

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ**

МАТЕРІАЛИ
Всеукраїнської науково-практичної конференції
«СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ
І ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ»

(8–9 жовтня 2020 року)

Тернопіль
ТНМУ
«Укрмедкнига»
2020

Редакційна колегія: д. мед. н., проф. С. М. Андрейчин,
к. мед. н., доц. Н. А. Бількевич, к. мед. н., доц. Н. А. Кавецька,
к. мед. н., доц. Н. Я. Верещагіна, к. мед. н., ас. С. В. Кучер.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Сучасні аспекти діагностики і лікування захворювань внутрішніх органів» –
Тернопіль : Укрмедкнига, 2020. – 76 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ У ПОЄДНАННІ ІЗ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Андрейчин С.М., Ганьбергер І.І.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Остеоартроз (ОА) є важливою медико-соціальною проблемою, оскільки він займає провідне місце в структурі ревматичних захворювань.

Мета нашої роботи – вивчити особливості прояву суглобового синдрому у хворих на остеоартроз у поєднанні з хронічним криптогенним гепатитом (ХКГ).

Основна частина. Матеріали і методи дослідження. Проаналізовано дані клінічного стану суглобового апарату у 53 хворих на ОА віком від 30 до 79 років (І група) та у 17 хворих на ОА на тлі ХКГ віком від 30 до 70 років (ІІ група). 20 здорових людей увійшли до контрольної групи. Діагноз верифікувався на основі стандартних клініко-лабораторних та інструментальних даних. Вираженість суглобового синдрому оцінювали за частотою скарг пацієнтів та індексами Лекена і WOMAC, які виражали в балах.

Результати дослідження. На болі при рухах в уражених суглобах скаржились усі пацієнти як з ОА, так і ОА із супутньою патологією. Ранкова скутість суглобів турбувала 4-ох (7,5 %) осіб І групи, та 2-ох (11,8 %) – ІІ ($p>0,05$). Утруднення при ходьбі виникало у 25 (47,2 %), та 9 (52,9 %) пацієнтів відповідно ($p>0,05$). Один обстежений (1,9 %) з групи хворих без супутніх ХГ кульгав, серед пацієнтів ІІ групи – двоє (11,8 %) ($p>0,05$). Обмеження активних рухів виявлено у 43 (81,1 %) осіб І групи та 15 (88,2 %) – ІІ ($p>0,05$). 35 (66,0 %) осіб без супутнього ХГ та 11 (64,7 %) хворих із ХКГ відчували внутрішньосуглобовий хруст в уражених суглобах ($p>0,05$). На парестезії в пальцях рук і ніг скаржились 3 хворих (5,7 %) І групи та 1 (5,9 %) – ІІ ($p>0,05$); на відчуття швидкої втоми в ногах скаржилось 9 (17,0 %) пацієнтів І групи і 2 (11,8 %) – ІІ ($p>0,05$).

У групі пацієнтів, хворих на ОА в поєднанні із гепатитами нез'ясованої етіології альгофункціональний індекс Лекена та інтенсив-

ність болю за ВАШ суттєво вищі ніж у хворих лише з ОА ($p < 0,05$) (таблиця).

Таблиця

Клініко-функціональні індекси у хворих на ОА і ОА в поєднанні з ХКГ ($M \pm m$)

Показник	ОА (n=53)	ОА+ХКГ (n=17)	p
СІ, бали	1,36±0,10	1,59±0,12	>0,05
Альгофункціональний індекс Лекена, бали	9,26±0,20	9,82±0,18	<0,05
Інтенсивність болю за ВАШ, см	5,55±0,15	6,00±0,15	<0,05
БІ в спокої, бали	1,70±0,06	1,65±0,12	>0,05
БІ при активних рухах, бали	1,98±0,06	2,18±0,10	>0,05

Висновок. Встановлено, що у хворих з ОА у поєднанні із ураженням гепатобіліарної системи суглобовий синдром був вираженіший, ніж у пацієнтів з ОА без супутньої патології.

ОЦІНКА КОМПОНЕНТІВ БОЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ЗНИЖЕННЯМ ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Бабінець Л.С., Галабіцька І.М.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Грамотне здійснення оцінки стану здоров'я хворого з первинним остеоартрозом (ОА) є надзвичайно важливим, оскільки на підставі отриманих результатів робляться висновки про ефективність або неефективність того чи іншого методу лікування, тієї чи іншої реабілітаційної програми, особливо, коли первинний ОА супроводжується коморбідними станами із зниженням екскреторної функції підшлункової залози (ПЗ).

Мета роботи – провести дослідження параметрів суглобового болю у пацієнтів з первинним ОА із коморбідними станами.

Основна частина. Матеріали і методи. Було обстежено 138 амбулаторних пацієнтів з первинним ОА у поєднанні із захворюван-

нями, що супроводжуються зниженням екскреторної функції ПЗ. Діагноз ОА встановлювали на основі діагностичних критеріїв АСР та Європейської асоціації ревматологів (European League Against Rheumatism, EULAR). Для оцінки глибини зниження екскреторної функції ПЗ визначали рівень фекальної α -еластази. Для вербальної оцінки характеристик сенсорних, афективних, моторно-мотиваційних компонентів болю, ранжованих на п'ять категорій інтенсивності, був використаний опитувальник Мак-Гілла (McGill Pain Questionnaire – MPQ).

Результати досліджень. Було виявлено наявність зниження екскреторної функції ПЗ у пацієнтів з первинним ОА за вмістом фекальної α -еластази і бальним показником копрограми, що були статистично відмінними стосовно групи контролю ($p < 0,05$). Ранговий індекс болю за опитувальником Мак-Гілла становив $(19,43 \pm 1,89)$ бали. Загальна кількість обраних дескрипторів – $(13,81 \pm 0,47)$ слова. Число дескрипторів в афективному класі становило $(4,18 \pm 0,27)$ слова, що було менше числа дескрипторів в сенсорному класі – $(8,19 \pm 0,43)$ слова. Ранговий індекс ставлення до болю становили $(3,48 \pm 0,12)$ бали. Ранговий індекс на сенсорному рівні у обстежених хворих становив $(12,24 \pm 0,12)$, на емоційному – $(8,32 \pm 0,51)$ бала ($p < 0,05$).

Висновки. За ранговими індексами болю і ставлення до нього опитувальника Мак-Гілла, незважаючи на хронічний характер болю, пацієнти з первинним ОА у поєднанні із зниженням екскреторної функції ПЗ велику увагу приділяли сенсорним характеристикам, що притаманне емоційно стабільним особам.

МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ АНЕМІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ Н. PYLORI-АСОЦІЙОВАНОМУ ГАСТРИТІ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Бабінець Л.С., Махніцька І.В.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Хронічний панкреатит (ХП) часто супроводжується багаточисленними трофологічними порушеннями, зокрема, анемією,

особливо при коморбідності з Н. pylori-асоційованим хронічним гастритом (ХГ). Це є серйозною проблемою систем охорони здоров'я, враховуючи те, що у світі розповсюдженість хронічного панкреатиту складає від 26,5 до 50 випадків на 100 тис. населення. В Україні за останні 7 років розповсюдженість ХП збільшилась на 118,6 %, захворюваність – на 91,5 %. Коморбідний перебіг ХП і ХГ із наявністю анемії потребує оптимізації комплексного лікування з метою їх ефективної корекції.

Мета: дослідити ефективність використання полівітамінного комплексу доктовіту у комплексній терапії хворих на хронічний гастрит, асоційований з Н. pylori, у поєднанні з хронічним панкреатитом шляхом вивчення змін у крові з боку показників анемії.

Основна частина. Обстежено 25 пацієнтів на Н. pylori-асоційований ХГ на тлі ХП, які знаходилися під спостереженням сімейного лікаря. Пацієнти були поділені на дві співставні за віком, статтю, соціальним статусом і вмістом гемоглобіну групи: I група (10 хворих) – Нb ($105,56 \pm 1,81$) г/л – отримувала загальноприйняте лікування (ЗПЛ); II група (15 хворих) – Нb ($99,56 \pm 1,25$) г/л – ЗПЛ + доктовіт, що є синергічною комбінацією декспантенолу (провітаміну B5) і метилметіоніну (вітаміну U), протягом 2-х місяців. Всім пацієнтам визначали показники «червоної» крові у динаміці лікування.

Виявлено статистично значиме зниження явищ анемії: рівень загального білка підвищився на 2,12 % після лікування у 1-й групі і на 6,8 % у 2-й групі, кількість еритроцитів – відповідно на 3,4 % і 10,3 %, вміст гемоглобіну – відповідно на 2,9 % і 6,9 %, колірного показника – на 2,9 % і 9,2 %, вміст сироваткового заліза – на 4,3 % і 24,3 %, насиченість трансферину залізом – на 11,3 % і 17,7 %, вміст феритину – на 6,3 % і 11,3 %, а також знизився рівень трансферину на 5,6 % і 11,3 % відповідно у 1-й і 2-й групі.

Висновок. Доведено доцільність включення для підсилення ефективності комплексної протокольної терапії пацієнтів з ХП у поєднанні з Н. pylori-асоційованим ХГ 2-місячного курсу доктовіту, комбінації декспантенолу (провітаміну B5) і метилметіоніну (вітаміну U), на основі більш статистично значимої позитивної динаміки параметрів анемії під його впливом.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Бабінець Л.С., Сасик Г.М.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Хронічний панкреатит (ХП) і цукровий діабет 2 типу (ЦД2) з їхніми наслідками стають причиною значних економічних втрат для пацієнтів та їх сімей, а також для систем охорони здоров'я і національних економік. Якість життя (ЯЖ) пацієнтів з поєднаним перебігом ХП і ЦД2 становлять надзвичайно актуальну проблему медичної науки і практики.

Мета дослідження – дослідити ефективність комплексної реабілітації хворих на хронічний панкреатит із супутнім цукровим діабетом із включенням до неї адеметіоніну і курсу лікування питними мінеральними водами східницького родовища за впливом на параметри якості життя за опитувальниками SF-36 та GSRS.

Основна частина. Матеріал і методи дослідження. Обстежили 60 амбулаторних пацієнтів з ХП і супутнім ЦД2 у фазі ремісії, яких розподілили на дві групи за програмами лікування: 1 група отримувала протокольне лікування (фермент панкреатин, інгібітор протонної помпи, спазмолітик та/або прокінетик, метформін по 1000 мг двічі на день, адеметіонін (сублінгвальні таблетки Агепта по 400 мг) по одній таблетці 2 рази на добу протягом одного місяця; 2 група – окрім програми 1 групи, отримували курс питних мінеральних вод (ПМВ) за запропонованою схемою. ЯЖ визначали за загальним міжнародним опитувальником MOS SF-36 і спеціальним опитувальником GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) у динаміці лікування.

Зниження інтенсивності абдомінального болю в 1 групі відбулось у 1,6 рази, а в 2 групі – в 2,2 рази. Частота диспепсичного синдрому вірогідно ($p < 0,001$) знизилась в обох групах: на 46,66 % – у 1 групі і на 70,00 % – у 2 групі; зменшення інтенсивності диспепсії в 1,7 рази було констатовано у пацієнтів 1 групи, а у 2 групі диспепсичні розлади турбували пацієнтів у 2 рази менше. Таким чином, комплекс реабілітації з включенням курсу ПМВ був більш дієвим. Загалом

через один місяць від початку медичної реабілітації за шкалою ЯЖ гастроентерологічного хворого GSRS сумарна інтенсивність впливу гастроентерологічних симптомів і синдромів на ЯЖ пацієнтів із ХП у коморбідності з ЦД2 знизилась у 1,7 рази і 2,1 рази відповідно в 1 і 2 групах, що довело достовірно ($p < 0,001$) більш високу ефективність програми реабілітації з включенням курсу ПМВ за запропонованою методикою.

Висновок. Застосування пероральної форми адеметіоніну терміном 1 місяць і 2-тижневого курсу питних мінеральних вод східницького родовища за запропонованою схемою достовірно підвищило дієвість місячної протокольної програми реабілітації за динамікою фізичних і психічних параметрів якості життя опитувальника SF-36: показника рольового фізичного функціонування – на 23,6 % і 16,8 % відповідно; інтенсивності больового синдрому – на 44, 8 % і 33,4 %; показника загального здоров'я – на 36,7 % і 36,7 %; життєвої активності – на 33,4 % і 18,9 % ($p < 0,001$), що дозволяє рекомендувати цю програму до впровадження у клінічну практику.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ІМУНІТЕТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ МЕТОДОМ ОЗОНОТЕРАПІЇ

**Бількевич Н.А., Кавецька Н.А., Верещагіна Н.Я., Бугай Б.Г.,
Ярема Н.З., Лихацька В.О.**

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Відмічено, що характер і ступінь вираженості порушень імунітету при негоспітальній пневмонії (НП) певною мірою залежать від рівня ендогенної інтоксикації (ЕІ). У випадках виражених порушень імунітету виникає потреба у застосуванні засобів імунотулюючої дії. Важливе значення при цьому має стимуляція фагоцитарної активності моноцитів і макрофагів.

Основна частина. Обстежено 175 хворих на НП, серед них у 61 пацієнта (34,9 %) захворювання мало тяжкий перебіг. Досліджували

показники ЕІ: концентрацію молекул середньої маси (МСМ) сироватки крові, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), токсичність сироватки крові (ТК), антитоксичну резистентність еритроцитів та лейкоцитів (відповідно АРЕ та АРЛ) [М.А. Андрейчин і співавт., 1998]. Визначали також показники імунітету: відсоток Т- і В-лімфоцитів, активних” (Еа-РУК), “неповних” та Т-0 клітин, теофілін-чутливих (ТЕО-Ч) і теофілін-резистентних (ТЕО-Р) методом розеткоутворення, концентрацію імуноглобулінів (Іg) класів А, М, G, циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), фагоцитарне число (ФЧ) та фагоцитарний індекс (ФІ) за загальноприйнятими методиками.

Ефективність традиційної терапії досліджували у 22 пацієнтів з тяжким перебігом НП (I група). 18 хворих (II група) дане лікування доповнювали озонотерапією (методика М.Д. Бега, В.В. Дем'яненка, 1989).

У I групі хворих під впливом традиційного лікування не констатовано й вірогідного зменшення рівня токсемії: ТК знизилась лише на 1,4 % ($P > 0,05$). Зміни в усіх ланках імунного захисту поглиблювались, зокрема, зворотні до належних зміни ТЕО-Р та ТЕО-Ч, зниження числа Т-“активних” лімфоцитів ($P < 0,05$), відмічалась тенденція до збільшення відсотка “неповних” Т-клітин. У гуморальній ланці імунітету утримувалась тенденція до зниження концентрації сироваткових Іg А та Іg G при одночасному зростанні рівня Іg М, тривала персистенція ЦІК. Фагоцитарне число мало тенденцію до зниження. У той же час у II групі хворих відмічено нормалізацію значень МСМ обох фракцій, ЛІІ ($P < 0,001$ виражена позитивна динаміка ТК ($P < 0,01-0,001$), АРЕ ($P < 0,05-0,001$) та АРЛ ($P < 0,05-0,001$).

В імунітеті констатовано нормалізацію відсотку Т-“активних” клітин та зниження числа Т-“неповних” лімфоцитів ($P < 0,05-0,01$), тенденцію зменшення Т-0 клітин ($P < 0,05$). Суттєво збільшилась концентрація Іg А ($P < 0,05-0,01$), відмічалась тенденція до нормалізації вмісту Іg G та Іg М ($P > 0,05$), мав тенденцію до збільшення рівень лізоциму ($P > 0,05$). Суттєво підвищувалась фагоцитарна активність лейкоцитів ($P < 0,01-0,001$).

Такі зміни лабораторних показників супроводжувались значним покращанням самопочуття хворих, полегшенням відкашлювання харкотиння, швидшим зникненням фізикальних змін з боку легень.

При цьому частота виникнення ускладнень НП зменшувалась на 15,7 %; відсутність клініко-рентгенологічних ознак захворювання констатовано при повторному обстеженні усіх хворих VI підгрупи, а у VII – частота виявлення залишкових фізикальних змін в легенях знизилась на 25,3 %, рентгенологічних – на 33,4 %. Середній термін перебування хворого на ліжку зменшився на 4,1 дні ($P < 0,05$).

Висновок. Поєднання загальноприйнятого лікування та озонотерапії виявило виражений терапевтичний ефект в корекції імунних зрушень, що дозволяє застосовувати цей метод у хворих з ознаками депресії системного імунітету.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СХЕМ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ІХС

Бойко Т.Я. Науковий керівник: к.м.н. Мазур П.Є

Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

Вступ. Висока смертність хворих від кардіоваскулярних захворювань зумовили необхідність активного пошуку комбінацій препаратів.

Основна частина. Проаналізовано 100 історій хвороб пацієнтів віком 60–80 років з ІХС, які перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні Кременецької центральної районної лікарні в період 2010–2019 рр. Визначено частоту застосування окремих груп препаратів, призначення різних схем лікування та їх вплив на тривалість життя осіб літнього віку, які хворіють ІХС. За початкову точку спостереження було обрано дату першої госпіталізації в терапевтичне відділення, в подальшому пацієнтів спостерігали з основним діагнозом ІХС: стабільна стенокардія напруги I–IIIФК, СН0–IIб. Кінцевими точками спостереження вважали останню госпіталізацію на момент 2019р. або настання смерті пацієнта. За даними спостереження відзначено, що в 2010–2015 рр. найчастіше призначуваними групами були: β -блокатори (58,4 %), іАПФ (79,2 %), АСК (63,8 %), статини 64,1 % і препарати нітрогліцеринового ряду (31,0 %). Сартани призначали 11,2 %, БКК – 23,4 %. Значно менше застосовували нітрати – 15,8 %. В період 2016–2019 рр. зростає поширеність призначення гіпотензивних

препаратів: β-блокаторів (81,4 %), блокаторів кальцієвих каналів (59,6 %), інгібіторів рецепторів ангіотензину II (33,0 %). Ацетилсаліцилову кислоту призначали у 84,7 % випадків. Аналіз лікування хворих, які перенесли інфаркт міокарда, свідчить про недостатнє призначення препаратів основних класів: АСК отримували 76,1 %, статини 63,3 %, бета-блокатори 71,2 %, ІАПФ 68,1 %.

Висновки. Отримані результати свідчать, що найбільш ефективні комбінації лікування осіб з ІХС, що впливають на тривалість життя і зменшують ризик ускладнень були у хворих, які приймали АСК, статини і бета-блокатори, АСК, статини і ІАПФ.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ТА СУПУТНЬОЮ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Боровик І.О., Мігенько Б.О., Корильчук Н.І.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є частим хронічним захворюванням печінки, поширеність якого стрімко збільшується. Особи з НАЖХП зазвичай мають коморбідну патологію. Часто це супутній остеоартроз різної локалізації, що потребує періодичного прийому нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Як відомо метаболізм НПЗП здійснюється в печінці, що вказує на потенційну гепатотоксичність цієї групи лікарських засобів (ЛЗ). Найчастіше НПЗП-індукована гепатопатія розвивається при тривалому застосуванні НПЗП у високих дозах, а також при комбінованому прийомі цих ЛЗ із іншими гепатотоксичними препаратами. Факторами, які сприяють розвитку НПЗП – гепатопатії є генетична схильність, хронічні захворювання гепатобіліарної системи та метаболічні порушення, до яких відноситься і НАЖХП. Профілактика гепатотоксичних ускладнень ґрунтується на врахуванні чинників ризику, регулярному контролі біохімічних показників крові та застосуванні оптимальних НПЗП.

