'ять груп. Перша – інтактні мурчаки (10) – контроль, друга – тварини з БА при ХП на 4-ту добу моделювання захворювань до

корекції (10), третя – тварини з БА при ХП на 18-ту добу моделювання захворювань до корекції (10), четверта – тварини з БА при ХП на 25-ту добу моделювання захворювань до корекції (10), п'ята – тварини з БА при ХП на 25-ту добу моделювання захворювань після корекції тіотриазоліном, який вводився внутрішньом'язево з 18-ї по 25-ту доби впродовж 7 діб в дозі 100мг/кг маси тіла (10).

Модельний процес БА відтворювали за методом В. І. Бабича. Модельний процес ХП відтворювали за методом О. Н. Воскресенського.

Декапітацію інтактних тварин та тварин з БА та ХП проводили під ефірним наркозом на четверту, вісімнадцяту, двадцять п'яту доби розвитку експерименту та забирали кров для визначення окремих показників імунної системи.

Дослідження кількості Т і В-лімфоцитів проводили за методом К.Ф. Чернушенко, Л.С. Когосова, визначення малих, середніх та великих циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) проводили за методом V. Naskova та співавторів.

Статистичні методи обробки результатів дослідження обробляли за методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. Проведені експериментальні дослідження показали, що рівень В-лімфоцитів (ЕАСРОЛ), в крові поступово зростає в залежності від тривалості процесу: на 4-ту добу на 19,8 % ($p \leq 0,05$), на 18-ту добу на 50,3 % ($p \leq 0,05$), на 25-ту добу на 85,0 % ($p \leq 0,05$). Відзначали поступове зниження рівня Т-лімфоцитів (ЕРОЛ) на 23,7 % ($p \leq 0,05$), 37,6 % ($p \leq 0,05$) та 43,7 % ($p \leq 0,05$) відповідно на 4-ту, 18-ту, 25-ту доби моделювання БА і ХП порівняно з інтактними тваринами. Дослідження рівня ЦІК показало його поступове зростання на 25,0 % ($p \leq 0,05$), 34,0 % ($p \leq 0,05$) та 47,6 % ($p \leq 0,05$) відповідно на 4-ту, 18-ту, 25-ту доби моделювання БА і ХП у порівнянні з першою групою тварин.

Використання тіотриазоліну з лікувальною метою впродовж 7 діб в період з 18-ї по 25-ту добу в дозі 100мг/кг маси мурчаків на добу внутрішньом'язево, показало зниження кількості В-лімфоцитів та рівня ЦІК в крові відповідно на 31,5 % ($p \leq 0,05$) та 14,5 % ($p \leq 0,05$), та збільшення числа Т-лімфоцитів на 23,5 % ($p \leq 0,05$) при коморбідній

патології БА та ХП порівняно з групою тварин, які не піддавалися впливу тіотриазоліну.

Висновки. Отримані на 25-ту добу дослідження результати дають підстави зробити висновок, що тіотриазолін має коригувальний вплив на окремі показники імунної системи при коморбідній патології БА на тлі ХП.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення впливу тіотриазоліну на стан імунної системи дасть можливість вибору кращих методів лікування при коморбідній патології БА на тлі ХП.

УДК 616.89-008.454-06:616.12-005.4

ВИВЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ІХС

Ярема Н.І., Савченко І.П., Радецька Л.В., Смачило І.В., Гаврилюк М.Є., Коцюба О.І., Підгурський А.В.

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

Вступ. З темпом сучасного життя, соціально-побутовими умовами, суспільними проблемами збільшується частота ендогенних депресій. Їх симптоматика досить часто ховається за багатьма хворобами, не дозволяє їх вилікувати або покращити стан хворого, а також є чинником розвитку та прогресування ішемічної хвороби серця (ІХС).

Основна частина. Мета: виявити у осіб з серцево-судинною патологією ознаки депресії та оцінити ступінь їх проявів.

Матеріали і методи: Обстежено 50 хворих із стабільною стенокардією напруження II-III ФК, яким проводили загальноприйняте лікування основного захворювання, без застосування впродовж останніх 6-ти місяців психотерапії і/або депресантів, консультацій з психологом. Для підтвердження діагнозу використовували обов'язкові загальноклінічні обстеження, включно з ЕКГ, ЕхоКС, добовим моніторингом ЕКГ. Хворих розділили на дві підгрупи: I групу склали 25 пацієнтів віком 46-69 років із стабільною ІХС без аритмічних проявів;

II групи – 25 хворих (віком 44-72 роки) з ІХС з нормоформою фібриляції передсердь тривалістю не менше року. Усім пацієнтам проведено опитування за шкалою PHQ-9 самооцінки депресії. Шкала включає 9 запитань і 4 варіанти відповідей до кожного (в залежності, як кожен пацієнт оцінює свій стан і чи траплялась така симптоматика): 0-4 бали – немає ознак депресії, 5-9 – легка «субклінічна депресія», 10-14 балів – депресія помірної важкості, 20-27 балів – тяжка депресія. Анкета-опитувальник заповнювалась особисто хворим або за допомогою інтерв'ювання. За результатами анкетування, у 12 хворих I групи виявлено легку депресію, у 3 осіб – депресію помірної важкості, у 10 пацієнтів – не було виявлено депресії. Тоді як у всіх хворих II групи спостерігали депресію, з них у 18 – легкого ступеня, у 7 пацієнтів виявлено депресію середнього ступеня важкості.

