

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

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ
І ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної
конференції

16–17 березня 2017 року

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2017

УДК 616.1/4-07/-08:614.23

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

Актуальні питання діагностики, лікування і профілактики неінфекційних захворювань в практиці сімейного лікаря : матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф., 16–17 берез. 2017 р. – Тернопіль : ТДМУ, 2017. – 84 с.

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

*До 60-річчя Тернопільського державного
медичного університету*

**ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА: КАФЕДРА ТЕРАПІЇ
І СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ – ПОГЛЯД КРІЗЬ
РОКИ**

**М.В. Гребеник, Є.М. Стародуб,
Ф.А. Звершхановський, Є.М. Бузько, Т.Б. Лазарчук,
Л.В. Зоря, С.Є. Шостак, О.І. Криськів**

Історія кафедри терапії і сімейної медицини навчально-наукового інституту післядипломної освіти (ННІ ПО) – це епоха становлення післядипломної освіти в Західній Україні і на Тернопіллі. Безперервна медична освіта у всі часи вимагає удосконалення знань. Тому своєчасним і актуальним було рішення МОЗ України про створення факультету вдосконалення лікарів (ФВЛ). Сама кафедра створена у 1979 році і називалась кафедра терапії ФВЛ. Тривалий час клінічною базою кафедри були відділення обласної клінічної лікарні (нині – університетська лікарня). Діапазон навчально-методичної, наукової та лікувальної роботи підрозділу значно розширився після приєднання у січні 1997 року кафедри кардіології факультету післядипломної освіти (ФПО), що функціонувала з 1987 року упродовж 10-ти років під керівництвом д.м.н., професора Б.І. Рудика. У 2002 році перейменована у кафедру терапії і сімейної медицини ФПО, а у 2013 – у кафедру терапії і сімейної медицини навчально-наукового інституту післядипломної освіти ТДМУ.

У зв'язку з реорганізацією кафедр, на той час медичної академії, у 1996 р. кафедра терапії була переведена у міську лікарню №3, а згодом (з вересня 1997 року) у міську лікарню № 2. Сьогодні основними базами для проведен-

ня очного циклу навчання лікарів-інтернів та слухачів є ТМКЗ «Центр первинної медичної допомоги – сімейної медицини» (філія № 2), кардіологічне відділення (60 ліжок) з блоком реанімації та невідкладної кардіологічної допомоги (9 ліжок), гастроентерологічне відділення (50 ліжок) Тернопільської міської комунальної лікарні № 2, терапевтичне відділення (30 ліжок) залізничної лікарні та діагностичне відділення Тернопільської дитячої комунальної лікарні (30 ліжок). Достатня клінічна база дозволяє проводити навчання слухачів і інтернів за різними напрямками, маючи у своєму розпорядженні велику кількість пацієнтів і, відповідно, – клінічних випадків для розбору.

Фундатором як нового підрозділу медичного інституту, так і кафедри терапії факультету вдосконалення лікарів по праву вважають доцента Галицького Я.Д. (10.09.1934-11.06.1996), чудового фахівця-терапевта, великого патріота України, який у досить непрості часи ініціював відродження Всеукраїнського лікарського товариства на Тернопіллі.

Упродовж 10-ти років до 1988 року колектив кафедри працював під керівництвом професора, д.м.н. С.Г.Вайнштейна. Випускник Вінницького медінституту (1961), після практичної роботи на посаді дільничого терапевта (м.Белгород, 1963-1966р.), навчання в аспірантурі (Казанський медичний університет). З 1966 по 1979р працював асистентом кафедри терапії № 2 Казанського державного медичного інституту. У 1966 році захистив кандидатську дисертацію на тему «Електролітний обмін, мінералокортикоїдна функція кори наднирників та лікувальна дія ацетату дезоксикортикостерону при виразковій хворобі шлунка та 12-палої кишки», у 1976 – докторську дисертацію на тему «Мінерали по патофізіології та терапії виразкової хвороби». У 1978р. закінчив Казанський суспільний інститут патентознавства. З 1979р. завідував кафедрою терапії ФУЛ Тернопільського державного ме-