Метою роботи є зменшення гепатотоксичного впливу препаратів групи НПЗП в пацієнтів з НАЖХП шляхом вибору найбезпечнішого щодо впливу на печінку ЛЗ в оптимальній ефективній дозі.

Основна частина. Нами проведено дослідження пацієнтів з НАЖХП та супутнім остеоартрозом великих суглобів на базі відділення денного перебування хворих КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2». Обстежено 58 хворих (18 чоловіків, 30 жінок) з ожирінням (індекс маси тіла (ІМТ) >30 кг/м² (середня величина ІМТ (33,6±5,2) кг/м²)) у віці від 26 до 62 років (середній вік (48±13) роки). В залежності від призначеного лікування хворі були поділені на дві однакові групи по 29 осіб. До першої віднесли пацієнтів, які отримували НПЗП з діючою речовиною мелоксикам; до другої групи віднесли пацієнтів з НАЖХП, які приймали ЛЗ з діючою речовиною диклофенак. Всім пацієнтами було проведено біохімічний аналіз крові із визначенням печінкових проб (АЛТ, АСТ, ЛФ) до лікування та через 5 днів після закінчення прийому НПЗП.

В результаті проведеного аналізу виявили, що у всіх пацієнтів, які отримували мелоксикам показники АЛТ, АСТ дещо підвищились, але знаходились в межах допустимих норм. В той же час в 15 хворих (41 %), які приймали диклофенак рівні АЛТ, АСТ піднялись вище норми, а в 2 випадках (6,7 %) мало місце підвищення рівня трансаміназ більше як в 2 рази. В обох групах показники ЛФ залишались в межах норми незалежно від отримуваного лікування.

Висновки. НАЖХП обмежує можливості терапії НПЗП у осіб із захворюваннями опорно-рухового апарату. З метою зменшення навантаження на гепатобіліарну систему та попередження токсичного впливу на печінку слід віддавати перевагу ЛЗ, що містять мелоксикам, який завдяки високому профілю безпеки є кращим вибором для лікування пацієнтів із хворобами опорно-рухового апарату за наявності НАЖХП.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ МЕТОДИК ДОСЛІДЖЕННЯ

Бортний М.О.¹⁾, Бортна Т.М.²⁾

¹⁾Харківська медична академія післядипломної освіти

²⁾КНП «Міська студентська лікарня» ХМР

Вступ. Ревматоїдний артрит (РА) найбільш розповсюджене серед хронічних поліартритів захворювання, яке уражає від 0,6 до 4 % населення планети в різних кліматогеографічних зонах. Жінки хворіють приблизно у 2,5 рази частіше, ніж чоловіки і переважно у віці 35–50 років. РА на початку ХХІ сторіччя отримав більш чітку нозологічну належність ніж у середині минулого сторіччя, оскільки були виділені наступні самостійні нозологічні форми, як ювенільні артрити (хронічний і ревматоїдний), анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Бехтерева), хвороба Шегрена і ін. Перебіг РА у переважної більшості пацієнтів ускладнюється залученням у процес інших органів, у тому числі і дихальної системи. При цьому можуть бути ураженими всі відділи дихальної системи: дихальні шляхи, плевра, паренхіма легень, легеневі судини. РА являється однією з основних причин для хірургічного лікування (ендопротезування) великих суглобів (кульшового, колінного). А це в свою чергу приводить до того, що перед анестезіологами стає питання максимального зниження операційного ризику, особливо при ураженні саме дихальної системи.

Тому, метою дослідження являлось уточнення змін легеневої тканини у хворих на РА та визначення можливої залежності між клінічними та променевими показниками активності процесу.

Проведено комплексне клініко-лабораторне дослідження 32 пацієнтів (жінок – 30, чоловіків – 2) з діагнозом РА згідно з критеріями Американської ревматологічної асоціації (Arnett F.S., 1988), середній вік хворих склав (54±8) років. Критерієм відбору хворих були скарги на наявність вираженого суглобового синдрому, періодичну лихоманку, виснаження, кашель та наявність задишки. Усім хворим проводилась стандартна рентгенограма кистей та променево-зап'ясткових суглобів, оглядова рентгенограма органів грудної клітки (ОГК), яка при необхідності у 9 хворих доповнена бічною

проекцією. Комп'ютерно-томографічне дослідження (КТ) ОГК проведено 26 пацієнтам (81,25 %) на апараті "SeleCT SP" фірми Marconi з високим розрізненням та кроком (1–2 мм). Рентгенологічна стадія ураження суглобів визначалась за Steinbrocker.

Основна частина. При аналізі рентгенограм кистей та променево-зап'ясткових суглобів і узагальненні отриманих даних у 2 хв. визначена I рентгенологічна стадія ураження суглобів, у 6 – II ст., у 13 досліджених – III ст. та IV стадія за Steinbrocker визначена у 11 пацієнтів. Серед досліджених хворих I ступінь активності процесу виявлений у 5 хворих, II – у 17 пацієнтів, III ступінь – у 10 хворих на РА. Ревматоїдний фактор був позитивним у 26 чол.

На даний час відомо, що на фоні ревматоїдного артриту можуть бути ураженими практично всі компоненти дихальної системи, включаючи інтерстицій та легеневу тканину. За даними Targoffa (1989) легенева симптоматика зустрічається у 10-80 % хворих з різноманітними ревматичними захворюваннями (найбільш часто при ревматичній лихоманці, РА і ін.). Однак, крім того, компоненти дихальної системи можуть уражатися і вторинно, в результаті токсичної дії препаратів, які використовуються для лікування даної групи захворювань (метотрексат, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) і ін.).

Відомо, що при дифузних ураженнях сполучної тканини основними ознаками залучення легень в патологічний процес є васкуліт і зміни сполучної тканини.

За нашими даними при рентгенологічному дослідженні у 30 пацієнтів були визначені зміни в легенях у вигляді різного характеру дифузного їх ураження зі змінами легеневого малюнку у вигляді посилення та деформації. Дані зміни мали двосторонній характер ураження, переважно локалізувались в базальних відділах легень та поєднувались з патологічними змінами плеври. Серед цих пацієнтів у 7 хв. визначена деформація легеневого малюнку по петлистому типу за рахунок чергування фіброзу, емфіземи та бульозним здуттям альвеол. У 2 хворих виявлено помірне посилення легеневого малюнка в навколорослинних зонах, яке було обумовлене потовщенням сполучної тканини по ходу великих бронхів і судин (перибронхіальні та перивазальні зміни). Окрім вищезначених змін, у 7 досліджених

виявлено ущільнення плеври по ходу горизонтальної міжчасткової борозни, у 4 хв. – помірно вираженого плевриту. Зміни серцево-судинної системи визначені у 27 пацієнтів, однак вони здебільше були обумовлені супутньою патологією (атеросклеротичним аортокардіосклерозом) і тільки у 5 хв. при ультразвуковому дослідженні виявлена наявність рідини в перикардіальній порожнині, обумовлена серозитом при РА.

При проведенні комп'ютерно-томографічного дослідження з використанням високого розрізнення потовщення костальної плеври було визначено у 12 чол. (37,5 %), наявність повітряних бул з переважною локалізацією в верхніх частках легень – 8 чол. (25 %), дисеміновані вогнищеві зміни в легеневій тканині у 6 пацієнтів (18,7 %).

Зміни інтерстиціальної тканини в легенях з різним поєднанням елементів ураження дихальної системи, а також різних ступенів вираженості виявлені у 30 досліджених (93,7 %). При цьому ділянки ущільнення інтерстиціальних внутрішньочасточкових перегородок (фіброзовані поміжацинарні перегородки) виявлені у 11 хворих (34,3 %), потовщення стінок легневих часток спостерігалось у 12 досліджених (37,5 %), зміни центральної інтерстицію за рахунок перибронхіального і периваскулярного фіброзу визначалось у 5 чол. (15,6 %). Ділянки змін по типу «матового скла» визначено у 12 пацієнтів (37,5 %), при чому достовірних кореляційних зв'язків клініко-лабораторних змін (титр ревматоїдного фактору, ступінь активності) і вираженість суглобового синдрому виявлено не було.

В катамнезі було досліджено 9 хворих. На фоні проведеної протиревматичної терапії загальний стан пацієнтів значно покращився, за лабораторними даними достовірно знизився титр ревматоїдного фактору. Однак, за даними комп'ютерно-томографічного дослідження ділянки фіброзної перебудови інтерстицію – як потовщення міжчасточкових, так і внутрішньочасточкових перегородок залишалося без змін. Зони інтерстиціальних змін по типу «матового скла» також зберігались, але з меншими змінами по протяжності. Такі визначені залишкові зміни, на наш погляд, обумовлені токсичною дією метатрексату, який використовували для терапії РА у даних хворих.

При оцінці отриманих даних і даних літератури слід зазначити, що хоч і суглоби грудної клітки рідко уражаються при РА, однак у

цих хворих при відсутності захворювання легень іншої етіології можна припустити, що підвищена «жорсткість» грудної клітки відіграє значну роль в зниженні легеневих об'ємів та ефективності вентиляції. Ці фактори разом з наявністю інтерстиціального фіброзу легень, призводять до типової картини рестриктивного ураження легень. При прогресуванні даного стану з'являються порушення транспорту газів, гіпоксія при фізичному навантаженні, що негативно впливає на хід анестезіологічного забезпечення під час оперативного лікування та перебігу в післяопераційному періоді.

Висновки. Таким чином, основними змінами при ураженні дихальної системи у хворих з РА являється ураження інтерстицію у вигляді ущільнення інтерстиціальних внутрішньочасточкових перегородок і потовщення стінок легеневих часток. Такі зміни, на наш погляд, являються незворотними, однак ми вважаємо, що необхідне подальше вивчення їх причин і різних клінічних, лабораторних параметрів та їх вплив на фіброзуючі процеси в легеневій тканині, використовуючи комп'ютерну томографію з високим розрізненням. Крім того, слід вказати, що КТ ОГК слід використовувати для ранньої діагностики уражень легень при РА, що дозволить оцінити активність запалення і фіброзу, що дуже важливо для визначення активності терапії.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ КІСТОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

**Винниченко Л.Б.¹⁾, Тіхак Ю.Р.¹⁾, Домінас В.М.²⁾,
Безсмертна Р.В.²⁾**

¹⁾ Сумський державний університет, медичний інститут,
м. Суми, Україна

²⁾ Комунальне некомерційне підприємство
“Центральна міська клінічна лікарня” Сумської міської ради,
КНП “Центральна міська клінічна лікарня” СМР

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – займає провідне місце серед причин стійкої втрати працездатності

та смертності в розвинутих країнах. Вік, стать, паління, частота загострень протягом року є важливими факторами, що визначають зниження функції легень, але не дозволяють пояснити всіх патогенетичних спільних факторів, що об'єднують ХОЗЛ. Низькі концентрації вітаміну D (25-холекальциферола) пов'язують з низкою захворювань, у тому числі з остеопорозом, гіпертонічною хворобою й цукровим діабетом I типу, що досить часто спостерігаються в коморбідності з ХОЗЛ. Тому зроблено припущення, що сироваткова концентрація вітаміну D може сприяти зміні функції зовнішнього дихання у хворих на ХОЗЛ.

Мета: визначення взаємозв'язку між рівнем концентрації вітаміну D, кальцію й функцією зовнішнього дихання у хворих на ХОЗЛ.

Основна частина. Матеріали та методи: Нами обстежено 48 хворих на ХОЗЛ чоловіків з III та IV рівнем бронхообструкції (34 та 14 осіб відповідно), середній вік – $(63 \pm 9,72)$ років. Тривалість захворювання склала $(17,82 \pm 4,32)$ роки. Середня частота загострень протягом останнього року 3,28. Всім пацієнтам проведено комплексне клініко-функціональне обстеження. Верифікація діагнозу ХОЗЛ проводилася на підставі наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 та стандартів GOLD. Функцію зовнішнього дихання визначали за допомогою спірографії на апараті “Комплекс спірографічний – Спіроком”, виробник НАУ “ХАІ”. Рівень D (25-холекальциферола) у сироватці крові визначали імунохімічним методом з хемілюмінесцентною детекцією (СМІА) на аналізаторі Architect 2000 з тестсистемами ABBOT Diagnostics (США) в лабораторії “Сінево”. Оцінку статусу вітаміну D здійснювали відповідно до останньої класифікації. Згідно з сучасними рекомендаціями, дефіцит вітаміну D визначали як рівень D (25-холекальциферола) менший за 50 нмоль/л, недостатність вітаміну D – як рівень, що становить 50,1–74,9 нмоль/л. Рівень D (25-холекальциферола) вище за 75,0 нмоль/л знаходиться в межах норми. Рівень іонізованого кальцію визначали за допомогою Іоноселективного аналізу на аналізаторі з тест – системою AVL 9180 Roche Diagnostics (Швейцарія), референтні значення – 1,16-1,32 ммоль/л.

Результати. Середній показник об'єму форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ1) склав (1128 ± 32) мл, середня форсована житт'єва ємкість легень (ФЖЄЛ) склала (1854 ± 26) мл. Середній

вміст вітаміну D в сироватці крові склав ($48 \pm 8,61$) нмоль/л, середній рівень кальцію – ($1,01 \pm 0,04$) ммоль/л. Рівень вітаміну D прямо корелював з функцією зовнішнього дихання: з ОФВ1 $r=0,6$, $p<0,01$ й ФЖЕЛ $r=0,5$, $p<0,05$. Водночас рівень кальцію показав прямий кореляційний зв'язок лише з ОФВ1 $r=0,4$, $p<0,05$. Не було помічено зв'язку між частотою загострень ХОЗЛ протягом року та рівнями вітаміну D й кальцію.

Висновок. Існує прямий кореляційний зв'язок між концентраціями D (25-холекальциферола) і кальцію в сироватці крові з показниками функції зовнішнього дихання (ОФВ1 та ФЖЕЛ), котрі визначають основні патогенетичні ефекти у хворих на ХОЗЛ. Отримані дані сприяють подальшим дослідженням мінерального обміну у хворих на ХОЗЛ. Міри профілактики остеопорозу, зумовленого перебігом як самого захворювання, так і періодичним прийомом системних глюкокортикостероїдів, бажано долучати до системи реабілітаційних заходів хворих на ХОЗЛ, особливо з високим ступенем бронхообструкції.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЕНОКСАПАРИНУ ТА ФОНДАПАРИНУКСУ НА РІВНІ ПРОТРОМБОГЕННИХ ЕНДОТЕЛІЙ-ЗАЛЕЖНИХ МЕДІАТОРІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Заїкіна Т.С., Ринчак П. І., Мінухіна Д.В.

*Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої
медицини № 2, клінічної імунології та алергології ім. акад. Л.Т. Малої*

Вступ. Мета дослідження – оцінити вплив терапії фондапаринуксом чи еноксапарином на рівні фактору Віллебранда та sCD40-ліганду у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) та супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу.

Основна частина. 45 пацієнтів з ГІМ та ЦД 2-го типу було розподілено на групи в залежності від того, який антикоагулянтний препарат було використано в складі терапії: 1 група – 13 хворих, яким проводилася терапія еноксапарином в дозі 1 мг/кг 2 рази на добу

підшкірно; 2 група – 32 хворих, яким проводилася терапія фондапаринуксом в дозі 2,5 мг 1 раз на добу підшкірно. Визначення рівня фактору Віллебранда проводилося з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «Technoclone GmbH» (Австрія), а sCD40-ліганду – «YH Bioscience Laboratory» (Китай). Математична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою програмного пакету SPSS та Microsoft Excel. Згідно з отриманими результатами, динаміка зниження рівня sCD40-ліганду в групах хворих на ГІМ із супутнім цукровим діабетом 2-го типу статистично не відрізнялася: -17,8 % в групі еноксапарину та -18,0 % в групі фондапаринуксу відповідно ($p > 0,05$). Подібна ситуація мала місце і по відношенню до динаміки рівня фактора Віллебранда: -14,7 % в групі пацієнтів, які отримували еноксапарин, та -14,6 % в групі пацієнтів, які отримували фондапаринукс ($p > 0,05$).

Висновки. Отримані дані свідчать про відсутність переваги одного з антикоагулянтних препаратів-еноксапарину або фондапаринуксу у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2-го типу щодо їх впливу на процеси тромбоцитарно-лейкоцитарної взаємодії та імунозапальної реакції.

ІНГІБІТОРИ SGLT2 (ГЛІФЛОЗИНИ): МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Кавецька Н.А., Бількевич Н.А.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Серцевою недостатністю (СН) страждає 1–2 % дорослого населення економічно-розвинутих країн, у старших вікових категоріях поширеність становить більше 10 %. Розповсюдженість цукрового діабету (ЦД) останнім часом набула характеру епідемії. Спільні етіологічні і патогенетичні ланки зумовлюють високу частоту поєднання цих захворювань, що асоціюється з вкрай несприятливим прогнозом. Це зумовлює необхідність застосування не тільки ефективних препаратів для лікування ЦД і СН, а і розробки протидіабе-

тичних лікарських засобів, які б мали кардіоваскулярну безпечність або зменшували ризик СН.

Мета дослідження: проаналізувати дані результатів міжнародних клінічних досліджень щодо серцево-судинних ефектів інгібіторів натрійзалежного переносника глюкози 2-го типу (SGLT2).

Основна частина. Матеріали та методи. Пошук проводився в наступних базах даних: MEDLINE, Medscape, PubMed, Google Scholar, ACP за період 2015-2020 рр. з використанням таких ключових слів, як “SGLT2 inhibitor”, “dapagliflozin”, “canagliflozin”, “empagliflozin”, “heart failure”, “chronic heart failure treatment”, “diabetes treatment”.

Гліфлозини – порівняно нова група препаратів, механізм дії яких полягає в тому, що вони інгібують SGLT2 транспортери і викликають зменшення реабсорбції натрію і глюкози з просвіту проксимального ниркового каналця, глюкозурію і подальше зниження глікемії. Загальні ефекти препаратів цієї групи зумовлені розвитком постійної глюкозурії і помірного осмотичного діурезу.

Першим препаратом, схваленим до застосування у кінці 2012 р., став дапагліфлозин. Далі в США і країнах Європи були зареєстровані канагліфлозин і емплагліфлозин, в Японії – імпрагліфлозин, тофогліфлозин, лузеогліфлозин.