Висновки. Більш глибокі ознаки ендогенної депресії були виявлені у хворих на стабільну ІХС із фібриляцією передсердь у порівнянні з пацієнтами I групи. Це свідчить про необхідність всебічного обстеження пацієнтів з ІХС з метою покращення лікування кардіологічного захворювання і усунення депресивних розладів як чинника прогресування ІХС та порушень ритму.

УДК: 616-002.78-06

КОМОРБІДНІСТЬ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

Ярема Н.З., Чернець Т.Ю., Верещагіна Н.Я., Кузів О.І.

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

Вступ. Коморбідність є надзвичайно актуальним поняттям у клініці внутрішніх хвороб. Це повною мірою стосується хворих на подагру, що являє собою системне тофусне захворювання з відкладенням у різних тканинах кристалів мононатрію урату. У цих пацієнтів особливо часто спостерігають коморбідну патологію з боку серцево-судинної і гепатобіліарної систем (ГБС).

Основна частина. Метою дослідження стало вивчення функціонального стану цих систем. Нами обстежено 74 пацієнтів, серед яких

30 – з хронічним перебігом, 44 – з інтермітуючим перебігом подагри. У 49,6 %, з них діагностовано ІХС, у 32,7 % – артеріальну гіпертензію, частота гіпер- і дисліпідемії склала 77,8 %, що перевищує дані показники у популяції відповідного віку. Вираженість гіперліпопротеїдемії більшою мірою асоціювалась з рівнем гіперурикемії, ніж з давністю хвороби. Клініко-ЕКГ і УЗД-ознаки ураження міокарда і коронарних судин частіше мають місце у хворих на хронічну подагру і вираженість їх більш значуща, ніж при інтермітуючому перебігу. У хворих на подагру спостерігали більш високу частоту розвитку прихованої коронарної недостатності, функціональна здатність міокарда мала тенденцію до зниження. Отримані дані свідчать, що дане захворювання, особливо його хронічний перебіг, є фактором ризику ІХС, а тому в комплексне лікування пацієнтів слід включати статини.

Досліджено також частоту та особливості уражень органів ГБС за даними біохімічного дослідження крові та ультразвукового обстеження. Встановлено, що зі зростанням давності подагри підвищується частота і вираженість уражень ГБС. За даними клінічно-інструментального обстеження хворих з даною недугою, ознаки ураження паренхіми печінки спостерігали в 25 % випадків. Комплексне дослідження функції печінки виявило, що поряд із гепатомегалією (у 23,8 % випадків) у хворих на подагру часто порушується її функціональний стан. Помірні скарги, які характерні для ураження ГБС, виявляли тільки у 34,6 % хворих. За результатами лабораторних досліджень у 37 (50 %) хворих виявлені ознаки, які свідчили про помірні ураження печінки і жовчного міхура. Встановлено, що зі зростанням давності подагри підвищується частота і вираженість уражень ГБС, ожиріння, які стають чинниками обтяження її перебігу, знижують ефективність антиподагричної терапії, сприяють підвищенню частоти загострень та виникненню побічних ефектів від традиційних методів лікування цієї недуги.

Висновки. Подагра часто є складною коморбідною патологією, для якої характерним є не тільки суглобовий синдром, але й поєднане ураження внутрішніх органів, в першу чергу з боку серцево-судинної та гепатобіліарної систем.

**COMPLEX TREATMENT OF FIBROUS-CYSTIC
MASTOPATHY AND GENITAL ENDOMETRIOSIS
IN WOMEN WITH GENES POLYMORPHISM OF
DETOXIFICATION SYSTEM**

Malanchuk L.M, Martyniuk V.M.

*The State Institution of Higher Education «Ivan Horbachevsky Ternopil
State Medical University Ministry of Health of Ukraine»*

Introduction. Endometriosis is one of the most mysterious and unresolved problem in modern gynecology, taking the third place in the structure of gynecological diseases. In the genesis of endometriosis important role belongs to the metabolism genes, which are characterized by a large variability of molecular structure of DNA. The aim of our study was to determine the efficiency of complex treatment of fibrous-cystic breast disease and genital endometriosis in women with genes polymorphism of detoxification system.