дичного інституту до переїзду до Москви (1988). У цей час автор понад 150 наукових праць, монографій «Ендокринна система і шлунок» (1973), «Харчові волокна» (1983). Проф. С.Г.Вайнштейн опублікував за 25 років наукової діяльності більше ніж 230 наукових робіт і 5 монографій. у 1990 р. переїхав на постійне проживання в Німеччину. Має німецьку апробацію (допуск до лікарської діяльності), продовжує працювати за спеціальністю на гонорарній основі (в стаціонарі і амбулаторно). Опублікував, перебуваючи в Німеччині, ряд робіт в «Deutsches Drzteblatt» та німецьких газетах. В інтернеті С. Г. Вайнштейном (під різними псевдонімами) опубліковані роман, повість, оповідання, мемуари, вірші, публіцистичні та критичні статті, ін.

З серпня 1988 року кафедру очолив професор, д.м.н. Є.М. Стародуб. Євген Михайлович успішно керував кафедрою упродовж 20 років, з короткою перервою (з квітня 2006 по лютий 2007 року кафедру очолював професор О.М. Масик) до 2010 року.

Стародуб Є.М. у 1969 році в Київському Інституті Удосконалення Лікарів успішно захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук «Осмотична резистентність тромбоцитів при хронічних захворюваннях органів травлення» за спеціальністю внутрішні хвороби. З 1981 року – доцент кафедри терапії ФВЛ. У 1991 році у КМАПО відбувся захист дисертаційної роботи на ступінь доктора медичних наук “Нові підходи до етіології, патогенезу і терапії виразкової хвороби”.

Професор Є.М.Стародуб є автором близько 300 наукових робіт, з яких 6 навчальних посібників, 5 деклараційних патентів та 2 патентів на винахід, 6 раціоналізаторських пропозицій, підготував 1 доктора медичних наук, 10 кандидатів медичних наук та 5 магістрів медицини. Лікарський стаж понад 50 років, лікарська категорія – вища.

Нині почесний ветеран університету продовжує передавати свій багатолітній досвід студентам на кафедрі

поліклінічної справи та сімейної медицини з медичною технікою медичного факультету.

З січня 2010 року кафедру очолює доктор медичних наук, професор Гребеник М.В. Лікарська громада міста і області знає його як чудового спеціаліста-кардіолога, досвідченого викладача. Саме професором Гребеником М.В. започатковано створення реєстру хворих на інфаркт міокарда, комп'ютерної бази даних хворих на інфаркт міокарда, системний тромболізис та коронарні втручання, що дало змогу аналізувати рівень надання невідкладної допомоги хворим кардіологічного профілю та оптимізувати її в перспективі.

Підсумком 13-річної практичної роботи став захист у 1989 році кандидатської дисертації «Применение водотеплолечения для профилактики ишемической болезни сердца и факторов риска у лиц административно-умственного труда» у спецраді Одеського НДІ курортології і медичної реабілітації за спеціальностями 14.00.34 – Курортологія і фізіотерапія і 14.00.06 – Кардіологія.

З 1990 р. працює в рідному університеті, спочатку асистентом, потім (1996) доцентом кафедри факультетської терапії. Одночасно з педагогічною діяльністю займався лікувальною і консультативною роботою в обласній (нині – університетській) клінічній лікарні. У 1996 р. приймав участь в організації обласного пульмонологічного відділення, упродовж 2 років був його куратором. У 1999 р. проходив місячне стажування у Польщі в II клініці кардіології Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellonskiego (Краків) та на кафедрі внутрішніх захворювань і кардіології у Варшавському медичному університеті.

Результатом понад 15-річної праці на базі кардіологічної університетської клініки став захист у 2009 р. докторської дисертації «Післяінфарктне ремоделювання серця в умовах хронічної бронхіальної обструкції і шляхи його корекції».

З 2010 р. – завідувач кафедри терапії та сімейної медицини ННІ післядипломної освіти, куратор міського карді-

ологічного центру, з 2010 по 2014 рр. виконував обов'язки декана ФПО (після перейменування – директора ННІ післядипломної освіти).