Початковим дослідженням, що дозволило по-новому подивитись на проблему кардіологічних ускладнень у пацієнтів із ЦД було міжнародне багатоцентрове дослідження EMPA-REG OUTCOM, що закінчилось у 2015 році. Воно було присвячене аналізу впливу емплагліфлозину на серцево-судинну захворюваність і смертність у пацієнтів з ЦД 2 типу і високим кардіоваскулярним ризиком. Оцінювалась порівняльна ефективність емплагліфлозину і плацебо в додаток до стандартної терапії. В результаті дослідження було продемонстровано 14 % зниження відносного ризику первинної комбінованої кінцевої точки (смерть від серцево-судинних причин, випадки нелетальних інфарктів міокарду та нелетальних мозкових інсультів), 38 % зниження відносного ризику смертності від серцево-судинних захворювань (ССЗ) у порівнянні з плацебо, 32 % зниження відносного ризику загальної смертності, а також 35 % зменшення кількості госпіталізацій з приводу хронічної серцевої недостатності і порівнянні з плацебо. Аналіз показав, що зниження госпіталізацій

з приводу СН на фоні прийому емплагліфозину спостерігалось як у пацієнтів, які вже мали дане захворювання, так і у пацієнтів без СН.

Відтак ESC (2016) було рекомендовано розглядати призначення емплагліфозину в осіб з ЦД 2 типу для попередження чи відтермінування виникнення СН або продовження життя хворих.

Дослідження CANVAS охоплювало пацієнтів з ЦД 2 типу та зі встановленим ССЗ або з високим ризиком ССЗ. Хворі були рандомізовані на групу канагліфозину та плацебо. При застосовуванні канагліфозину відмічалось зниження виникнення тяжкої серцево-судинної події на 14 % у порівнянні з плацебо, а також на 33 % зменшення госпіталізації з приводу СН.

Дослідження DECLARE-TIMI 58 показало, що у хворих з ЦД 2 типу із ССЗ, зумовленим атеросклерозом або ризиком розвитку такого захворювання, прийом дапагліфозину обумовлює зниження частоти госпіталізацій, пов'язаних з декомпенсацією ХСН, а у підгрупі пацієнтів із СН зі зниженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) прийом препарату асоціювався зі зниженням СС смертності та загальної смертності.

Метою дослідження DAPA-HF, результати якого опубліковані McMurraу et al. у 2019 р., було вивчення ефекту дапагліфозину у пацієнтів із СН зі зниженою фракцією викиду ФВ ЛШ. Пацієнтів із СН, клінічні прояви якої відповідали II, III або IV класу за класифікацією NYHA, і ФВ ЛШ ≤ 40 % розподіляли у групу застосування дапагліфозину або у групу прийому плацебо на додаток до стандартної терапії згідно сучасних рекомендацій. Основний комбінований показник включав частоту розвитку таких несприятливих наслідків, як ускладнення СН (госпіталізація чи незаплановане відвідування медичного закладу для внутрішньовенного введення засобів для лікування СН) або смерть від ускладнень ССЗ. Несприятливі результати, включені в основний комбінований показник частоти СН і смертності від ускладнень ССЗ, у групі дапагліфозину і групі плацебо розвинулися у 16,3 і 21,2 % хворих відповідно (відношення ризику (ВР) 0,74 при 95 % довірчому інтервалі (ДІ) 0,65–0,85; $p < 0,001$). Частота розвитку першого ускладнення СН у групі дапагліфозину і групі плацебо досягала 10,0 і 13,7 % відповідно (ВР 0,70 при 95 % ДІ 0,59–0,83). Від ускладнень ССЗ у групі дапагліфозину і групі

плацебо померли 9,6 і 11,5 хворих відповідно (ВР 0,83 при 95 % ДІ 0,71–0,97). Причому дані, отримані в підгрупі хворих на ЦД 2 типу, були подібні до таких у підгрупі хворих без ЦД. Було зроблено висновки, що прийом дапагліфлозину при додаванні до стандартної терапії у пацієнтів із СН і зниженою ФВ призводить до зниження ризику ускладнення СН і смерті від ускладнень ССЗ, а також зменшення виразності клінічних проявів СН. Зниження відносного і абсолютного ризику смерті та госпіталізацій було істотним і стійким у підгрупах хворих із різними характеристиками, включаючи осіб без ЦД 2 типу. Вторинний аналіз даних свідчив про те, що дапагліфлозин ефективний незалежно від оптимальної медикаментозної терапії СН і віку пацієнтів.

У 2019 р. експерти визнали, що призначення канагліфлозину та дапагліфлозину є доцільним у пацієнтів із ЦД 2 типу, які мають встановлене ССЗ або високий СС-ризик, для профілактики або відтермінування розвитку СН та госпіталізації з приводу СН.

Висновки. Інгібітори SGLT2 мають сприятливі метаболічні і гемодинамічні ефекти. Прийом дапагліфлозину чинить позитивний вплив на пацієнтів із СН, як з ЦД 2 типу, так і без нього. Застосування дапагліфлозину має новий підхід до лікування пацієнтів із СН із зниженою ФВ. Можна сподіватись, що результати багатомасштабних досліджень, що тривають, продемонструють додаткові переваги інгібіторів SGLT2 у пацієнтів із ССЗ, СН із/без ЦД 2 типу.

Гліфлозини можуть стати ще одним класом лікарських засобів, рекомендованим для лікування СН, незалежно від наявності чи відсутності у пацієнтів ЦД.

СПОСІБ ЖИТТЯ І МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Корильчук Н.І., Боровик І.О., Корильчук Б.Т.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Загально визнаним рахується, що епідемія ХНІЗ значною мірою пов'язана зі способом життя (СЖ) і виникненням внаслідок цього фізіологічних чинників ризику. Науковці всього світу до ХНІЗ

відносять й метаболічний синдром (МС), поширеність якого у світі досягла розмірів епідемії і становить 25–35 % серед дорослого населення.

Метою дослідження було показати значення СЖ, як основи виникнення МС.

Основна частина. Нами проведено опитування (з використанням низки опитувальників) і обстеження 424 пацієнтів з АО та МС на базі МКЛ №2 і № 3 м. Тернополя.

Аналіз відповідей наших пацієнтів, вказував на те, що більше половини (54,7 %) вважають, що рівень їхнього здоров'я залежить від рівня охорони здоров'я країни, 21,7 % – від біологічних факторів (зокрема: від віку – 18,9 %, спадковості – 1,6 %, конституції – 1,2 %), 15,6 % – від стану довкілля, та всього 8 % – від СЖ. Вплив на розвиток і прогресування ХНІЗ має ряд факторів, пов'язаних зі СЖ – куріння, нездорове харчування, недостатня ФА і зловживання алкоголем. Ці ж фактори й сприяють розвитку МС. Проведене опитування наших пацієнтів вказувало, що 52 % обстежених, як причину МС розглядають «неправильне харчування», 65 % – «шкідливі звички», 58 % – «малорухомий СЖ», 25 % – «спадковий фактор». Все це вказує на те, що наші респонденти усвідомлюють «шкідливість поведінки», проте, практично нічого не роблять, сподіваючись, що виправлять все самостійно, але пізніше, або разом з лікарем за допомогою медикаментів, і теж пізніше.

Аналіз щоденників харчування пацієнтів показав теж невтішні результати. Так, домінує вживання висококалорійних продуктів та низьке вживання овочів та фруктів. Лише у 24,5 % пацієнтів щоденно було в раціоні більше 200 г на добу овочів, у решти їх кількість була значно меншою (51,4 % – 150–200 г, а у 24,1 % – менше 150 г) (картопля не враховувалася). З фруктами прослідковувалася майже аналогічна ситуація. Так, більше 200 г на добу в щоденному раціоні фруктів було у 28,3 %, 150–200 г – 48,6 %, менше 150 г – 23,1 %. У наших дослідженнях виявлено високе споживання цукру. Так, не зважаючи на надмірну масу тіла, 91,7 % пацієнтів на тлі ожиріння вживали на добу від 90 до 150 г, 62,3 % обстежених випивали на день більше 250 мл різноманітних солодких напоїв, 64,8 % – вживали різноманітні кондитерські вироби. Аналіз вживання пацієнта-

ми продуктів, багатих на повноцінний білок, показав, що обстежені хворі недостатньо вживають риби, телятини. Так, раз на тиждень у раціоні харчування наших пацієнтів риба є лише у 20,0 %, телятина у 29,5 %. У решти домінує вживання свинини, курятини та ковбасних виробів, які як відомо, містять велику кількість жиру, солі, різних наповнювачів. Нажаль, аналіз анкет наших пацієнтів показав, що має місце низьке вживання продуктів з високим вмістом мікронутрієнтів. Причому, всі 100 % обстежених, не звертають увагу на мікро- та макронутрієнові складові при купівлі продуктів харчування та складанні щоденного раціону харчування. Дослідження фізичної активності показало теж невтішні результати. Так, 70,5 % ведуть малорухомий спосіб життя (44,1 % – жінок, 26,4 % – чоловіків). Вражало й те, що домінували пацієнти молодого та середнього віку. Наші дослідження показали, що для 25,5 % пацієнтів є характерним тютюнопаління (5,7 % жінок та 19,8 % чоловіків). Причому більше пачки в день випалює 18,4 %. Окрім того, ще 48,6 % – пасивних курців. Наші пацієнти вказували, що алкогольні напої вживають більше разу на тиждень 68,2 %. У вживанні домінують міцні алкогольні напої.

Висновки. Отже, проведений аналіз СЖ пацієнтів з МС показав, що особистісна роль людей у підтримці та зміцненні свого здоров'я практично зведена до мінімуму. В переважаючій більшості сформована необґрунтована впевненість у тому, що здоров'я гарантоване само по собі молодим віком, та зруйноване в старшому віці. Всі фактори, що спричиняють і усугубляють МС наявні у наших пацієнтів.

РЕФЛЕКСІЯ ПРИ ОЖИРІННІ

Корильчук Н.І., Рябокони С.С., Корильчук Т.Б.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Ожиріння є серйозною загрозою для здоров'я. За даними ВООЗ, в світі нараховується біля 1,1 млрд дорослих людей з надлишком маси тіла, 30 % з яких страждають ожирінням, з них жінок – 16,8 %, чоловіків – 14,9 %. Приріст пацієнтів з надмірною вагою складає 10 % від попередньої кількості кожні 10 років. Підраховано,

що якщо дана тенденція збережеться, то до середини нинішнього століття практично все населення економічно розвинених країн буде хворіти ожирінням. Ожиріння зменшує тривалість життя в середньому на 3–5 років при помірному надлишку ваги, і до 15 років при вираженому ожирінні. На сьогоднішній день, часто ожиріння розглядається як «соціальне тавро», яке породжує негативне ставлення до зовнішності й особистості людини, що має надлишкову вагу, і вкрай важко сприймається людиною. Сама по собі зайва вага не викликає психологічних проблем, але соціальні забобони, пов'язані з надлишковою вагою, можуть призвести до формування таких особливостей, як комплекс неповноцінності, низька самооцінка тощо. Це утворює замкнуте коло, адже низька самооцінка та комплекси породжують заїдання, уникання людних місць (низька фізична активність), уникання визнати саму проблему зайвої ваги (похід до лікаря, дієтолога тощо). Саме ставлення до людей із зайвою вагою є більш негативне, ніж до людей з органічними дефектами, оскільки багато хто розглядає ожиріння як дефект, викликаний лінню, слабким контролем над імпульсами, чи неприйняттям рекомендацій.

Метою дослідження було провести аналіз рефлексії пацієнтів з ознаками ожиріння.

Основна частина. Відібрано пацієнтів з ознаками надмірної ваги та ожиріння (424 пацієнти), яким провели анкетування (питання антропометрії, харчової поведінки, фізичної активності, розуміння ролі факторів, що впливають на здоров'я, дослідження самооцінки).

Антропометричний аналіз вказував, що 92,4 % пацієнтів зменшували свою вагу від 2 до 15 кг та 81,1 % збільшували ріст на 4–10 см. Аналіз самопочуття показав на низку скарг, які вказували на наявність коморбідних станів, проявлялися різною клінікою, маскувалися за станами, що характеризують широкий спектр патологій. Скарги спонукали звертатися до лікарів – 48,1 %, а 41,5 % – лікувались самостійно. Лише 10,4 % відповіло, що вони почувають себе повністю здоровими (всі пацієнти з надмірною вагою). Причому, скарги, що могли привести до збільшення ваги – підвищений апетит, низька фізична активність турбували обстежених з найменшим відсотком (відповідно 8,9 % і 10,6 %). 60,1 % не вважали, що в них є зайва вага (це, визначало особливості їх подальшої поведінки, заперечен-

ня необхідності зміни способу життя й лікування). 36,5 % не вважали за можливе схуднути, тобто ця група пацієнтів «запрограмована» на довічне ожиріння; лише 19,5 % готові до змін способу життя та харчових звичок. За тестом ВІТЕ встановлено, що у 67,9 % виявлена схильність до вираженого переїдання, у 32,1 % – до помірнього. Фізично активними виявились лише 10,4 %. Причому, вивчення фізичної активності викликало «закритість» пацієнтів. При визначенні темпераменту відзначено виражену та вкрай виражену екстраверсію й виражену інтроверсію. Аналіз анкетувань вказував, що рівень закритості вищий у групі досліджуваних з ожирінням (44,5 %) різних ступенів ніж в пацієнтів з надлишковою вагою (18,2 %). Це пояснюється – «виражена захисна поведінка, бажання відповідати загальноприйнятим нормам поведіння й взаємин з оточуючими людьми», людина схильна уникати відкритих відносин із самою собою. 67 % обстежених – уникають спілкування, віддають перевагу самотності (48,1 %-ожиріння різних ступерей, 18,9 %-надмірна вага). 36,3 %, які звернулися до лікаря з приводу корекції харчування, не говорять близьким людям, що вони хочуть схуднути і просять так розробити меню, щоб цього не помітили інші члени родини або співробітники. Ця закритість проявляється як внутрішнє прагнення стати непомітним для навколишніх людей, не привертати до себе увагу. Це породжує броню – надлишкову вагу. Ми знаємо, що закритість, як і низька самооцінка – це прямий шлях до переходу в депресію. Пацієнт усвідомлено або неусвідомлено «закрився» від зовнішнього світу, встановив захист. А зайва вага, як відомо, це – психологічний захист. Окрім того, пацієнт наголошує на своїх всіх супутніх діагнозах (скаргах) лікареві (не лише лікареві, але й близьким- хоче викликати співчуття), окрім ожиріння (переїдання, низька фізична активність). Аналіз «впевненість у собі», «самоствалення», «самосприйняття» та «самозвинувачення» показують більшу дисперсію показників в пацієнтів з надлишковою вагою, ніж в пацієнтів з ожирінням різних ступенів. Цей результат можна пояснюється тим, що на питання, які стосуються цих показників, люди з надлишковою вагою тіла, відповідають більш незалежно. А пацієнти, що мають ожиріння, бажають здаватися кращими, ніж насправді, і дають відповіді соціально ба-

жани, окрім того вони більш закриті, що підтверджує їх низьку самооцінку.

Висновки. Результати проведених досліджень показали, що у пацієнтів є недостатність навичок рефлексії, поверхнєве бачення себе, визнання існування особистісних проблем. В пацієнтів із ожирінням виражена мотивація соціального схвалення, що говорить про низьку самооцінку. Аналіз рефлексії пацієнтів з ознаками надмірної ваги та ожиріння показав, що має місце порушення самооцінки та відсутність здатності проводити самоаналіз. Використання рефлексії дасть змогу осмислити стан здоров'я та принципи співвідношення відчуттів і реалій здоров'я; цілей, цінностей, вимог, установок, прагнень до покращення стану здоров'я зі змінною харчування, фізичної активності та інших призначень лікарів.

ЗМІНИ ІНТЕГРАТИВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ В КРОВІ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ПОДАГРУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кучер С.В., Лотоцька О.В., Руда М.М.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. В останні роки у всіх країнах світу захворюваність на подагру підвищилася більш ніж удвічі. Темпи приросту захворюваності дозволяють говорити про розвиток своєрідної епідемії наприкінці ХХ – початку ХХІ століть. Тому досить важливими є контроль ступеня інтоксикації і рання діагностика захворювання за допомогою простих методів.

Метою нашого дослідження було оцінити зміни інтегральних показників ендогенної інтоксикації у крові пацієнтів з первинною подагрою в залежності від тривалості захворювання.

Основна частина. Методи дослідження: На основі загального аналізу крові розраховували лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК), лімфоцитарний індекс (ЛІІмф), гематологічний показник інтоксикації (ГПІ).

Результати дослідження: Було обстежено 42 пацієнти чоловічої статі хворих на первинну подагру і 10 практично здорових людей. Всіх пацієнтів було поділено на 3 групи, враховуючи тривалість захворювання (1-ша група – до 5-ти років, 2-га – від 5 до 10, 3-тя – понад 10).

Було встановлено, що у всіх трьох піддослідних групах відмічалася пряма залежність ЛПІ від терміну захворювання. При тривалості захворюваності до 5 років показник збільшився в 1,8 раза, при терміні від 5 до 10 – в 2 рази. У 3-й групі – в 2,5 рази. Також у всіх хворих відмічалася зростання ІЗЛК. При тривалості захворювання більше 5 років (в 2 і 3 групах) він становив 1,3 раза. Спостерігалася зменшення Ілім в 1-й групі – в 1,2 рази, в 2-й і 3-й – в 1,5 рази. Відмічалася статистично достовірне збільшення ГПІ, причому найбільш виражене в 3-й групі хворих (в 2,9 рази у порівнянні з контрольною групою). В 2-й і 1-й групах пацієнтів показник зріс у 2,5 рази.

Висновки. Таким чином, в результаті проведених досліджень ми встановили, що первинна подагра супроводжується ендогенною інтоксикацією, про що свідчили зміни показників інтегративних показників ендогенної інтоксикації у 100 % хворих. Також відмічається залежність важкості перебігу первинної подагри від ступеня ендогенної інтоксикації.

МОЖЛИВОСТІ ПАРАМЕТРІВ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ КАРДІАЛГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Лизогуб В.Г., Тиравська Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. У пацієнтів зі скаргами на гострий біль у грудній клітці в першу чергу підозрюють гострий коронарний синдром (ГКС). Незважаючи на затверджені діагностичні критерії встановлення даного діагнозу його підтверджують лише у 15–25 % пацієнтів з підозрою на ГКС. Досить часто виникають труднощі при проведенні диференційної діагностики нестабільної стенокардії (НС) з кардіалгією не-

ішемічного (вертеброгенного) генезу. Ситуація ускладнюється при наявності у пацієнта вже підтвердженої ішемічної хвороби серця (ІХС) в анамнезі. Цілком очікувано та виправдано, що серед лікарів існує настороженість щодо ГКС (в т.ч. НС), адже відомі як атипові варіанти клінічної картини (в т.ч. больового синдрому), так і різноманітні ішемічні зміни на ЕКГ (а також цілковита їх відсутність) при НС. Такі неоднозначні питання діагностики призводять до помилок при виборі тактики ведення пацієнта.

Мета дослідження: оцінити можливості застосування показників системи фібринолізу, а саме тканинного активатора плазміногену (ТАП) та інгібітора активатора плазміногену-1 (ПАІ-1) для проведення диференційної діагностики між НС та кардіалгією неішемічного (вертеброгенного) генезу у пацієнтів з ІХС.