Main part. Material and methods. Surveyed 102 patients with internal genital endometriosis and fibrous-cystic breast disease. The polymerase chain reaction investigated the frequency of polymorphic variants of genes GSTT1 and GSTM1. Taking into account the above described genetic changes in women with internal genital endometriosis and fibro-cystic mastopathy, we proposed a comprehensive therapy, which consisted in the use of dienogest, in a dose of 2 mg per 1 tablet per day for 6 months, an immunostimulant (an extract of echinacea dry – 100 mg, zinc gluconate 60 mg, ascorbic acid – 70 mg, sodium selenate – 0,044 mg) – 1 capsule three times a day for 1 month, in combination with the target drug – indole – 3 – carbinol per 1 capsule 2 times a day – 3 months.

Results. The results of the conducted researches have allowed to establish that genital endometriosis is significantly associated with deleting polymorphisms genes of detoxication system. The algorithm of treatment of internal genital endometriosis in women with fibro-cystic mastopathy should take into account the genetic determination of patients.

Conclusions. Clinical trials have shown the effectiveness of hormone therapy combined with immunomodulatory and targeted drug in the form of regression of pain syndrome (91.8%), fertility regeneration (72.7%) and no recurrence within 12 months observation.

ЗМІСТ

Атаман Ю.О., Бріжата І.А.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ
ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ ЗМІН У ПРОФЕСІЙНИХ АТЛЕТІВ.....3

Бабінець Л.С., Захарчук У.М., Сасик Г.М., Земляк О.С.

КОМОРБІДНІСТЬ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ: ДИСБАЛАНС КАЛІКРЕЇН-КІНІНОВОЇ СИСТЕМИ5

Бабінець Л.С., Шевченко Н.О.

ДОСЛІДЖЕННЯ КІНІНОГЕНЕЗУ ТА ЕНДОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ
СЕРЕДНЬОГО ВІКУ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТІЗ СУПУТНІМ
ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ6

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

ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ВТОРИННОГО ОСТЕОПОРОЗУ У
ХВОРИХ НА КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ7

Бойко Т.Я.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ АЗОМЕКСУ І АМЛОДИПІНУ У
ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ З ІХС9

Бородавко О.І.

ВПЛИВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ НА КІСТКОВИЙ ОБМІН В
ОСІБ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
ТА ОСТЕОПОРОЗУ, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ
ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ10

*Вакуленко Д.В., Вакуленко Л.О., Кутакова О.В., Барладин О.Р. Храбра С.З.,
Скоробагата А.В.*

ІНФОРМАТИВНЕ ЗНАЧЕННЯ ВІЗУАЛЬНОГО АНАЛІЗУ
АРТЕРІАЛЬНОЇ ОСЦИЛОГРАМИ, ЗАРЕЄСТРОВАНОЇ ПІД
ЧАС ЗРОСТАННЯ КОМПРЕСІЇ ПЛЕЧА ПРИ ВИМІРЮВАННІ
АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ11

Гребеник М.В., Левчик О.І.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ
МІОКАРДА.....12

Гришук Л.А., Ожусок О.М., Табас П.С.

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ТА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ У
ДІАГНОСТИЦІ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ ...13

<i>Давибіда Н.О., Попович Д.В., Безпалова Н.М.</i> МАСАЖ ТА ЛФК ЯК ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ РІЗНОВИДАХ СКОЛІОЗУ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	14
<i>Дзига С.В., Марущак М.І., Бакалець О.В., Засць Т.А., Бегош Н.Б.</i> ПРОЯВИ СИНДРОМУ СЛАБКОСТІ СИНУСОВОГО ВУЗЛА ЗА ДАНИМИ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ	19
<i>Загородня Л.І.</i> МЕТОДИ ВИЗНАЧЕННЯ ПОЧАТКОВИХ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАТУСУ НИРОК ПРИ ГХ І СТАДІЇ	20
<i>Кавецька Н.А., Руда М.М., Бількевич Н.А., Хайко О.К.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТИМАЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	22
<i>Кияк Ю.Г., Галькевич М.П., Лабінська О.Ю., Барнетт О.Ю.</i> ВАЖЛИВІСТЬ АНАЛІЗУ ТРИВАЛОСТІ ІНТЕРВАЛУ QT У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST.....	23
<i>Ковчун А.В., Приступа Л.Н.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ АНЕМІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	25
<i>Корнага С.І., Мандзій З.В., Майовецька Н.С., Медвідь Л.І., Грінченко Л.А.</i> ВИПАДОК ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ КО-ІНФЕКЦІЇ ТБ/СНІД	26
<i>Коцаба Ю.Я., Бабінець Л.С.</i> ЗВ'ЯЗОК СТАНУ МІКРОФЛОРИ ТОВСТОЇ КИШКИ ТА ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	29
<i>Кравченко Н.С., Окусок О.М., Кицай Л.Г.</i> ВИПАДОК ПОБІЧНОЇ РЕАКЦІЇ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ/СНІД.....	31
<i>Кучер С.В., Андрейчин С.М., Ганьбергер І.І., Бугай Б.Г.</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЕНТЕРОСОРБЕНТУ ЕНТЕРОСГЕЛЬ.....	32