Наукові інтереси: кардіологія, зокрема, – гострий коронарний синдром, порушення серцевого ритму. Науковий доробок: 1 Деклараційний патент на винахід, 2 Авторських свідоцтва, 5 інформаційних листів, 12 рацпропозицій, 5 методрекомедацій. Співавтор 2 підручників, 4 посібників, 4 навчально-методичних рекомедацій. Опубліковано 258 наукових праць, з них 73 статті, 18 публікацій у закордонних джерелах. Відповідальний виконавець 5 ініціативних та 2 держбюджетних тем.

Член двох спеціалізованих рад із захисту докторських та кандидатських дисертацій з фаху «внутрішні хвороби», «загальна практика-сімейна медицина», член редакційної колегії журналу «Медична освіта».

Упродовж існування кафедри тут працювали віддані фахівці-інтерністи, відомі науковці, авторитетні лікарі-практики. Серед них,

з 1979 р.: доцент Я.Д.Галицький (1979-1996), асистенти, к.м.н. Ф.А. Звершхановський (з 1989 р.– доцент, з 1995 р.– професор), В.С.Яковлев (1979-2000);

з 1981 р.: асистент Ю.О.Цаль (1981-1995);

з 1985 р.: асистент, к.м.н. З.І.Шуст (1985-1991), асистент, к.м.н.(1982), доцент (1989) І.І.Мельник (1985-2003), упродовж 10 років (1989-1998) одночасно завідував клінічною ординатурою;

з 1986 р.: – асистент кафедри кардіології ФУЛ, к.м.н., а з 1998 р. – кафедри терапії ФПО Н.Г.Блінова (1986-2002);

з 1988 р.: асистент, к.м.н.(1986) Н.В. Журбенко (1988-2001);

з 1991 р.: асистент, к.м.н.(1996), потім доцент (1997) І.М Марків (1991-1997), до цього у 1987-89 рр. завідував інтернатурою;

з 1992 р.: асистент, к.м.н.(1993) М.Є.Гаврилюк (1992-1997); асистент, к.м.н. Н.І.Ярема, доцент кафедри кар-

діології, потім терапії, у 2010 р захистила докторську дисертацію, у 2011 р. обрана проректором з науково-педагогічної і лікувальної роботи та очолила кафедру внутрішньої медицини № 1, нині – професор цієї ж кафедри;

з 1993 р.: асистент, к.м.н.(1993) О.Є. Самогальська О.Є., доцент (з 1999), професор (2008), тривалий час була завучем кафедри, у 2007 р. захистила докторську дисертацію, на даний час очолює кафедру клінічної фармації фармацевтичного факультету;

з 1994 р.: асистент кафедри кардіології, потім терапії ФПО доцент О.М.Барна (2000-2001), з 2002 року навчалась в докторантурі, сьогодні – д.м.н, професор, завідувач кафедри сімейної медицини НМУ ім.О.О.Богомольця;

з 1995 р.: асистент, к.м.н. Л.П.Мартинюк, у 2001 р. – доцент кафедри (нині – д.м.н., завідувач кафедри внутрішньої медицини №3 медичного факультету):

Окремо слід сказати про викладачів кафедри кардіології, яка успішно готувала кадри для усієї країни на післядипломному етапі упродовж 10 років, виховала цілу плеяду майбутніх учених, які сьогодні є гордістю України – професорів Сабодишина Р.О. (Рівненський мед. коледж), Скибчика В.А. (Львівський НМУ ім.Д.Галицького), Яреми Н.І. (ТДМУ), Барни О.М. (НМУ ім.О.О.Богомольця). Упродовж усього періоду діяльності кафедри кардіології (до злиття з кафедрою терапії у 1997 р) її очолював відомий учений, професор Рудик Б.І. Поряд з ним працювали доц. М.І.Швед (1986-1989) (нині професор, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри медицини невідкладних станів, засновник цілої школи кардіоревматологів і терапевтів), професор Л.М.Охрімович (виконував обов`язки декана факультету удосконалення лікарів з 1989 до 1996 р.), завідувач кардіологічного відділення обласної лікарні, один із організаторів сучасної кардіологічної служби на Тернопіллі, досвідчені асистенти, к.м.н Н.Г.Блінова (1986-2002) і Р.О.Федорова (1987-2003).