Основна частина. Матеріал та методи. У дане обсерваційне дослідження включено 72 пацієнти, що поступили у відділення кардіології з попереднім діагнозом «НС» віком 66,0 (58,3–69,0) роки (ІМТ=28,7 (27,7–32,6) кг/м², 41 жінка (56,9 %)). Критеріями включення були присутність кардіалгії при поступленні та підтверджена ІХС в анамнезі, а також відсутність станів з доведеним впливом на систему гемостазу. У всіх пацієнтів одразу реєструвалася ЕКГ спокою, проводився якісний тест на тропонін І («негативний» у 100 % пацієнтів) та забір крові для визначення концентрації ТАП і ПАІ-1 плазми крові методом імуоферментного аналізу. На ЕКГ спокою 55 пацієнтів (76,4 %) були виявлені зміни, що трактувалися як ішемічні, а у 17 пацієнтів (23,6 %) – ішемічних змін не виявили. Була призначена терапія згідно протоколів Європейської Асоціації Кардіологів 2020 щодо ведення пацієнтів з ГКС без елевації сегмента ST, а саме антикоагулянт, ацетилсаліцилова кислота, клопідогрель, ізосорбиду динітрат (в/в крапельно і в таблетованій формі), статин, бета-адреноблокатор, та відкорегована антигіпертензивна терапія. На наступний день було виконано ехокардіографію, холтеровське моніторування ЕКГ та визначення рутинних лабораторних параметрів крові. У 22 пацієнтів призначена терапія, зокрема нітрати, не зняли больовий синдром. За даними холтеровського моніторування ознак ішемічних змін не виявили. Було відмінено антикоагулянт, ізосорбиду динітрат, клопідогрель, додано мелоксикам 15 мг в/м, проведені рентгеногра-

фія грудного відділу хребта та консультація невролога. Терапія нестероїдним протизапальним препаратом зменшила/усунула больовий синдром. Після уточнення діагнозу пацієнти були розподілені на 2 групи: група I – пацієнти з прогресуючою НС (n=50, вік 67,0 (60,0–69,0) років, ІМТ 30,1 (25,8–32,1) кг/м², 30 жінок (60 %)), група II – пацієнти з кардіалгією вертеброгенного походження з супутньою ІХС (n=22, вік 62,5 (58,0–69,0) років, ІМТ 28,6 (26,1–31,9) кг/м², 11 жінок (50 %)). Групи співставні за віком, статтю та ІМТ (p>0,05). При ретроспективному аналізі у групі I зміни, що трактувалися як ішемічні (депресія сегмента ST, негативний зубець T, вперше виявлена блокада лівої ніжки пучка Гіса), були зафіксовані у 39 пацієнтів (78 %), в той час як у решти пацієнтів таких змін не було виявлено. У групі II у 15 осіб (68 %) на ЕКГ спокою при поступленні було зафіксовано негативний зубець T.

Для оцінки діагностичних можливостей досліджених параметрів фібринолітичної системи плазми крові (ТАП і ПАІ-1) ми побудували 4 моделі, застосувавши бінарний логістичний аналіз: модель 1 включала ТАП як єдину коваріанту, модель 2 – ПАІ-1, модель 3 – коваріанти ТАП і ПАІ-1, модель 4 – співвідношення ТАП/ПАІ-1. Результати аналізу наведені у таблиці.

Мо- дель	Nagelkerke R2	% спів- падінь для групи I	% спів- падінь для групи II	Класифікацій- на здатність моделі, %	p
1	23,8	100	31,8	79,2	<0,001
2	31,2	92,0	59,1	81,9	<0,001
3	42,6	100	54,5	86,1	<0,001
4	46,5	100	54,5	86,1	<0,001

Було побудовано ROC-криві до моделей 1,2 та 4. Виявилось, що лише криву моделі 4 можна вважати коректною з чутливістю 86,1 % та специфічністю 28,0 % (точка відсічення 0,431, площа під кривою 0,787 (95 %CI 0,655–0,920), p<0,001). Однак, оскільки нашою метою було раннє виключення пацієнтів без НС з одночасним уникненням недодіагностики прогресуючої НС, ми підвищили точку відсічення до 0,653 (Se=54,5 %, Sp=100 %, p<0,0001). Таким чином, пацієнтів з

ТАП/ПАІ-1>0,653 можна виключити з групи «підозрюваних» щодо можливого розвитку прогресуючої НС без ризику недодіагностики останньої.

Висновки. Параметри фібринолітичної системи крові (ТАП і ПАІ-1) доцільно рекомендувати для диференційної діагностики між прогресуючою НС та кардіалгією неішемічного (вертеброгенного генезу) у пацієнтів з ІХС. Доцільним є застосувати визначення рівня ТАП/ПАІ-1 з метою раннього виявлення пацієнтів з кардіалгією неішемічного генезу у когорті осіб з підозрою на прогресуючу НС.

ПОРУШЕННЯ КАЛЬЦІЄВО-ФОСФОРНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ФУНКЦІЮ ХРЕБТА

Лимар Є.А.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. В наш час спостерігається зростання порушення функції опорно-рухового апарата, зокрема хребта. Актуальність цієї проблеми зростає внаслідок зниження рухової активності, сидячого способу життя, що призводять до надмірного навантаження на окремі ділянки хребта, спричиняє його деформацію та порушення функції. Крім того, ми спостерігаємо зростання коморбідної патології, зокрема, хронічних захворювань травної системи (ХЗТС).

Основна частина. Метою нашої роботи було виявити порушення кальцієво-фосфорного обміну у пацієнтів з ХЗТС та визначити його вплив на функцію хребта. Обстежено 47 пацієнтів віком 35–68 років, які працювали в умовах гіподинамії і мали ХЗТС. Пацієнтам проведено КТ хребта. Визначали рівень кальцію, фосфору, вітаміну D, біохімічні показники функції печінки, підшлункової залози, шлунково-кишкового тракту. Всі пацієнти консультовані гастроентерологом. Виявлено хронічний гастрит, гастродуоденіт, коліт, панкреатит, холецистит, холецистохолангіт, гепатити різного генезу. Тривалість ХЗТС коливалась 5–28 років. Виявлено сколіоз у 39 (82,9 %) хворих;

кили Шморля – у 7 (17,8 %) пацієнтів. Суб’єктивно відмічалось оніміння ніг, періодичний біль в кульшових суглобах, ногах у 93,8 % пацієнтів. Лабораторні дослідження виявили зниження рівня кальцію, фосфору, вітаміну D та альбуміну у 43 (91,5 %) пацієнтів. У 73 % пацієнтів спостерігалась диспротеїнемія. Після лікування патології хребта без врахування показників кальцію, фосфору та вітаміну D відмічалось несуттєве покращення. Погіршення стану відмічалось у переважної більшості пацієнтів на тлі загострення ХЗТС. При застосуванні в комплексній терапії комбінованого препарату кальцію з вітаміном D та лікування супутньої патології виявлено достовірно вищі показники кальцію, вітаміну D та альбуміну після проведеного курсу лікування. Гіпокальціємія та дефіцит вітаміну D виявлений у всіх пацієнтів із суб’єктивними проявами захворювання. У всіх пацієнтів виявлена остеопенія, у третини діагностований остеопороз.. Ми продовжуємо обстеження та лікування пацієнток для удосконалення засобів профілактики вказаної патології.

Висновки. 1. У пацієнтів з порушеннями функції хребта на тлі ХЗТС спостерігається зниження рівня кальцію, фосфору, вітаміну D та альбуміну.

2. Пацієнти, які мають суб’єктивні прояви порушення функції опорно-рухового апарата, у 100 % випадків мають гіпокальціємію, дефіцит вітаміну D.

3. При загостренні ХЗТС спостерігаються рецидиви порушення функції опорно-рухового апарата.

ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ: ПРОБЛЕМИ І ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Лимар Л.Є., Маланчин І.М., Лимар Н.А.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

КНП «ТОКПЦ «Мати і дитина» ТОР

Вступ. Останніми роками спостерігається зростання захворюваності жіночих статевих органів. Особливо турбують порушення

менструальної функції (ПМФ), які часто є причиною безпліддя. Печінка є основним органом, що відповідає за метаболізм гормонів в організмі, тому нас зацікавило питання ПМФ у жінок із хронічними гепатитами (ХГ).

Основна частина. Метою нашого дослідження було виявлення впливу ХГ на функцію органів репродуктивної системи та шляхи вирішення цієї проблеми. Нами обстежено 128 жінок дітородного віку від 18 до 45 років, які впродовж 4–12 років страждають ХГ. У 42 (32,8 %) відмічається хронічні гепатити вірусної етіології (гепатити В і С); у 86 (67,2 %) різного неінфекційного генезу. Всім пацієнткам проводилось клінічне дослідження крові, сечі, визначення білірубину, холестерину, загального білка, сечовини, креатиніну, калію, натрію в крові, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛФ, визначення маркерів гепатитів В, С, гормональні дослідження: визначення рівня ФСГ, ЛГ, пролактину, прогестерону, естрадіолу в 1 та 2 фази менструального циклу, УЗД статевих органів, печінки, жовчевого міхура. Всі пацієнтки консультовані гепатологом, інфекціоністом, у них підтверджений діагноз ХГ. Дослідження проводились у фази загострення та ремісії ХГ. Спостерігається прямий кореляційний зв'язок проявів ПМФ при загостренні ХГ: дисменорея у 117 (91,4 %); аномальні маткові кровотечі (АМК) у 67 (52,3 %), причому, на тлі вірусних ХГ у 100 % випадків; олігоменорея у 38(29,7 %) жінок. У фазі ремісії ХГ відмічається дисменорея майже у 57,6 % пацієнток, зменшується кількість АМК до 19,6 5 %; олігоменорея зростає до 32,7 %. Олігоменорея частіше спостерігається у жінок, які страждають ХГ більше 5-6 років. АМК достовірно частіше спостерігаються у жінок, які стажають вірусними гепатитами. Виявлено достовірне зниження прогестерону в 2 фазу менструального циклу при загостренні ХГ у 108 (84,4 %), що свідчить про виражений негативний вплив ХГ на функцію репродуктивної системи. Лікування лише ПМФ без врахування проявів ХГ призводило до тимчасового покращення, але після припинення терапії прояви захворювань відновлювались в 3,2 раза частіше, ніж у пацієнток, які отримували комплексну терапію ХГ та ПМФ. Нами планується продовжувати дослідження ПМФ при ВГ та удосконалити адекватні методи корекції цих порушень з урахуванням екстрагенітальної патології.

Висновки: 1. У жінок з ХГ виникають ПМФ, а саме: дисменорея, олігоменорея, АМК, які рецидивують на тлі загострення ХГ.

2. Рецидиви ПМФ виникають в 3,2 раза частіше при лікуванні ПМФ безврахування загострення ХГ.

3. Своєчасне виявлення екстрагенітальної патології та адекватне її лікування забезпечить зменшення проявів ПМФ.

ЗМІНИ КЛІНІКО-БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

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

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Проблема хронічних запальних захворювань гепатобіліарної системи (ХЗЗГБС) є однією з найбільш важливих в гастроентерології і визначається, насамперед, складністю діагностики та лікування, має загальномедичне і соціальне значення.

Мета роботи – вивчити зміни клініко-біохімічних показників у хворих на хронічні запальні захворювання гепатобіліарної системи та їх корекцію

Основна частина. Обстежено 30 хворих на ХЗЗГБС: хронічний стеатогепатит з мінімальною активністю та хронічний некаменевий холецистит у стадії неповної ремісії віком від 20 до 65 років. Серед них було 16 (53,3 %) чоловіків та 14 (46,7 %) жінок. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Хворі були поділені на 2 групи: 1-ша (16 хворих) одержувала стандартне комплексне лікування, що включало: дезінтоксикаційні засоби, глутаргін, лактулозу, вітаміни впродовж трьох тижнів; 2-га група (14 хворих) додатково вживали і урсолів по 250 мг 3рази в день протягом трьох тижнів. Діагноз верифікували на основі загальноприйнятих клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень.

Аналіз досліджень показав, що у хворих до лікування відмічали такі синдроми: диспепсичний у 70,5 %, астено-вегетативний – у

63,2 %, больовий – у 44,0 %, цитолітичний – у 30,1 %, холестатичний – у 21,2 % хворих. Після лікування більш виражена позитивна динаміка у хворих 2-ої групи. Зникли больовий синдром, диспепсичний залишився у 14,2 %, астено-вегетативний – у 18,5 %. У хворих 1-ої групи відповідно – 20,1 %, 22,3 %, 24,2 %. У хворих 2-ої групи відмічалось достовірне зниження і біохімічних показників крові (білірубін, трансамінази, холестерин).

Висновки. 1. У хворих на хронічні запальні захворювання гепатобіліарної системи спостерігаються зміни клініко-біохімічних показників .

2. У хворих 2 групи під впливом комплексної терапії відмічається більш виражене покращення клінічних синдромів та нормалізація біохімічних показників крові

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні клініко-лабораторних показників у хворих на ХЗГБС залежно від тривалості хвороби.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В РЕМОДЕЛЮВАННІ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ГЕМОДІАЛІЗОМ

Літовкіна З.І., Сусла О.Б.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Ендотеліальна дисфункція (ЕД) є однією з провідних ланок патогенезу серцево-судинних захворювань у хворих на діабетичну нефропатію (ДН). Вважається, що у разі хронічної хвороби нирок (ХХН) пошкодження ендотелію опосередковує ефекти системних проявів запалення на формування дезадаптивного ремоделювання міокарда та прогресування серцевої недостатності, проте характер зв'язку структурно-функціональних показників ендотелію зі станом лівого шлуночка (ЛШ) у пацієнтів із ДН, які лікуються гемодіалізом (ГД), залишається на сьогодні недостатньо вивченим.

Мета дослідження – визначення ролі ЕД у механізмах ремоделювання ЛШ у ГД-хворих на ДН.

Основна частина. До обсерваційного поперечного дослідження було включено 136 хворих на ХХН VД стадії (чоловіки, 78; вік, $(53,9 \pm 1,0)$ років; тривалість ГД, $(47,6 \pm 4,2)$ місяців). Дослідження виконано з дотриманням положень Гельсінської декларації останнього перегляду. Згідно з дизайном дослідження, залежно від наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу з ураженням нирок хворих поділили на дві групи: перша – ДН немає ($n=88$); друга – наявна ДН ($n=48$). Усім пацієнтам проведено повне ЕхоКГ-обстеження з визначенням діаметра лівого передсердя (ЛП), товщини міжшлуночкової перегородки (МШП) та задньої стінки ЛШ (ЗСЛШ), кінцевого діастолічного розміра (КДР) ЛШ, індекса маси міокарда ЛШ (ІММЛШ) і його фракції викиду (ФВ), співвідношення трансмітрального кровоплину в ранню та пізню діастолу (Е/А), часу уповільнення раннього діастолічного наповнення (DT) і часу ізоволюмічного розслаблення (IVRT) ЛШ. Судинорухову функцію плечової артерії (ПА) (ендотелійзалежна вазодилатація (ЕЗВД)) оцінювали за допомогою ультразвуку шляхом проведення тесту з реактивною гіперемією. Вміст циркулюючих ендотеліальних клітин (ЦЕК) та концентрацію нітрит-аніону (NO_2^-) в якості маркерів ЕД вивчали у плазмі крові за стандартними методиками. Застосовували методи непараметричної статистики: U-тест Манна-Уїтні, χ^2 -критерій Пірсона, рангові кореляції (Rs) Спірмена. Дані представлено як $M \pm m$. Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

У ГД-пацієнтів із ДН кількість ЦЕК ($(22,3 \pm 1,3)$ vs. $(14,2 \pm 0,7) \times 10^4/\text{л}$; $Z=4,98$, $p < 0,001$) була вищою, а вміст NO_2^- ($(4,16 \pm 0,41)$ vs. $(9,01 \pm 1,37)$ мкмоль/л; $Z=3,15$, $p=0,002$) та рівень ЕЗВД ($(2,27 \pm 0,66)$ vs. $(5,13 \pm 0,52)$ %; $Z=3,26$, $p=0,001$) – нижчими порівняно з хворими без діабету. Вазоконстрикторні (ЕЗВД <0) та вадилаторні (ЕЗВД=0) реакції судинного ендотелію у другій групі зустрічались частіше ($52,1$ vs. $19,1$ %; $\chi^2=15,6$, $p < 0,001$), ніж у першій. Хворі на ДН поєднувались із значущою поширеністю гіпертрофії ЛШ ($93,8$ vs. $78,4$ %; $\chi^2=5,4$, $p=0,020$), його систолічної ($27,1$ vs. $9,1$ %; $\chi^2=7,7$, $p=0,006$) та діастолічної (100 vs. 83 %; $\chi^2=9,2$, $p=0,002$) дисфункції, що підтверджувалось більшими середніми значеннями таких ЕхоКГ-показників, як діаметр ЛП ($p < 0,001$), КДР ($p < 0,001$), МШП ($p=0,001$), ЗСЛШ ($p=0,038$), ІММЛШ ($p=0,001$), Е/А ($p=0,009$) та, відповідно, меншими величинами – ФВ ($p=0,008$), IVRT ($p=0,013$), DT ($p < 0,001$).

Наявність гіпертрофії ЛШ у хворих на ЦД 2 типу з ураженням нирок, які лікуються ГД, тісно пов'язана із структурно-функціональними показниками ендотелію, а саме з ЦЕК ($R_s=0,38$, $p=0,008$), NO_2^- ($R_s=-0,35$, $p=0,014$) та ЕЗВД ($R_s=-0,30$, $p=0,041$). Встановлено, що збільшення частоти несприятливих (псевдонормального і рестриктивного) типів діастолічної дисфункції ЛШ у разі ДН супроводжується накопиченням ЦЕК ($R_s=0,41$, $p=0,004$), ригідністю ПА ($R_s=-0,33$, $p=0,024$) та недостатньою концентрацією NO_2^- ($R_s=-0,31$, $p=0,035$). Водночас прогресування систолічної дисфункції ЛШ у хворих другої групи корелювало зі збільшенням кількості ЦЕК ($R_s=0,60$, $p<0,001$), зниженням вмісту NO_2^- ($R_s=-0,67$, $p<0,001$) та зменшенням ЕЗВД ($R_s=-0,31$, $p=0,032$).

Зв'язок виразності ЕД з патологічною перебудовою ЛШ у ГД-хворих на ДН представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Кореляційна модель показників ремоделювання ЛШ та ЕД
у ГД-хворих на ДН

	ЕЗВД	ЦЕК	NO_2^-
МШП	$R_s=-0,23$, $p=0,114$	$R_s=0,48$, $p<0,001$	$R_s=-0,30$, $p=0,039$
ЗСЛШ	$R_s=-0,30$, $p=0,037$	$R_s=0,51$, $p<0,001$	$R_s=-0,30$, $p=0,039$
КДР	$R_s=-0,37$, $p=0,009$	$R_s=0,53$, $p<0,001$	$R_s=-0,32$, $p=0,029$
ІММЛШ	$R_s=-0,48$, $p<0,001$	$R_s=0,59$, $p<0,001$	$R_s=-0,34$, $p=0,019$
ФВ	$R_s=0,37$, $p=0,010$	$R_s=-0,65$, $p<0,001$	$R_s=0,54$, $p=0,019$
Діаметр ЛП	$R_s=-0,34$, $p=0,016$	$R_s=0,63$, $p<0,001$	$R_s=-0,46$, $p<0,001$
Е/А	$R_s=-0,40$, $p=0,004$	$R_s=0,50$, $p<0,001$	$R_s=-0,41$, $p=0,004$
IVRT	$R_s=0,36$, $p=0,012$	$R_s=-0,54$, $p<0,001$	$R_s=0,44$, $p=0,002$
DT	$R_s=0,36$, $p=0,012$	$R_s=-0,56$, $p<0,001$	$R_s=0,41$, $p=0,004$

Висновки. Таким чином, (1) ДН у хворих, які лікуються ГД, поєднується з ЕД, що проявляється дефіцитом NO_2^- , порушенням вазореактивності ПА, збільшенням вмісту ЦЕК, причому (2) виразність ЕД тісно асоційована з ГЛШ, потовщенням його стінок, прогресуванням систолічної та діастолічної дисфункції. (3) Розробка ефективної патогенетичної корекції ЕД може знизити кардіоваскулярний ризик у ГД-пацієнтів із ДН.