<i>Лимар Л.Є., Маланчин І.М., Лимар Н.А.</i> РОЛЬ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВИНИКНЕННІ ДИСГОРМОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	34
<i>Лой Г.Я., Олещук О.М.</i> ВПЛИВ МЕТФОРМІНУ НА АПОПТОЗ Н9С2 КЛІТИНИ В УМОВАХ МЕТАБОЛІЧНОГО СТРЕСУ ТА ГІПОКСІЇ	36
<i>Макарчук Н.Р., Мартинюк Л.П.</i> ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПОЛЯРИЗУЮЧОГО СВІТЛА У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	37
<i>Маланчин І.М., Лимар Л.Є.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ.....	39
<i>Маслій С.М., Мисула М.С.</i> КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ І ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАЛЕЛІ ГІПЕРУРИКЕМІЇ І ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ	40
<i>Мудра У.О.</i> КЛІНІКО-ТЕРМОГРАФІЧНА ОЦІНКА СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ПОДАГРІ В ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ.....	41
<i>Ничик Н.А., Завіднюк Н.Г.</i> ЕМЕРДЖЕНТНІ ІНФЕКЦІЇ – ГЛОБАЛЬНА ЗАГРОЗА ЛЮДСТВУ	43
<i>Пасечко Н.В., Крицький Т.І., Чукур О.О., Наумова Л.В., Боб А.О., Хоміцька А.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО І МЕТАБОЛІЧНОГО СТАТУСУ У ЧОЛОВІКІВ З ПЕРВИННИМ ГІПОТИРЕОЗОМ	45
<i>Попович Д.В., Коваль В.Б., Вайда О.В.</i> КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА.....	46
<i>Посохова К.А.</i> ПРИЧИНИ ВІДСУТНОСТІ ЧИ ЗМЕНШЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКІВ	47
<i>Савула М.М., Лопушанська Н.М.</i> ДЕЯКІ МІРКУВАННЯ ЩОДО АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ	48

<i>Самогальська О.Є., Баб'як О. В., Лазарчук Т.Б., Лобанець Н.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПЕЧІНКИ І ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	49
<i>Світлицька О.А.</i> ПАРАМЕТРИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ	51
<i>Скибчик В.А., Мельник Ю.П.</i> ВПЛИВ ПЕРВИННОГО СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST НА ДІАСТОЛІЧНУ ДИСФУНКЦІЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	53
<i>Скибчик В.А., Мизак Я.В., Восух О.В.</i> ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ СТЕНОКАРДІЇ У ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗЕВИМ МІСТКОМ	55
<i>Скибчик В. А., Пелешко О. С.</i> ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА РОЗВИТОК КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	57
<i>Татарчук Л.В., Ясіновський О.Б., Гнатюк М.С.</i> ВПЛИВ СПЛЕНЕКТОМІЇ НА МІСЦЕВІ ІМУННІ ТА РЕГЕНЕРАТОРНІ ПРОЦЕСИ У КЛУБОВІЙ КИШЦІ ПРИ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНІЙ ПОРТАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	59
<i>Червона Г.М.</i> ДОСВІД ПІДГОТОВКИ МОЛОДШИХ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ З ПРЕДМЕТУ «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА» НА ЦИКЛІ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН В КИЇВСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ ІМ. П.І. ГАВРОСЯ.....	61
<i>Шманько В.В., Шманько О.В.</i> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОПРЕПАРАТУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ.....	63
<i>Щепанський Б.Ф.</i> ІМУННІ ПОКАЗНИКИ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ.....	66

*Ярема Н.І., Савченко І.П., Радецька Л.В., Смачило І.В., Гаврилюк М.Є.,
Коцюба О.І., Підгурський А.В.*

ВИВЧЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ІХС68

Ярема Н.З., Чернець Т.Ю., Верещагіна Н.Я., Кузів О.І.

КОМОРБІДНІСТЬ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ69

Malanchuk L.M, Martyniuk V.M.

COMPLEX TREATMENT OF FIBROUS-CYSTIC MASTOPATHY
AND GENITAL ENDOMETRIOSIS IN WOMEN WITH GENES
POLYMORPHISM OF DETOXIFICATION SYSTEM71

Підписано до друку 03.10.2018. Формат 60x84/16.
Гарнітура Times. Друк офсетний. Папір офсетний № 1.
Ум. др. арк. 4,42. Обл.-вид. арк. 3,74.
Тираж 100 прим. Зам. № 291.

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

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