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ

Маланчин І.М., Маланчук Л.М., Лимар Л.Є., Мартинюк В.М.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Частота гіпертензивних розладів у вагітних жінок коливається від 10 до 20 %. Гіпертензія під час вагітності визначається, коли діастолічний тиск підвищується або дорівнює 110 мм рт. ст. при разовому вимірюванні, або перевищує чи дорівнює 90 мм рт. ст. при дворазовому вимірі з інтервалом більше ніж 4 години. Комплексна терапія артеріальної гіпертензії має бути спрямована на запобігання ускладнень вагітності та пологів.

Основна частина. Під нашим спостереженням знаходилися 124 пацієнтки з гестаційною гіпертензією, які були поділені на дві групи. У I групу ввійшли 68 вагітних, які отримували комплексне лікування, в II – 56 жінок, яким призначали загальноприйнятую терапію. Всім проводили добовий моніторинг АТ, призначали загальноприйняте лабораторне обстеження.

У комплексну терапію гіпертензії входили гіпотензивний препарат (амлодипін), пробіотик, вітамінний комплекс. Дія пробіотиків зв'язана з вивільненням ними біоактивних пептидів з антигіпертензивними властивостями. Амлодипін призначали 5 мг один раз на добу, пробіотик – двічі, вітамінний комплекс одна капсула в день протягом курсу лікування. З першої доби відмічається зниження середньодобового рівня систолічного та діастолічного АТ у вагітних I групи, а через дві доби він нормалізувався у 49 (72,05 %) жінок. Це дозволило пролонгувати вагітність до доношеної. У пацієнток II групи спостерігалось зниження показника середньодобового рівня систолічного та діастолічного АТ через 48 годин. Передчасні пологи мали місце у 5 (7,35 %) жінок I групи та у 7 (12,5 %). Частота передчасних пологів у пацієнток, які отримували комплексну терапію знизилась в 1,7 разів у порівнянні з вагітними II групи.

Висновки. Комплексне лікування гіпертензивних розладів у вагітних знижує ризик появи преєклампсії, покращує перебіг вагітності, зменшує кількість передчасних пологів.

ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Мігенько Б.О.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Патогенетичний підхід до терапії хронічного панкреатиту (ХП) після перенесеного в анамнезі гострого панкреатиту повинен базуватися на більш глибокому розумінні патогенетичної ролі метаболічних змін в організмі, зокрема синдрому ентеропанкреатичної недостатності.

Основна частина. Ферментативна терапія, яка призначається згідно із клінічним протоколом лікування загострення ХП, часто вимагає антибактеріальних засобів, прокінетиків, пробіотиків, спазмолітиків, сорбентів. Така «патогенетично обґрунтована» поліпрагмація при ХП призводить до низького комплаєнсу і викликає побічні ефекти. У зв'язку із цим, для відновлення ефективного ентерального травлення й профілактики формування і прогресування трофологічної недостатності, до традиційного комплексного лікування, запропоновано додатково включати процедури лаважу кишечника. Шляхом введення додаткового технологічного прийому забезпечується періодична подача розчину для промивання кишечника через певні часові проміжки, які можна регулювати стосовно загального стану пацієнта. По закінченню процедури кишечного лаважу одразу можна вводити лікувальні засоби через введений попередньо зонд. Ефективність даної процедури забезпечується за рахунок зменшення напруги в кишківнику через реалізацію промивання під різним змінним тиском пульсуючим способом, що сприяє щадності щодо подразнення кишки. Пацієнти після проведення курсу кишечник лаважів (1–5 процедур в залежності від клінічного стану) відчували значне покращення на відміну від хворих, які не отримували таких процедур.

Висновок. Метод оптимізації корекції ентеропанкреатичного синдрому при загостренні хронічного панкреатиту, що виникав після перенесеного гострого, з наявністю ознак трофологічної недостат-

ності шляхом застосування курсу кишечних лаважів значно покращував клінічний стан таких пацієнтів. Запропонована методика має наступні переваги: дає можливість збільшити час лаважу кишечника за рахунок «пульсуючої» подачі рідини, забезпечує щадний вплив промивання на слизову оболонку кишки, запобігає додатковій травматизації кишечника при необхідності такого введення лікарських засобів.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Мігенько Л.М.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Підшлункова залоза (ПЗ) є активним і потужним регулятором багатьох біологічних реакцій в організмі, тому будь-які патологічні і навіть функціональні зміни в ній завжди призводять до різного ступеня вираженості метаболічних порушень. Ліпотоксичність, яка є закономірним явищем при дисліпідеміях, асоціюється з інсулінорезистентністю (ІР), метаболічним синдромом (МС) та цукровим діабетом (ЦД) II типу.

Основна частина. Системна патологічна реакція при порушеннях ліпідного обміну або так званий «ліпідний дистрес-синдром» (ЛДС), включає патобіохімічні й патоморфологічні процеси, які входять за межі одного органу, спричиняючи виникнення нових або прогресування наявних захворювань із спільним етіопатогенетичним чинником – ліпідний дисбаланс.

Дисліпідемія веде до зниження продукції інсуліну клітинами острівців Лангерганса ПЗ. Контрінсулярним ефектом володіє аполіпопротеїн В, який має з інсуліном спільні антигенні детермінанти і конкурує з ним за специфічні інсулінові рецептори, а це поглиблює явище ІР та створює хибне коло у виникненні множинних патологічних процесів, які об'єднанні порушенням ліпідним обміном. Тому, у комплекс заходів з діагностики ХП, незалежно від етіології, необхід-

но включати визначення показників ліпідного гомеостазу. Найбільш ефективними засобами для лікування гіпер- і дисліпідемій на сучасному етапі вважаються інгібітори ГМГ-Ко-редуктази або статини. Патогенетичний підхід до терапії ХП повинен базуватися на більш глибокому розумінні патогенетичної ролі метаболічних змін в організмі, зокрема ЛДС.

Висновки. До програм комплексного лікування ХП необхідно включати засоби для корекції метаболічних порушень, які повинні не тільки змінити перебіг захворювання, але й попередити виникнення супутніх функціональних та органічних змін, як в підшлунковій залозі, так і в інших органах. Розробка системи контролю ефективності лікування має складатися з двох етапів – корекції порушень ліпідного гомеостазу та лікування пошкодженого органа-мішені, а саме підшлункової залози, що в свою чергу сприятиме гальмуванню деструкції тканини підшлункової залози, зменшить глибину запальних змін і фіброз в ній, а також сприятиме зниженню частоти загострень хронічного панкреатиту.

ПОШУК НОВИХ МОЛЕКУЛЯРНИХ МІШЕНЕЙ РЕГУЛЯЦІЇ СКОРОТЛИВОСТІ МАТКИ

**Мороз О.Ф.¹⁾, Дрозд О.О.²⁾, Лаврик Р.Т.¹⁾, Суха І.А.¹⁾,
Тараріна В.В.¹⁾, Жолос О.В.¹⁾**

¹⁾Навчально-науковий центр «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка;

²⁾Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Вступ. Порушення регуляції скоротливості міометрію часто є причиною ускладнень вагітності та пологів. Передчасні скорочення матки, що можуть виникати й прогресувати за умов перерозтягнення тканини чи змін її метаболізму або інфекції, й натеper залишаються однією з центральних проблем клінічної практики. Проте не менш рідкісним є і стан недостатньо сильних координованих скорочень в пологах, коли доводиться завершувати операцією. Ймовірною причиною таких функціональних порушень вважають силу диспропорції експресії генів, що кодують рецептори або іонні канали.

Саме тому дослідження, спрямовані на пошук молекулярних мішеней серед ланок сигнальних шляхів у міоцитах є актуальними. Дослідження показують, що гормональна регуляція експресії так званих «контрактильних білків» та перехід міометрію від стану «тиші» до активності перед пологами супроводжується змінами в кількості, щільності та різноманітності йонних каналів на мембрані гладеньком'язових клітин. Так, впродовж останніх років активно досліджують участь у механізмах регуляції скоротливості та функціональну взаємодію між собою та іншими ефекторними молекулами кальцій-залежних йонних каналів, каналів транзйентного рецепторного потенціалу (TRP), механочутливих каналів.

Основна частина. Метою нашої роботи було з'ясувати чи можуть йонні канали TRP надродина бути залучені до регуляції скоротливості міометрію за умов норми та патології. З допомогою методу тензометрії здійснювали реєстрацію напруження препаратів міометрію вагітних щурів (18–22 день вагітності) та вагітних жінок в терміні пологів (38–40 тиждень). Кількісний аналіз амплітуди піків скорочень, їх тривалості на половині максимальної амплітуди, частоти скорочень та площі під кривою, яка відображає навантаження м'язу проводили в програмі Clampfit 11.0.3, статистичний аналіз – в програмі OriginPro 9.5 методами непараметричної статистики. Робота виконувалася з дотримання вимог біоетики щодо поводження з тваринами в експерименті. Клінічний матеріал було отримано на підставі інформованої згоди пацієнток при операції кесарського розтину.

Результати наших досліджень показали, що додавання агоніста TPRV4 каналів GSK1016790A до зовнішнього розчину спричинює зниження амплітуди окремих скорочень препаратів вагітної матки щурів на 28,4 % ($P < 0,001$). Застосування агоніста збільшувало тонус смужок міометрію вагітних жінок (приріст складає $1,21 \pm 0,03$; $P < 0,001$), викликаючи у частини зразків поодинокі фазні скорочення. Цей ефект усувався застосуванням селективного блокатора каналів HC067047, на фоні дії якого зниження тонуусу смужок становило $0,67 \pm 0,16$; $P < 0,01$. Окситоцин-стимульована активність гладеньком'язових клітин матки жінок в терміні пологів змінювалася на фоні дії HC067047 як у бік зростання амплітуди фазних скорочень

(відношення F/F₀ становило 1,33±0,22; P<0,01) та збільшення виконаної роботи (A/A₀=1,46±0,39; P<0,05), так і в сторону припинення фазної активності та зниження тонуусу смужок на 51 %. В умовах гіпотонічного середовища (220 мОсмоль/л), коли TRPV4 канали активуються у відповідь на розтягнення клітинної мембрани, препарати міометрію щурів демонстрували збільшення амплітуди сили скорочення на 60 %; (P<0,05), а препарати міометрію жінок без патології скоротливості реагували зменшенням амплітуди скорочень у 5 разів (P<0,05). При застосуванні ж селективного блокатора TRPV4 каналів на цих зразках спостерігалось збільшення амплітуди поодиноких скорочень на 38 % (P<0,05) відносно спонтанних скорочень та на 120 % (P<0,01) порівняно із показниками при гіпотонії.

Фармакологічна активація TRPC4 каналів їх селективним агоністом (-)-енглеріном А за низьких його концентрацій (1 нМ) зумовила зростання скоротливості препаратів міометрію щурів на 85 % (P<0,05) при цьому ефект статистично не відрізнявся від дії окситоцину. При активації TRPC4 каналів в міометрії жінок без слабкості пологової діяльності спостерігалось підвищення базального напруження м'язу без змін амплітуди поодиноких скорочень. Проте препарати жінок із діагностованою слабкістю пологової діяльності, які не відповідали скороченнями на окситоцин, відреагували на агоніст TRPC4 в концентрації 30 нМ стрімким зниженням тонуусу з деяким збільшенням амплітуди сили скорочень порівняно з контролем.

Висновки. Таким чином, TRPV4 іонні канали є частиною міогенних та гормональних механізмів регуляції скоротливості міометрію в терміні пологів. Протилежні ефекти, що виникали на міометрії різних біологічних видів, ймовірно, є результатом різної експресії механо- та кальцій-чутливих іонних каналів. За умов слабкості пологової діяльності та слабкої реакції на окситоцин, міометрій жінок демонструє скоротливу відповідь на (-)-енглерін А в концентрації 30–100 нМ, що є перспективним в контексті пошуку засобу стимуляції скорочень матки, який зберігає ефективність при порушенні передачі сигналу з G-білок спряжених рецепторів на їх ефектори для забезпечення зростання концентрації кальцію в міоцитах та наступного їх скорочення.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ

Мудра У.О., Андрейчин С.М.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Подагра є актуальною проблемою охорони здоров'я, а також серйозною медико-соціальною й економічною проблемою з огляду на значну поширеність і схильність до розвитку гострих рецидивних артритів, що призводять до погіршення якості життя, тривалої непрацездатності, ранньої інвалідизації. Важливу роль у перебігу подагри відіграють різні коморбідні стани, які ускладнюють її своєчасну діагностику і лікування. Вона часто поєднується із захворюванням печінки, зокрема з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ).

Основна частина. Метою нашого дослідження було вивчити клінічні особливості перебігу подагри при супутньому неалкогольному стеатогепатиті.

В дослідженні взяли участь 123 хворих на подагру в період загострення, з них 118 (95,9 %) чоловіків і 5 (4,1 %) жінок. Середній вік склав (57,73±1,01) року. Для вивчення клінічних особливостей подагри пацієнти були поділені на дві групи: I – 65 хворих на подагру без ураження печінки, II – 58 осіб із супутнім НАСГ.

В клінічному обстеженні хворих враховували скарги, дані анамнезу (тривалість захворювання, частоту нападів за останні 12 місяців). Також пацієнти проходили фізикальний огляд (підрахунок числа тофусів, уражених суглобів, визначення інтенсивності болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), вмісту сечової кислоти (СК), С-реактивного білка (СРБ), швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) в сироватці крові.

Основною скаргою у хворих обох груп був біль, як один із проявів суглобового синдрому, та обмеження рухів у них. У 81,5 % хворих групи I і 93,1 % групи II була припухлістість ураженого суглоба з почервонінням шкіри у 69,2 % і 97 % відповідно. Підвищення локальної температури було у 77 % й 93,1 % осіб, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр виявлено у 17 % і 22,4 % обстежених груп.

За даними анамнезу захворювання, середня тривалість подагри у всіх обстежених пацієнтів становила $(8,75 \pm 0,50)$ року. Тофуси виявлено у 80 (65 %) осіб, у групі I – 36 (45 %) чоловік, у II – 44 (55 %). Варто зауважити, що у пацієнтів із НАСГ переважали множинні тофуси.

Оцінюючи частоту загострень подагри в рік, слід відмітити статистично достовірне зростання їх в 1,5 разу серед пацієнтів із супутнім НАСГ, порівняно з обстеженими без ураження печінки ($p < 0,05$).

При аналізі кількості втягнутих в патологічний процес суглобів виявлено, що у пацієнтів з подагрою без ураження печінки в патологічний процес було залучено $(3,75 \pm 0,30)$ суглобів: моноартрит виявлено у 24,6 %, олігоартрит – у 29,2 %, поліартрит – в 46,2 %. В осіб із супутнім НАСГ у переважній більшості (96,5 %) спостерігалися оліго- і поліартрит, а моноартрит лише у 3,5 % обстежених. В середньому число уражених суглобів у групі становило $5,36 \pm 0,38$.

Для хворих групи II було характерним зростання кількості пацієнтів з важким перебігом захворювання – 18 (31 %) і зменшення відсотка з перебігом легкого ступеня – 7 хворих (12 %) і середнього – 33 (57 %). Водночас у групі I важкий перебіг діагностовано у 7 осіб (11 %), середній – в 41 (63 %), легкий – у 17 (26 %) пацієнтів.

Інтенсивність болю за ВАШ у пацієнтів групи II була більшою в 1,2 разу порівняно з обстеженими групи I ($p < 0,05$).

При аналізі лабораторних показників виявлено, що в обстежених групи II мало місце підвищення рівня СК у крові в 1,4 разу порівняно з пацієнтами групи I, відповідно до $(621,57 \pm 13,47)$ й $(459,72 \pm 11,44)$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Запальний процес, за рівнем СРБ, був достовірно вираженішим в 1,7 рази у пацієнтів із супутнім НАСГ, ніж у групі I. Збільшення ШОЕ, як критерія активності й ступеня важкості запального процесу, мало місце серед всіх пацієнтів, але найбільше у хворих із супутнім ураженням печінки $(29,12 \pm 1,04)$ мм/год, що в 1,5 рази перевищував показник групи I ($p < 0,05$).

Висновок. Перебіг подагри у хворих з супутнім НАСГ тяжчий, ніж за його відсутності. При такому поєднанні число уражених суглобів, тофусів, загострень протягом року зростає. Має місце підвищення інтенсивності болю за ВАШ, посилюється запальний процес.

ЗВ'ЯЗОК РІВНІВ ОСТЕОКАЛЬЦИНУ ТА N-КІНЦЕВОГО ПРОПЕПТИДУ ПРОКОЛАГЕНУ І ТИПУ (PINP) ЗІ СТРУКТУРНО – ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

Павлюк О.М.¹⁾, Шевчук С.В.^{1,2)}

¹⁾ Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, медичний факультет, кафедра внутрішньої медицини № 2

²⁾ НДІ реабілітації осіб з інвалідністю (ННЛК) Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

Вступ: порушення структурно-функціонального стану кісткової тканини у вигляді розвитку остеопорозу є частим ускладненням анкілозивного спондилоартриту (АС), що може розвиватися вже на ранніх стадіях захворювання та підвищувати ризик виникнення компресійних переломів. Проте, діагностувати остеопороз доволі складно, оскільки патологічно нове формування кісткової тканини заважає оцінити мінеральну щільність кістки. Osteocalcin та PINP є специфічними та чутливими маркерами кісткового метаболізму, які використовуються для діагностики остеопорозу при багатьох ревматичних захворюваннях. Однак, дані щодо їх рівнів при АС є досить суперечливими. А в українській популяції хворих на АС подібних досліджень взагалі не проводилось.

Мета: оцінити рівні osteocalcin (OC) та PINP у чоловіків, хворих на анкілозивний спондилоартрит (АС) та порівняти їх зі структурно-функціональним станом кісткової тканини.

Основна частина. Матеріали та методи: у дослідженні було включено 82 хворих на АС, середній вік яких становив (40,9±0,9) роки, тривалістю захворювання – (9,02±0,6) років. Група контролю складалася із 22 практично здорових осіб без будь-якої ревматологічної патології. Для оцінки метаболічного стану кісткової тканини проводили визначення рівнів ОК та PINP імуноферментним методом. Мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) вимірювали за допомогою двохенергетичної рентгенівської абсорбціометрії на апараті «Hologic Discovery Wi» (S/N 87227) на рівні поперекового відділу хребта та шийки стегнової кістки.

Результати: встановлено, що низькі рівні маркерів синтезу кісткової тканини (ОС та PINP) виявлено у 23 % хворих на АС, відносно нормальні рівні у 57–71,9 %, високі рівні у 4,9–20,2 % хворих. У контрольній групі низькі рівні виявлено у 9,1 % осіб, у 81,8–90,9 % спостерігалися відносно нормальні рівні маркерів синтезу, а високих рівнів стосовно остеокальцину взагалі не було, а за рівнем PINP тільки у 9,1 % осіб. Дослідженням встановлено, що рівні маркерів кісткового метаболізму тісно асоціювалися з наявністю кісткових розростань. А саме, у групі хворих без синдесмофітів низькі рівні ОК та PINP зустрічалися у 32,7–34,5 %, у групі з поодинокими синдесмофітами – 23,1–30,7 %, а в групі хворих з повним анкілозом хребта тільки у 14,3 % хворих. При цьому середні рівні маркерів синтезу зростали і були найвищими у хворих з повним анкілозом хребта, а за рівнем ОС взагалі були достовірними по відношенню до групи хворих без синдесмофітів.

Висновки. У чоловіків, хворих на анкілозивний спондилоартрит рівні ОК та PINP суттєво не відрізняються від осіб контрольної групи. Патологічно нове формування кісткової тканини у вигляді синдесмофітозу та анкілозу хребта має тісний зв'язок з підвищеним рівнем маркерів синтезу кісткової тканини.

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОАКТИВНОГО ПРЕПАРАТУ БІОВЕН У ЛІКУВАННІ ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ АСОЦІЙОВАНОЇ З ВІРУСОМ ГРИПУ А Н1N1

Руда М.М., Чернець Т.Ю., Кучер С.В., Рудий В.І., Головка Ю.Ю.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. У зв'язку з захворюваністю на грип А Н1N1, що щорічно спостерігається в Україні та сусідніх країнах, профілактика та лікування цього захворювання стали одними з найбільш актуальних і обговорюваних медичних питань. Та слід зазначити, що занепокоєння медичної спільноти пов'язане не стільки з самим грипом, скільки з його небезпечними для життя ускладненнями. Досить частим

та грізним ускладненням цього захворювання є вірусна пневмонія, смертність від якої сягає 1 %. Більшість вірусних пневмоній мають легкій перебіг, але є випадки важкого перебігу пневмоній, які призводять до легеневих та позалегенових ускладнень.

Мета: Клінічне спостереження застосування імуноактивних препаратів у лікуванні негоспітальної пневмонії асоційованої з вірусом грипу А Н1N1.

Основна частина. Опис клінічного випадку. Пацієнтка Д., 66 років. Госпіталізована у відділення анестезіології та інтенсивної терапії Тернопільської МКЛ № 2 в ургентному порядку зі скаргами на підвищення температури до 39,5 °С, сухий кашель, задишку в спокої, яка підсилювалась при незначному фізичному навантаженні, загальну слабкість.

За даними анамнезу захворювання розпочалось гостро з високої температури тіла, кашлю, катаральних явищ. Хвора звернулась до сімейного лікаря, після обстеження їй було діагностовано інфікування штамом грипу А Н1N1, за результатами вірусологічного дослідження.

Об'єктивно: загальний стан хворої тяжкий. Хвора підвищеного живлення. Видимі слизові бліді. Частота дихання 26 за 1 хв. Перкуторно справа від кута лопатки, а зліва на всьому протязі укорочення легеневого звуку, аускультативно зліва над всією поверхнею легені та справа в нижніх відділах послаблене везикулярне дихання, вологі дрібнопухирцеві хрипи.

Результати лабораторного обстеження. Загальний аналіз крові: відмічається лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфоцитоз. На рентгенограмі грудної клітки спостерігається зниження пневматизації за рахунок зливної, інтенсивного характеру інфільтрації легеневої тканини зліва та інфільтративні зміни в нижній долі правої легені. Концентрація кисню (SpO₂) 77 %.

Клінічно та рентгенологічно встановлений діагноз: негоспітальна двобічна полісегментарна вірусно-бактеріальна пневмонія IV категорії. ЛН II-III.

Призначено лікування відповідно до міжнародних стандартів інтенсивної терапії та з урахуванням клінічного досвіду лікуючих лікарів: цефалоспорини IV покоління, фторхінолони III покоління, лоратидін, флуконазол, дезінтоксикаційна терапія, зволожений кисень.

Незважаючи на проведення лікування, стан хворої погіршувався: температура залишалась на рівні 38–39 °С, прогресувала дихальна недостатність, частота дихання 28 за 1 хв, малопродуктивний кашель, загальна слабкість. На шостий день лікування при аускультатції в легенях збільшилась кількість вологих різнопухирцевих хрипів на всій довжині правої та лівої легень.

Для наступного етапу лікування призначено: меропенем, клексан, а також біовен моно, зволожений кисень через допоміжну неінвазивну вентеляцію легень апаратом “CARINA” в режимі SPAP. Проводиться продовження симптоматичної терапії.

На 14 день лікування стан хворої покращився: нормалізувалась температура тіла, задишка зменшилась, зменшився кашель. SpO₂ 92 %. При аускультатції в нижніх відділах обох легень на фоні ослабленого дихання вислуховується крепітація.

В подальшому відмічається стабілізація стану пацієнтки, позитивна динаміка лабораторних методів обстеження та рентгенограми органів грудної клітки.

Висновок: При важкому перебігу негоспітальної пневмонії асоційованої з вірусом грипу призначення препарату біовен приводить до покращення клінічного перебігу захворювання.

РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В НАДАННІ ПАЦІЄНТАМ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

Рябокоть М. О., Рябокоть С. С., Корильчук Н.І.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. На початку третього тисячоліття високий рівень захворюваності і смертності населення від різних хвороб та поширення соціально небезпечних інфекційних захворювань викликають стурбованість світового співтовариства через масштаби та швидкість їх поширення в суспільстві. Спостерігається невпинне старіння населення і зростання питомої ваги осіб похилого віку, які потребують паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) в кінці життя.

Мета. Медико-соціальний аналіз і визначення організаційних аспектів сучасного стану та пріоритетних напрямків розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги на Тернопільщині в умовах реформування системи охорони здоров'я України

Основна частина. Несприятлива медико-демографічна ситуація в Україні вимагає обґрунтування, створення і розвитку доступної, якісної та ефективної системи ПХД, що потребує залучення до надання ПХД медичних працівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) первинної медичної допомоги (ПМД) і спеціалізованих ЗОЗ, координації роботи закладів та установ, підпорядкованих різним міністерствам та відомствам, різних форм власності.

На сьогодні в Тернопільській області продовжуються реформи медичної галузі з метою наближення доступності та покращення якості обслуговування населення, розширення спектру надання медичних послуг пацієнтам, які потребують ПХД шляхом залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам, у тому числі вдома.

Висновок. Медико-соціальний аналіз демографічних показників, захворюваності і смертності свідчить про швидке скорочення чисельності та постаріння населення, високий рівень смертності від злоякісних новоутворів і тяжких ускладнень хронічних неінфекційних захворювань, що визначають високу потребу населення у ПХД. На основі оцінки розвитку паліативної та хоспісної допомоги та відповідності її світовим стандартам розуміємо, що система потребує подальшого розвитку.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БІОРЕГУЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ІЗ СУПУТНЬОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Сабат З.І., Бабінець Л.С.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Хронічний панкреатит – це типове соматичне захворювання з вираженим психологічним компонентом. ХП спричиняє різ-

номанітні зміни у психоемоційній сфері пацієнтів: від ситуаційних реакцій до тривалих глибоких переживань, що негативно позначаються на якості життя.

Мета. Порівняти ефективність лікування пацієнтів з хронічним панкреатитом (ХП) та вегетативною дисфункцією (ВД) з включенням препарату гінкго білоби (мемоплант) та біорегуляційної терапії за динамікою показників якості життя.

Основна частина. Проведено оцінку даних опитувальника SF-36 у 35 пацієнтів з ХП та ВД до та після лікування. Пацієнтів було поділено на 2 підгрупи: I підгрупа (18) – отримували загальноприйняте лікування (ЗПЛ), підсилене курсом мемопланту, II підгрупа (17) – ЗПЛ з курсом мемопланту і біорегуляційної терапії (БРТ): момордика композитум, траумель С та неурексан згідно із запропонованою схемою.

За результатами опитувальника SF-36, доведено зниження усіх показників якості життя у пацієнтів на ХП із ВД, однак найбільше зменшились рольове ($33,1 \pm 3,3$) та емоційне ($40,0 \pm 4,4$) функціонування. Включення до лікування хворих на ХП мемопланту сприяло регресу клінічних проявів, оптимізувало показники якості життя (динаміка показників за фізичним компонентом склала ($15,8 \pm 1,9$) бала, а за психологічним – ($16,5 \pm 1,7$) бала, у пацієнтів, яким додатково до ЗПЛ і мемопланту проводилась БРТ дані показники склали ($21,9 \pm 2,2$) та ($22,0 \pm 1,3$) бала відповідно ($p < 0,05$).

Висновок. Проаналізувавши отримані результати, можна стверджувати, що включення до ЗПЛ вегетотропного препарату та біорегуляційної терапії позитивно впливає на показники якості життя. Включення біорегуляційної терапії більш ефективна у цьому відношенні, особливо щодо психологічного компоненту.

ДИНАМІКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Середюк Л.В., Вакалюк І.П

Івано-Франківський національний медичний університет

Вступ. У всьому світі фібриляція передсердь (ФП) є найпоширенішою стійкою серцевою аритмією у дорослих. ФП асоціюється із

підвищеним рівнем захворюваності і смертності, тим самим передвіщаючи значний тягар для пацієнтів. Ризик ФП залежить від віку, генетики, етнічної приналежності, старіння, суб (клінічних) факторів. Ними є СН, ІХС, АГ, ЦД, клапанна хвороба, судинні захворювання, ліпідний профіль, ожиріння, куріння, запальні захворювання, споживання алкоголю, хронічні захворювання нирок, фізична бездіяльність і інтенсивна активність. Однак, не менш важливими є три-ожно-депресивні стани та схильність до стресу. Вплив фактору ризику на ФП, свідчить про те, що раннє втручання та модифікований контроль може зменшити інцидент/симптоматику ФП.

Мета: проаналізувати динаміку ефективності лікування психоемоційного фону у пацієнтів з пароксизмальною формою ФП.

Основна частина. Матеріали і методи. В клінічне дослідження залучили 61 пацієнта з ФП на фоні психоемоційних розладів та без них. Хворих поділено на 4 підгрупи, в залежності від методу лікування. Методи діагностики включали психометричні шкали: шкала психосоціального стресу Л. Рідера, шкала сприйманого стресу-10, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

Результати: За результатами шкали психосоціального стресу Л. Рідера доведено, що під впливом стандартної терапії рівень стресу зменшився на 22,42 % ($p_1 < 0,05$). У групі стандартного лікування + мебікар, виявлено, що на 14 день і через 1,5 місяці лікування відмічалось зниження рівня стресу на 42,52 % і 67,61 % ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,001$), з врахуванням, того, що кількість хворих в цій групі зменшилася з високого до низького рівня стресу. Бальна оцінка стресу, у хворих, що отримували карведілол зменшилася на 14 %, без достовірної різниці між періодами спостереження. Звертає на себе увагу, що в пацієнтів із застосуванням карведілолу і мебікару рівень стресу знизився з ($1,54 \pm 0,14$) бали vs ($0,76 \pm 0,10$) бали ($p_1 < 0,001$) – відповідно.

Динаміка показників шкали сприйманого стресу-10 відзначила, що за прийому мебікару рівень стресу знизився з високого (68,8 %) до низького (18,75 %), в той час як в групі стандартного лікування з середнього (100,0 %) до низького (40,0 %). Пацієнти, що отримували карведілол середній рівень стресу знизився з 33,34 % до 20,0 % (Δ %16,75) ($p_2 > 0,05$). При поєднаному лікуванні карведілолом і мебікаром відмічалася редукція високого і середнього рівня стресу з 20,0 % до зникнення і 80,0 % до 31,25 % – відповідно.

Аналіз шкали HADS у хворих, що отримували базисне лікування свідчить про пониження рівня тривоги на 39,88 % ($p_1 < 0,001$), депресії на 33,06 % ($p_1 < 0,01$). У пацієнтів, що приймали анксиолітичну терапію, у 50,0 % переважав клінічний, у 31,25 % субклінічний рівень тривоги в поєднанні з депресією у 56,25 % і 25,0 % хворих, відповідно. Після проведеного курсу 1,5 місячної терапії статистично значимо знизився рівень тривоги на 77,92 %, депресії на 77,73 % ($p_2 < 0,001$) по відношенню з вхідними даними. В групі хворих, що отримували карведілол, виявлено поодинокі випадки тривоги і депресії, тоді, як у більшій частині відзначалася відсутність цих розладів. При застосуванні карведілолу і мебікару клінічний рівень тривоги був виявлений в 33,34 %, в тому числі 60,0 % пацієнтів мали субклінічний рівень. У 20,0 % хворих виявлений клінічний рівень депресії і в 73,34 % – субклінічний. У респондентів цієї групи, відмічено зниження показників тривоги ($9,80 \pm 0,56$) балів vs ($4,00 \pm 0,31$) балів, ($p_2 < 0,001$), і депресії ($9,80 \pm 0,65$) балів vs ($4,29 \pm 0,47$) балів, ($p_2 < 0,001$), що підтверджує позитивний вплив мебікару.

Висновок. Отже, за даними клінічного дослідження, застосування мебікару сприяло зниженню рівня стресу і тривожно-депресивної симптоматики, що підтверджено статистично, тоді, як прийом карведілолу впливав на гемодинаміку діяльності серця.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ НЕІНФЕКЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ

Скурат К.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. Поширеність хронічних захворювань печінки (ХЗП) становить понад 30 мільйонів людей у всьому світі, і вона швидко зростає завдяки постійному зростанню частоти захворювань печінки, пов'язаних з ожирінням. ХЗП може мати різну етіологію.

Хронічна хвороба печінки збільшує соціально-економічне навантаження на пацієнтів, їхні сім'ї та систему охорони здоров'я. ХЗП пов'язані зі значними витратами у сфері охорони здоров'я,

втратою продуктивності та ефективності праці пацієнтів та/або втратою працездатності як такої, та має суттєвий вплив як на загальну якість життя пацієнтів, так і, особливо, якість життя, пов'язану зі здоров'ям.

В останні роки психічне здоров'я пацієнтів, у тому числі хворих на ХЗП, активно вивчалось, оскільки його порушення призводять до зниження якості життя, що пов'язано з погіршенням результатів лікування, зниженням рівня лікування та збільшенням смертності.

Основна частина. Метою було визначити сучасні погляди на психологічний стан пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки неінфекційного генезу, систематизувати зібрані дані та порівняти інформацію, представлену в українській та зарубіжній науковій літературі з цього питання за останні роки.

Було проведено якісний та кількісний аналіз змісту наукової української та англійської літератури, опублікованої за період з 2014 по 2019 рік, який викладає різні погляди на психологічний стан пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки неінфекційного генезу. Пошук здійснювався за допомогою бази даних PubMed.

Для аналізу поглядів світових дослідників на психологічний стан пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки неінфекційного генезу було вирішено включити лише оглядові статті, аналіз концепцій, мета-аналіз та систематичні огляди, опубліковані англійською мовою, представлені в науковій літературі.

Висновки. Було проведено узагальнення інформації про психологічні особливості пацієнтів із хронічними незарозними захворюваннями печінки. Виходячи з вищесказаного, можна зробити висновок, що для цієї групи пацієнтів характерні знижений настрій, хронічна втома, низький рівень соціальної адаптації, підвищена тривожність та зниження працездатності.

Дослідження різних вчених з різних країн сходяться на думці, що пацієнти з хронічними захворюваннями печінки характеризуються вищевказаними симптомами. Однак досі не знайдено точного пояснення, що саме це спричинило. Деякі наголошують на психоневрофізіології та пов'язують ці симптоми з хронічним запаленням, яке спостерігається в міру прогресування пошкодження печінки. Інші дослідники припускають, що це пов'язано з якістю життя цих пацієнтів та тягарем захворювання.

ВПЛИВ ДОКСОРУБІЦИНУ НА ВМІСТ КАРДІОЛІПІНУ В ГЕПАТОЦИТАХ ЩУРІВ

Стороженко Г.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Вступ. Відомо, що доксорубіцин це препарат, який має потужну цитостатичну дію, що застосовується в хіміотерапії онкологічних захворювань різного генезу. Останні дослідження демонструють нові механізми дії доксорубіцину на клітини різних тканин. Встановлено, що однією з особливостей дії доксорубіцину є індукція короткострокової активації анаболізму нейтральних і сфінголіпідів. В той же час відомо, що доксорубіцин може зв'язуватись з кардіоліпіном, порушуючи функціонування цього фосfolіпиду та викликаючи підвищення проникності мембран мітохондрій. Раніше нами було встановлено, що внутрішньочеревне введення доксорубіцину 3-місячним щурам протягом 4 тижнів приводило до зниження вмісту кардіоліпіну у печінці та серці цих тварин. У зв'язку з вищенаведеним метою даної роботи явилось дослідження ефектів доксорубіцину на клітинному рівні.

Основна частина. Встановлено, що додавання доксорубіцину до середовища культивування гепатоцитів приведе до збільшення ендогенних керамідів у гепатоцитах щурів на 18 % у порівнянні з контролем ($p < 0,05$). Крім того, підвищення вмісту керамідів при дії доксорубіцину супроводжувалось зниженням вмісту кардіоліпіну в цих клітинах на 23 % порівняно з контрольними гепатоцитами ($p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, встановлено, що доксорубіцин викликає аналогічні ефекти на клітинному рівні і на рівні цілого організму. При цьому ефекти доксорубіцину можливо опосередковані накопиченням в клітинах кераміду, який у свою чергу викликає зміни вмісту ліпідів у клітинах.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ НАБУТИХ ВАДАХ СЕРЦЯ ПРИ ВПЛИВІ ГЕМОДИНАМІЧНОЇ ТРАВМИ

Федонюк Л.Я.¹⁾, Захарова В.П.²⁾

*¹⁾Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

*²⁾Національний Інститут серцево-судинної хірургії
ім. М.М. Амосова НАМН України*

Вступ. Клапани серця (КС) знаходяться в постійному русі, тому вони повинні бути достатньо еластичними та одночасно міцними. Цьому сприяють особливості їх гістологічної будови. Невеликі уроджені зміни в структурі КС, які спочатку є функціонально компенсованими, можуть відігравати значну роль у розвитку вади серця на більш пізніх етапах життя хворого. Порушення компліментарності між структурною організацією стулок КС і напрямком внутрішньо-серцевих потоків крові може викликати пошкодження структурних компонентів КС, а потім вторинно змінити систоло-діастолічну функцію серця.

Основна частина. Матеріалом для дослідження послужили КС, які отримані під час операції клапанного протезування в Інституті серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова. Операційний матеріал вивчався макро- та мікроскопічно. Із половини зразків виготовляли заморожені зрізи, інші кусочки, що отримані з тих же ділянок, зневоднювали та отримували з них, згідно із загальноприйнятою методикою, парафінові зрізи, які забарвлювали гематоксилін-еозином, пікрофуксином за Ван-Гізона, а також фукселіном на еластику.

Макроскопічні характеристики уродженої патології мітрального клапана полягали основним чином у дисплазії папілярно-хордального апарату, що проявлялось нерегулярним розташуванням хорд, зменшенням або збільшенням їх кількості, зміною товщини всіх хорд або частини з них, а також присутністю хордальних ниток різної довжини та напрямку. Це призводило до підтягування однієї або декількох головок сосочкових м'язів до стулок і видовження інших із подальшим їх фіброзом. Стулки були нерівномірно набряклими, деформо-

ваними за рахунок формування аневризмоподібних вип'ячувань у бік передсердя, що утворювались у зонах, які не мали хордальної підтримки. Краї стулок мали фістончастий вигляд із напівпрозорими розростаннями у вигляді бородавок. Мікроскопічно на рівні основи хорд у таких стулках виявлялись зміни у вигляді вираженого набряку та розшарування сполучнотканинних волокон.

Особливо слід звернути увагу на мітральні клапани, хорди яких на шлуночковій поверхні стулок створювали своєрідний густий трабекулярно-ворсинчастий рельєф. Стулки таких К мали вигляд збільшених за площею набряклих структур із широким напівпрозорим внутрішнім шаром і достатньо чітко вираженим білісуватим, більш щільним, зовнішнім шаром на передсердній поверхні. При мікроскопічному дослідженні в цих стулках відмічалось значне розширення спонгіозного шару за рахунок набряку та помірної проліферації фібробластів, а також за рахунок розволокнення та фрагментації пучків колагенових волокон щільних зовнішніх шарів стулки. Крім того, поверхня стулок практично завжди була вкритою більш або менш товстим шаром молоді сполучної тканини.

Нами виявлено, що характерною ознакою уродженої патології КС була гіперплазія субендотеліальних клітин, які за морфологічною будовою подібні до гладеньких міоцитів. У всіх випадках даної патології клітини залягали суцільним багаторядним пластом.

Висновки. Таким чином, можна припустити, що в КС навіть мінімальні анатомічні зміни уродженого характеру призводять до наростаючого ремоделювання вальвулярних структур. Процес трансформації стулок КС йде по шляху фрагментації та розволокнення пучків колагенових волокон із набряком спонгіозного шару. Всі ці зміни можна пояснити хронічною надлишковою механічною дією потоків крові на структури КС. У подальшому дані пошкодження можуть, з однієї сторони, поглиблюватися за рахунок фіброзу, жирової дегенерації та кальцинозу, а з іншої – у процес включаються компенсаторні механізми, які повинні укріпити механічну міцність, і тим самим – функціональну компетентність КС. До таких механізмів, безумовно, можна віднести гіперплазію субендотеліальних гладких м'язових клітин.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ І КОМОРБІДНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Фесенко В.І., Князева О.В.

*ДЗ Дніпропетровська медична академія МОЗ України, ФПО
Кафедра терапії, кардіології і сімейної медицини, м. Кривий Ріг*

Вступ. Оцінка якості життя (ЯЖ), зумовленої здоров'ям, пацієнтів використовується з метою комплексної оцінки стану здоров'я та ефективності лікування. Висока розповсюдженість ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), частота їх поєднання спонукає до вивчення ЯЖ пацієнтів з кардіопульмональною патологією.

Мета – проаналізувати показники якості життя (ЯЖ) у пацієнтів з хронічною ІХС (ХІХС) в поєднанні з ХОЗЛ.

Основна частина. Матеріали і методи. В дослідження включено 120 пацієнтів, середнім віком 60,5 (54; 68) років, які були розподілені на 3 групи. В групу 1 включено 70 пацієнтів (58 чоловіків, 12 жінок) з ХІХС у поєднанні з ХОЗЛ. До групи 2 віднесено 26 пацієнтів з ХІХС без ХОЗЛ, в групу 3 – 24 пацієнта з ХОЗЛ без ХІХС. Групи співставні за віком та статтю. ХІХС діагностували згідно з Наказом МОЗ України № 152 від 02.03.2016 року, з урахуванням рекомендацій ЄКТ 2019 року. Діагностику ХОЗЛ проводили згідно до Настанови з ХОЗЛ, затвердженої НАМН України у 2020 році з урахуванням рекомендацій GOLD 2020 року. Всім пацієнтам проводили клінічне обстеження, лабораторні та інструментальні (ЕКГ, трансторакальна доплер-ехокардіографія, спірометрія, пульсоксиметрія) дослідження. ЯЖ оцінювали за допомогою стандартизованого неспецифічного опитувальника SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status), який включає 36 запитань з визначенням фізичного та психічного компонента. Максимальне значення для всіх шкал за повної відсутності обмежень чи порушень здоров'я становить 100. Чим вищий показник по кожній шкалі, тим кращою є ЯЖ за цим параметром. Всі хворі надали інформовану згоду на включення в дослідження. Статистичний аналіз результатів дослідження проведено за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1, серійний № AGAR909E415822FA.

Результати. В групі 1 стабільну стенокардію напруження II функціонального класу (ФК) мали 53 пацієнти (75,7 %), III ФК – 17 пацієнтів (24,3 %). Група пацієнтів з ХІХС без ХОЗЛ була співставна за тяжкістю перебігу ІХС. В 1й групі до клінічної групи В ХОЗЛ віднесено 42 пацієнта (60,0 %), до групи С – 9 пацієнтів (12,9 %), до групи D – 19 пацієнтів (27,1 %). Показник ОФВ1 51,9 (27,9;75,2) %, ФЖЕЛ – 69,2 (47,7;80,9) %, ОФВ1/ФЖЕЛ – 0,57 (0,44;0,65). Помірний ступінь бронхіальної обструкції мали 62,8 % пацієнтів групи 1, тяжкий – 28,6 %, дуже тяжкий – 8,6 %. Група 3 (ХОЗЛ без ХІХС) була співставна з групою 2 за тяжкістю проявів ХОЗЛ. Пацієнти з поєднанням ХІХС та ХОЗЛ мали гірші показники ЯЖ ніж пацієнти груп 2 та 3. В основній групі стабільну стенокардію напруження II функціонального класу (ФК) мали 53 пацієнти (75,7 %), III ФК – 17 пацієнтів (24,3 %). Група пацієнтів з ХІХС без ХОЗЛ була співставна за тяжкістю перебігу ІХС. В основній групі до клінічної групи В ХОЗЛ віднесено 42 пацієнта (60,0 %), до групи С – 9 пацієнтів (12,9 %), до групи D – 19 пацієнтів (27,1 %). Помірний ступінь бронхіальної обструкції мали 62,8 % пацієнтів основної групи, тяжкий – 28,6 %, дуже тяжкий – 8,6 %. Пацієнти групи порівняння 2 (ХОЗЛ без ХІХС) були співставні за тяжкістю ХОЗЛ. Пацієнти з поєднаною патологією мали достовірно гірші показники фізичного компоненту ЯЖ 32,4 (30,5;42,6) балів, ніж пацієнти з ХІХС (44,8 (37,9;52,3) балів) або з ХОЗЛ (41,5 (38,3;51,6) балів). Гіршими були і показники психічного компоненту ЯЖ у пацієнтів 1-ї групи – 39,8 (37,2;45,3) балів проти 45,2 (38,9;54,2) та 44,7 (39,2;52,3) балів в 2 та 3 групах. При аналізі доменів фізичного компоненту виявлено, що пацієнти з поєднаною патологією мали достовірно гірші показники фізичної активності, інтенсивності болю, обмеження життєдіяльності через фізичні проблеми та оцінки загального стану здоров'я. Серед доменів психічного компоненту достовірні відмінності виявлено у пацієнтів з поєднанням ХІХС та ХОЗЛ в оцінці життєвої активності, психічного здоров'я, ролі емоційних проблем в соціальній активності. У пацієнтів групи 1 виявлено кореляційний зв'язок між показником фізичної активності та ОФВ1 ($r=0,42$, $p<0,05$), показником ролі емоційного стану та ОФВ1 ($r=0,38$, $p<0,05$), показником фізичної активності та ударним об'ємом ($r=0,47$, $p<0,05$), негативний кореля-

ційний зв'язок між показником фізичної активності та розміром ПШ ($r=-0,47$, $p<0,05$).

Висновки. 1. Аналіз ЯЖ згідно опитувальника SF-36 встановив, що пацієнти з поєднанням ХІХС та ХОЗЛ мають достовірно нижчі показники фізичного та психічного компонентів в порівнянні з пацієнтами з ізольованим ХІХС чи ХОЗЛ.

2. Показники фізичної активності, ролі емоційного стану корелюють з функціональними параметрами пацієнтів з ХІХС та коморбідним ХОЗЛ.

3. Аналіз показників ЯЖ у пацієнтів з поєднанням ХІХС та ХОЗЛ дає можливість комплексної оцінки стану пацієнта та виявлення фізичних та психологічних факторів, які можуть сприяти підвищенню прихильності пацієнта до лікування.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ L-АРГІНІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ПОСТІЙНУ ФОРМУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Ханюков О.О., Яловенко М.І.

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства
охорони здоров'я України»*

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС) посідає провідне місце серед хвороб кровообігу. В клінічній практиці набуває широкого розповсюдження асоціація ІХС та порушення ритму серця за типом фібриляції передсердь (ФП). Наявність ІХС та ФП сприяє виникненню структурно-функціонального ремоделювання та електричної нестабільності міокарда. Ендотеліальна дисфункція, яка розвивається на тлі артеріальної гіпертензії (АГ) та ІХС, призводить до підвищення агрегації тромбоцитів, пригнічення ендотеліалізалежної вазодилатації та сприяє підвищенню активності рівня хронічного системного запалення, чинить безпосередній вплив на прогресування ІХС та розвиток її ускладнень.

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність антиішемічних властивостей екзогенного L-аргініну на тлі базисної терапії у хворих з ІХС та постійною формою ФП.

Основна частина. До дослідження включено 42 хворих (ч/ж – 21/21, середній вік – $(69,9 \pm 1,2)$ р.) з ІХС, АГ та постійною формою ФП, яких шляхом простої рандомізації (за методом «сліпих конвертів») було розділено на дві рівночисельні підгрупи (основна та група порівняння), статистично співставні ($p < 0,05$) за статтю і віком пацієнтів.

У відповідності до протоколу дослідження пацієнтам проведено загальний огляд, збір скарг і анамнезу, стандартні лабораторні дослідження, реєстрація електрокардіограми (ЕКГ) у 12 відведеннях, проведення добового моніторування ЕКГ за Холтером та трансторакальної ехокардіографії серця (ТТЕхоКГ).

Хворі основної групи ($n=21$) отримували ривароксабан у дозі 20 мг на добу або варфарин (під контролем МНВ, терапевтичний інтервал 2–3), лозартан 50–100 мг на добу, бісопролол 5–10 мг на добу і аторвастатин – 2–40 мг на добу. Додатково до медикаментозного лікування призначено екзогенний L-аргінін – 100 мл (42 мг/мл) розчину 1 раз на добу внутрішньовенно крапельно протягом 10 днів з продовженням прийому препарату на амбулаторному етапі перорально по 5 мл 3 рази на добу загальною тривалістю курсу 30 днів із обов'язковим поновленням прийому препарату на 3, 6 та 12 місяць амбулаторного лікування на тлі базисної терапії. Пацієнти групи порівняння ($n=21$) отримували ривароксабан у дозі 20 мг на добу або варфарин, раміприл 5–10 мг на добу, бісопролол 5-10 мг на добу, і аторвастатин – 20–40 мг на добу. Дози рекомендованих препаратів для пацієнтів обох груп були співставними ($p > 0,05$), що дозволило проводити подальше порівняння та узагальнення отриманих результатів ефективності лікування. Період спостереження склав 6 та 12 місяців.

На початку дослідження кількість епізодів ішемії на добу у пацієнтів обох груп дослідження достовірно не відрізнялась ($(5,71 \pm 0,17)$ проти $(5,76 \pm 0,23)$, $t = -0,16$ $p > 0,05$). Через 6 місяців комплексного лікування кількість епізодів ішемії у пацієнтів основної групи зменшилась на 39,2 % і становила $(3,48 \pm 0,11)$ за добу, а у пацієнтів групи порівняння – на 31,4 % ($(3,95 \pm 0,19)$ за добу), $p < 0,05$. Через 12 місяців кількість епізодів ішемії в обох групах зменшилась майже вдвічі ($-50,8$ %) до $(2,81 \pm 0,10)$ за добу проти $(3,42 \pm 0,16)$ за добу ($-40,5$ %),

$p < 0,001$. Відповідна динаміка спостерігалась у показнику середньої тривалості епізоду ішемії, які при включенні у дослідження в основній групі склали $(5,24 \pm 0,18)$ хв та $(5,19 \pm 0,20)$ хв у групі порівняння ($t = -0,86$, $p > 0,05$). Через 6 місяців у пацієнтів основної групи цей показник зменшився до $(3,52 \pm 0,15)$ хв ($-32,7\%$), у групі порівняння – $(4,05 \pm 0,17)$ хв ($-22,0\%$) відповідно з достовірною різницею між групами ($t = -2,28$, $p < 0,05$). Наприкінці 12 місяців в обох групах спостерігався значний антиішемічний ефект, проте у групі, що додатково приймала екзогенний L-аргінін, він виявився значнішим: середня тривалість епізоду ішемії в основній групі становила $(1,62 \pm 0,13)$ хв ($-69,1\%$), в групі порівняння – $(2,19 \pm 0,23)$ хв ($-57,8\%$), ($t = -2,13$, $p < 0,05$).

Загальна тривалість епізодів ішемії на початку включення до дослідження була співставною та для основної групи складала $(29,9 \pm 1,4)$ хв та для групи порівняння – $(30,2 \pm 1,9)$ хв ($t = 0,91$, $p > 0,05$). Через 6 місяців від початку лікування в основній групі загальна тривалість ішемії скоротилась на $58,6\%$ ($12,4 \pm 0,74$ хв) проти $46,5\%$ ($16,1 \pm 1,2$ хв), ($t = -2,28$, $p < 0,05$) в групі порівняння. Через 12 місяців лікування цей показник сягав $(4,6 \pm 0,4)$ ($-84,5\%$) в основній групі та $(7,5 \pm 0,9)$ ($-75,1\%$ в групі порівняння ($t = -3,01$, $p < 0,05$).

Позитивний антиішемічний ефект знайшов відображення також у кількості необхідних пігулок нітрогліцерину на добу. Згідно з щоденниками самоконтролю, на початку лікування хворі основної групи приймали $4,9 \pm 0,18$ таб. на добу та групи порівняння – $(5,09 \pm 0,23)$ таб. на добу ($t = -0,65$, $p > 0,05$). Через 6 місяців у хворих основної групи спостерігалось достовірне зменшення показника на $29,1\%$ ($3,48 \pm 0,13$ таб. на добу) проти $22,4\%$ ($3,95 \pm 0,17$ таб. на добу), ($t = -2,17$, $p < 0,05$) в групі порівняння. А наприкінці лікування, через 12 місяців, кількість необхідних пігулок достовірно зменшилась у хворих основної групи на $42,7\%$ (до $2,81 \pm 0,09$ таб. на добу) проти $32,7\%$ ($3,43 \pm 0,16$ таб. на добу) ($t = -3,34$, $p < 0,001$), що вказує на високу ефективність лікарського засобу.

Висновки. Додавання до базисної терапії екзогенного L-аргніну хворим з ІХС, АГ та постійною формою ФП сприяє значному антиішемічному та антиангінальному ефектам ($p < 0,05$; $p < 0,001$) вже через 6 місяців лікування.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С У ФАЗІ РЕМИСІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Шайген О.Р., Бабінець Л.С., Хомин Г.О.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. У понад 100 мільйонів людей у світі визначаються серопозитивні дані щодо HCV-інфекції, яка спричинює близько 700 тис. смертей щороку. Відомо, що на вірусний гепатит С (ВГС) щороку заражаються 3-4 мільйони, хронічно інфікуються – 170 мільйонів, яким загрожує розвиток цирозу і раку печінки. Персистенція вірусу ВГС ускладнює перебіг інших захворювань, зокрема, хронічного панкреатиту (ХП). ХП уражає до 880 тис. людей в Україні і часто призводить до цукрового діабету, що є глобальною проблемою людства. На сьогодні є недостатньо даних про вплив на підшлункову залозу (ПЗ) вірусу ВГС, для якого притаманний безсимптомний перебіг із подальшим розвитком хронічного процесу у 55–85 % пацієнтів. Україна належить до країн із середньою поширеністю гепатиту С – до 3 %. Однак, за результатами вибіркового моніторингу груп ризику, інфікованість вірусом ВГС серед деяких із них значно перевищує середньосвітові показники і сягає 40–60 %. Тому вивчення впливу ВГС у фазі ремісії на стан пацієнтів з ХП є актуальним.

Мета дослідження – вивчити клінічний перебіг і стан якості життя (ЯЖ) пацієнтів із ХП на тлі ремісії вірусного гепатиту С.

Основна частина. Обстежено 106 хворих на ХП (серед них 72 – із ХП на тлі ВГС і 34 – з ізольованим ХП) і проведено ретроспективний аналіз їхніх історій хворіб. Досліджували клінічний перебіг за допомогою адаптованої версії гастроентерологічного опитувальника (GSRS), структурний стан ПЗ за УЗ-критеріями в балах, копрограму в балах, проведена оцінка загального та біохімічного аналізів крові.

Результати та обговорення. Встановили достовірне зниження ЯЖ всіх пацієнтів з ХП щодо групи контролю, а також достовірне зниження ЯЖ пацієнтів з коморбідністю ХП і ВГС стосовно таких з ізольованим ХП: на 12,6 % – за шкалою гастрального рефлюкса, на 38,7 % – за шкалою закрепів і на 11,7 % – за шкалою диспепсії

($p < 0,05$). Дані за шкалами абдомінального болю і діареї були статистично недостовірними. Таким чином, за шкалами міжнародного опитувальника гастроентерологічного хворого GSRS, було доведено достовірне ускладнення клінічного перебігу і зниження рівня ЯЖ пацієнтів з ХП на тлі ВГС у фазі ремісії. Цей висновок також підтверджувався наступними даними: при ХП із супутнім ВГС виявили анемію легкого ступеня, зниження рівня альбуміну у крові, гіпербілірубінемію, гіперхолестеринемію, підвищення рівня ферментів АЛТ та АСТ, підвищення вмісту амілази крові та діастази сечі (вірогідна відмінність стосовно групи ізольованого ХП ($p < 0,05$); підвищення бальності копрограми до $(5,20 \pm 0,82)$ балів при коморбідності стосовно $(3,10 \pm 0,32)$ балів при ізольованому ХП, а також глибини структурних змін у ПЗ за даними УЗД до $(2,56 \pm 1,10)$ балів, що відповідало середньому ступеню важкості, при коморбідності стосовно $(1,90 \pm 0,60)$ балів при ізольованому ХП.

Висновок. За оцінкою параметрів шкал міжнародного опитувальника гастроентерологічного хворого GSRS і даних лабораторного та інструментального дослідження, було доведено достовірне ускладнення клінічного перебігу і зниження рівня ЯЖ пацієнтів з ХП на тлі ВГС у фазі ремісії.

ОЦІНКА ДИСБІОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ І ОСТЕОАРТРОЗОМ

Шевченко Н.О.¹⁾, Бабінець Л.С.²⁾

¹⁾Одеський Національний медичний університет
²⁾Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Дослідження клініко-патогенетичних особливостей перебігу хронічного панкреатиту (ХП) виявили високу частоту коморбідності захворювання з первинним остеоартрозом (ОА), особливо у пацієнтів похилого віку. Внаслідок мальдигестії та мальабсорпції при ХП часто розвивається дисбіоз товстої кишки (ДТК), що обтяжує перебіг захворювань.

Основна частина. Обстежено 32 пацієнта ХП із ОА, яких було рандомізовано на 2 групи за віком. В І групу увійшли хворі віком від 65 до 75 років, в ІІ групу – 28 хворих віком понад 75 років. Групу контролю склали 30 здорових людей. Дослідження копрокультури у хворих на ХП та ОА виявило ДБК різного ступеня в обох групах. В І групі: у 12 (37,5 %) хворих спостерігався ДБК 1 ст., у 28,1 % – ДБК 2 ст., у 11 (34,4 %) осіб стан мікрофлори знаходився в межах норми. В ІІ групі: у 46,4 % хворих спостерігався ДБК 1 ст., у 13 пацієнтів – ДБК 2 ст., у 7,2 % осіб стан мікрофлори знаходився в межах вікових норм.

Висновки. У групі хворих віком понад 75 років виявлено більш значний дисбаланс біоценозу товстої кишки у порівнянні із І групою, що свідчить про більш тяжкий клінічний перебіг ХП у коморбідності із первинним ОА у пацієнтів старшої вікової групи.

КЛІНІЧНЕ І ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Щурко М.М., Лаповець Л.Є., Башта Г.В.

ЛНМУ ім. Данила Галицького

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС) – найпоширеніша форма серцевих захворювань у світі. Це результат атероматозних змін судин, що живлять серце і, як наслідок, порушується кровоплин. Одночасно із накопиченням ліпідів у стінці артерій виникають ознаки запалення.

Основним пусковим механізмом у розвитку ІХС є метаболічний синдром. Метаболічний синдром включає порушення, які супроводжуються розвитком у пацієнтів артеріальної гіпертензії (АГ), гіперліпідемії, інсулінорезистентності (ІР) та ожиріння. Початкова оцінка факторів ризику метаболічного синдрому – основна умова у профілактиці ішемічної хвороби серця. Пошук біомаркерів, які б ідентифікували ушкодження тканин є актуальним.

Мета і завдання: Визначити рівень загального холестеролу (ХС), триацилгліцеролів (ТГ), С-реактивного пептиду (СРП) у сироватці крові пацієнтів з ІХС на тлі метаболічного синдрому.

Основна частина. Матеріали і методи: В групу дослідження включено 20 пацієнтів, хворих на ІХС на тлі метаболічного синдрому, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги». Обстежуваних пацієнтів поділено на 2 групи: перша – пацієнти з ІХС; друга – пацієнти з ІХС на тлі метаболічного синдрому. Всі особи віком від 55 до 65 років. Для визначення загального холестеролу (ХС) застосовували колориметричний ензиматичний метод з ліпідвисвітлюючим фактором. Триацилгліцероли визначали колориметричним ензиматичним методом (GPO-PAP). С-реактивний пептид (СРП) за допомогою набору реактивів CRPLX «Roche Diagnostics» на автоматичному аналізаторі COBAS INTEGRA 400 plus.

Отримані результати: При аналізі отриманих результатів лабораторних досліджень крові виявлено вірогідні відмінності показників у пацієнтів різних груп.

Вміст загального холестеролу (ХС) в плазмі крові хворих на ІХС не перевищує показники норми ($p > 0,05$), у пацієнтів з ІХС, на тлі метаболічного синдрому рівень ХС перевищує показники норми на 27 % ($p < 0,05$). Між показниками в групах пацієнтів виявляється вірогідна відмінність ($p < 0,05$).

Вміст триацилгліцеролів (ТГ) в плазмі крові хворих на ІХС вірогідно не перевищує показники норми ($p > 0,05$), у пацієнтів з ІХС, на тлі метаболічного синдрому рівень ТГ перевищує показники норми на 64 % ($p < 0,05$). Між показниками в групах пацієнтів виявляється вірогідна відмінність ($p < 0,05$).

Підвищений рівень СРП (в 1,3 раза) у групі хворих на ІХС на тлі метаболічного синдрому відносно групи хворих на ІХС без метаболічних порушень свідчить про наявність гострого запального процесу. В результаті наших досліджень ми виявили зростання рівня СРП у 2-й групі обстежених в 1,4 раза відносно нормального рівня.

Висновок. Ризик розвитку ІХС приблизно подвоюється при метаболічному синдромі. С-реактивний пептид є унікальним серед інших білків плазми, як маркер гострого запалення, оскільки його рівні не залежать від рівнів гормонів і протизапальних препаратів. Отже, СРП як гострофазний білок можна розглядати як предиктор розвитку серцевосудинних ускладнень.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ ЛАЙМ-КАРДИТУ ТА СКЛАДНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ І ПРОВІДНОСТІ

Ярема Н.І., Миндзів К.В., Верещагіна Н.Я., Коцюба О.І.,
Вівчар Н.М.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Ураження серцево-судинної системи при хворобі Лайма проявляється переважно виникненням порушення ритму, найчастіше розладів атріо-вентрикулярної провідності на тлі маніфестації міокардиту (Лайм-кардиту). У період з 2000 по 2018 р. захворюваність на Лайм-бореліоз в Україні зросла з 58 до 5418 випадків. Захід України, зокрема Тернопільська область, є ендемічною зоною Лайм-бореліозу, де кількість зареєстрованих випадків зросла з 4 до 185 випадків (2005–2018 рр.).

Мета роботи: провести аналіз варіабельності ритму серця (ВРС) у хворих на Лайм-кардит з порушеннями ритму та провідності.

Основна частина. Матеріали і методи: Було обстежено 41 хворий на Лайм-кардит (ЛК): 27 чоловіків і 14 жінок, віком від 22 до 60 років. Хворим проводили загально-клінічні обстеження, відповідно до рекомендацій Асоціації кардіологів України (2014 р.) щодо обстеження хворих на міокардит та було проведено дослідження крові на виявлення антитіл до *Borrelia* специфічних антигенів за методикою Вестерн-блот. Оцінку ВРС проводили за допомогою Холтерівського моніторування ЕКГ в режимах часового (SDNN - стандартне відхилення (SD) і SDANN – стандартне відхилення середніх значень інтервалів N-N за кожні 5 хвилин безперервної реєстрації ЕКГ) та спектрального аналізів (TP – загальна потужність спектра, HF – височастотний компонент спектра, LF – низькочастотний компонент спектра).

Результати: У 34 (82,9 %) з обстежених хворих на міокардит спостерігали середньоважкий та важкий перебіг хвороби. В усіх хворих оцінювали як клінічні симптоми так і результати ЕхоКС, зокрема спостерігали різного ступеню вираженості клінічні ознаки серцевої недостатності: задишка в спокої та при фізичному навантаженні,

втома, серцебиття, виявляли збільшення розмірів печінки та набряки на ногах. У 30 хворих (73,1 %) виявили порушення атріовентрикулярної (AV) провідності різного ступеня, з них у 21 пацієнта (51,2 %) спостерігали комбіновані порушення ритму та провідності. Усі хворі з порушеннями AV провідності були розділені на 2 групи: першу групу склали 13 пацієнтів з середньоважким перебігом хвороби. В даній групі хворих виявляли порушенням провідності (AV блокади I ст, AV блокади II ст. типу Мобіц I). У другу групу увійшло 17 пацієнтів з важким перебігом міокардиту, вираженими ознаками серцевої недостатності, з комбінованими порушеннями ритму та провідності (AV блокади 2 та 3 ступенів в поєднанні з персистою формою ФП і ТП та/або суправентрикулярною і шлуночковою екстрасистолією). У цієї групи хворих величина фракції викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) коливалась від 36 до 48 %. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб такого ж віку і статі як обстежені хворі.

За результатами досліджень, у групі хворих з важким перебігом ЛК та комбінованими порушеннями ритму і провідності (II група) показники ВСР, як спектральні так і часові, були нижчими ніж у пацієнтів I групи. Показники стандартного відхилення середніх значень N–N-інтервалів (SDANN) в обох групах були достовірно нищі в порівнянні із контрольною групою ($p < 0,01$). У хворих I групи SDANN склав $(106,5 \pm 7,3)$ мс, а у пацієнтів II групи – $(79,1 \pm 5,7)$ мс ($p < 0,05$). Більш виражене зниження спектральних показників ВСР (TP, HF, LF) відмічалось також у хворих II групи з комбінованими порушеннями ритму та провідності в порівнянні з I групою ($p < 0,05$). Виявлені зміни показників ВСР свідчать, що у хворих спостерігається порушення вегетативної регуляції серцевого ритму в бік гіперсимпатикотонії, що підтверджується підвищенням симпато-вагусного індексу LF/HF у пацієнтів I групи до $(2,3 \pm 0,4)$ ум. од., а у хворих II групи, відповідно, до $(3,2 \pm 0,3)$ ум. од. ($p < 0,05$), що відображає більш виражену активацію симпатичної компоненти вегетативної нервової системи у хворих на Лайм-кардит з важким перебігом захворювання, зниженою ФВЛШ та складними порушеннями ритму і провідності.

Висновки. У хворих на Лайм-кардит з порушенням AV провідності встановлено виражений дисбаланс вегетативної регуляції серцевої діяльності з гіперсимпатикотонією. Варіабельність серцевого

ритму знижувалась в більшій мірі у хворих на Лайм-кардит з комбінованими порушеннями ритму та провідності та важчому перебігу хвороби.

ОСТЕОАРТРИТ ЯК ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ У КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Ярема Н.З., Кузів П.П., Чернець Т.Ю., Кузів О.І.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України*

Вступ. Коморбідність є надзвичайно актуальним поняттям у клініці внутрішніх хвороб. Це в повній мірі стосується хворих на остеоартрит (ОА), що являє собою дегенеративне захворювання з ураженням субхондральної кістки і допоміжних структур суглобів. У цих пацієнтів особливо часто спостерігається коморбідна патологія з боку серцево-судинної і гепатобіліарної системи (ГБС)

Основна частина. Метою дослідження стало вивчення функціонального стану цих систем. Нами обстежено 82 пацієнтів, серед яких 52 – з ураженням переважно великих суглобів – колінні і кульшові, 30 з – переважним ураженням кистів. У 59,7 % з них діагностовано ІХС, у 48,7 % – артеріальну гіпертензію, частота гіпер- і дисліпідемії склала 87,8 %, що перевищує дані показники у популяції відповідного віку. Вираженість гіперліпопротеїдемії у більшій мірі асоціювалась з підвищеним рівнем сечової кислоти (гіперурикемії), ніж з тривалістю і формою хвороби.

Клініко-ЕКГ і УЗД-ознаки ураження міокарда і коронарних судин частіше мали місце у хворих на ОА з підвищеним рівнем сечової кислоти і вираженість їх була більш значима при полісуглобовому ураженні. У хворих на ОА спостерігалася більш висока частота розвитку прихованої коронарної недостатності, функціональна здатність міокарда мала тенденцію до зниження. Отримані дані свідчать, що ОА, особливо при полісуглобовому ураженні, є фактором ризику ІХС, а тому в комплексну терапію ОА часто треба включати статини.

Досліджено також частоту та особливості уражень органів ГБС за даними біохімічного дослідження крові та ультразвукового обсте-

ження. Встановлено, що зі зростанням тривалості ОА підвищується частота і вираженість уражень ГБС. За даними клініко-інструментального обстеження хворих на ОА, ознаки ураження паренхіми печінки спостерігали в 27 % випадків. Комплексне дослідження функції печінки виявило, що поряд із гепатомегалією (у 26,8 % випадків) у хворих на ОА часто порушується її функціональний стан. Помірні скарги, які характерні для ураження ГБС, виявляли у 44,6 % хворих. За результатами лабораторних досліджень у 42 (біля 50 %) хворих виявлені ознаки, які свідчили про помірні ураження печінки і жовчного міхура. Встановлено, що зі зростанням тривалості ОА підвищується частота і вираженість уражень ГБС, ожиріння, які стають чинниками обтяження його перебігу, знижують ефективність терапії, сприяють підвищенню частоти ускладнень та виникненню побічних ефектів від традиційних методів лікування ОА.

Висновок. ОА 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. Це потрібно враховувати лікареві при призначенні комплексної терапії хворим на ОА з коморбідністю, намагаючись уникати поліпрагмазії і побічних ефектів лікування.

ЗМІСТ

Андрейчин С.М., Ганьбергер І.І. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ У ПОЄДНАННІ ІЗ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ	3
Бабінець Л.С., Галабіцька І.М. ОЦІНКА КОМПОНЕНТІВ БОЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ЗНИЖЕННЯМ ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	4
Бабінець Л.С., Махніцька І.В. МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ АНЕМІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ Н. РУЛОРИ-АСОЦІЙОВАНОМУ ГАСТРИТІ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	5
Бабінець Л.С., Сасик Г.М. РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	7
Бількевич Н.А., Кавецька Н.А., Верещагіна Н.Я., Бугай Б.Г., Ярема Н.З., Лихацька В.О. ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ІМУНІТЕТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ МЕТОДОМ ОЗОНОТЕРАПІЇ.....	8
Бойко Т.Я. Науковий керівник: к.м.н. Мазур П.Є ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СХЕМ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ІХС	10
Боровик І.О., Мігенько Б.О., Корильчук Н.І. ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ТА СУПУТНЬОЮ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ	11
Бортний М.О., Бортна Т.М. ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗА ДАННИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ МЕТОДИК ДОСЛІДЖЕННЯ.....	13

Винниченко Л.Б., Тіхак Ю.Р., Домінас В.М., Безсмертна Р.В. ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ КІСТОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	16
Заїкіна Т.С., Ринчак П. І., Мінухіна Д.В. ОЦІНКА ВПЛИВУ ЕНОКСАПАРИНУ ТА ФОНДАПАРИНУКСУ НА РІВНІ ПРОТРОМБОГЕННИХ ЕНДОТЕЛІЙ-ЗАЛЕЖНИХ МЕДІАТОРІВ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ	18
Кавецька Н.А., Бількевич Н.А. ІНГІБІТОРИ SGLT2 (ГЛІФЛОЗИНИ): МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ.....	19
Корильчук Н.І., Боровик І.О., Корильчук Б.Т. СПОСІБ ЖИТТЯ І МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ	22
Корильчук Н.І., Рябокони С.С., Корильчук Т.Б. РЕФЛЕКСІЯ ПРИ ОЖИРІННІ.....	24
Кучер С.В., Лотоцька О.В., Руда М.М. ЗМІНИ ІНТЕГРАТИВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ В КРОВІ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ПОДАГРУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ	27
Лизогуб В.Г., Тиравська Ю.В. МОЖЛИВОСТІ ПАРАМЕТРІВ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ КАРДІАЛГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.....	28
Лимар Є.А. ПОРУШЕННЯ КАЛЬЦІЄВО-ФОСФОРНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ФУНКЦІЮ ХРЕБТА.....	31
Лимар Л.Є., Маланчин І.М., Лимар Н.А. ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ: ПРОБЛЕМИ І ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ	32

Лихацька Г.В., Бойко Т.В., Лихацька В.О ЗМІНИ КЛІНІКО-БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ	34
Літовкіна З.І., Сусла О.Б. ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В РЕМОДЕЛЮВАННІ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ГЕМОДІАЛІЗОМ	35
Маланчин І.М., Маланчук Л.М., Лимар Л.Є., Мартинюк В.М. КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ	38
Мігенько Б.О. ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	39
Мігенько Л.М. КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	40
Мороз О.Ф., Дрозд О.О., Лаврик Р.Т., Суха І.А., Тараріна В.В., Жолос О.В. ПОШУК НОВИХ МОЛЕКУЛЯРНИХ МІШЕНЕЙ РЕГУЛЯЦІЇ СКОРОТЛИВОСТІ МАТКИ	41
Мудра У.О., Андрейчин С.М. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПОДАГРИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ	44
Павлюк О.М., Шевчук С.В. ЗВ'ЯЗОК РІВНІВ ОСТЕОКАЛЬЦИНУ ТА N-КІНЦЕВОГО ПРОПЕПТИДУ ПРОКОЛАГЕНУ І ТИПУ (PINP) ЗІ СТРУКТУРНО- ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ	46

Руда М.М., Чернець Т.Ю., Кучер С.В., Рудий В.І., Головка Ю.Ю. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОАКТИВНОГО ПРЕПАРАТУ БІОВЕН У ЛІКУВАННІ ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ АСОЦІЙОВАНОЇ З ВІРУСОМ ГРИПУ А Н1N1	47
Рябоконт М. О., Рябоконт С. С., Корильчук Н.І РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В НАДАННІ ПАЦІЄНТАМ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ	49
Сабат З.І., Бабінець Л.С. ЕФЕКТИВНІСТЬ БІОРЕГУЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ІЗ СУПУТНЬОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ	50
Середюк Л.В., Вакалюк І.П. ДИНАМІКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	51
Скурат К.О. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ НЕІНФЕКЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ	53
Стороженко Г.В. ВПЛИВ ДОКСОРУБЦИНУ НА ВМІСТ КАРДІОЛІПІНУ В ГЕПАТОЦИТАХ ЩУРІВ	55
Федонюк Л.Я., Захарова В.П. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ НАБУТИХ ВАДАХ СЕРЦЯ ПРИ ВПЛИВІ ГЕМОДИНАМІЧНОЇ ТРАВМИ	56
Фесенко В.І., Князева О.В. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ І КОМОРБІДНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ	58
Ханюков О.О., Яловенко М.І ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ L-АРГІНІНУ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ПОСТІЙНУ ФОРМУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	60

Шайген О.Р., Бабінець Л.С., Хомин Г.О. ОЦІНКА ВПЛИВУ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С У ФАЗІ РЕМІСІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ	63
Шевченко Н.О., Бабінець Л.С. ОЦІНКА ДИСБІОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ І ОСТЕОАРТРОЗОМ	64
Щурко М.М., Лаповець Л.Є., Башта Г.В. КЛІНІЧНЕ І ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	65
Ярема Н.І., Миндзів К.В., Верещагіна Н.Я., Коцюба О.І., Вівчар Н.М. ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ ЛАЙМ-КАРДИТУ ТА СКЛАДНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ І ПРОВІДНОСТІ	67
Ярема Н.З., Кузів П.П., Чернець Т.Ю., Кузів О.І. ОСТЕОАРТРИТ ЯК ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ У КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ	69

Підп. до друку 06.10.2020. Формат 60×84/16.
Папір офсет. № 1. Гарн. «Тінос». Друк офсет.
Ум. друк. арк. 4,42. Обл.-вид. арк. 3,50.
Тираж 100. Зам. № 158

Видавець і виготівник
Тернопільський національний 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