Особливо хочеться відзначити ветерана університету, який до останнього подиху неустанно працював на кафедрі терапії і сімейної медицини, передавав свої знання, досвід і життєву мудрість – Бориса Івановича Рудика.

Рудик Б.І. (22.10.1932-11.12.2014), д.м.н., професор, з 1987 по 1997 рр. завідував кафедрою кардіології ФПО. У 1966 році захистив кандидатську дисертацію «Функциональное состояние печени у больных бронхиальной астмой и при экспериментальной анафилаксии». З 1967 року по 1969 рік знаходився у відрядження у Тунісі, працював лікарем. У 1985 р. захистив докторську «Клинико-иммунологические параллели при комплексной иммунодепрессивной терапии у больных бронхиальной астмой с аутоиммунным компонентом», науковий доробок – понад 300 наукових праць, тричі перевидавався посібник «Вибрані лекції з кардіології», автор книг «Поради лікаря», «Алкоголь і захворювання внутрішніх органів», «Куріння шкодить здоров'ю», «Спогади старого лікаря», 5 книг «Приказки про здоров'я, хвороби, смерть та філософію життя. Підготував 6 кандидатів і 1 доктора мед наук. Понад 12 років на громадських засадах виконував обов'язки проректора з лікувальної роботи. Упродовж 20 років очолював Тернопільське обласне товариство терапевтів.

з 1993 р.: асистент, к.м.н. (1993) А.В.Зоря (18.01.1957-20.12.2010), доцент кафедри з 1999 р., у 2000 р. очолила гастроентерологічний центр області;

з 2001 р.: ст.лаборант, потім асистент кафедри Р.П. Дуць (2001-2007);

з 2005: професор О.М.Масик (26.02.1954-03.10.2014) у 1986 році захистив кандидатську дисертацію «Применение пищевых волокон в профилактике и лечении хронических заболеваний желчевыводящих путей и толстой кишки», у 1992 присвоєно звання доцента. З 1991 по 1997 р. виконував обов'язки заступника декана медичного факультету. Захистив докторську дисертацію у 2005 р. зі спеціальності ревматологія на тему «Діагности-

ка, профілактика та лікування системних порушень кісткової маси у хворих на ревматоїдний артрит та анкілозуючий спондилоартрит». Обраний на посаду професора кафедри терапії і сімейної медицини у 2005 р., звання професора присвоєно у 2007 р. Упродовж 2006-2007 р. завідував кафедрою терапії і сімейної медицини ФПО.

Сьогодні на кафедрі працюють 11 викладачів, 2 професори: М.В.Гребеник (2010) і ветеран університету Ф.А.Звершхановський (1979), доценти Т.Б.Лазарчук (2000), Л.В.Зоря (2002), О.І.Криськів (2003), С.Є.Шостак (2003), Є.Ф.Бузько (2009), С.М.Бутвин (2010), асистенти, к.м.н. Л.І.Зелененька (2014), В.Р.Микуляк (2014), О.І.Коцюба (2016).

Звершхановський Ф.А., д.м.н, професор. У 1973 році захистив дисертацію "Деякі показники біохімії жовчі при хронічному холецистогепатиті" на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. В цьому ж році за конкурсом обраний асистентом кафедри шпитальної терапії Чернівецького медичного інституту. На цій посаді пропрацював до 1979 року. В 1979 році Ф.А. Звершхановський за конкурсом обраний асистентом кафедри терапії факультету вдосконалення лікарівТДМІ. Упродовж 1979-1991 років – спочатку асистент, а пізніше доцент кафедри терапії та сімейної медицини ТМІ.

В 1989 році захистив докторську дисертацію на тему:"Вільно-радикальне окислення ліпідів та антиоксидантна система при гостро-дуоденальних виразкуваннях". З 1991 по 1995 рік – професор кафедри пропедевтики ТДМУ. У 1996 році Ф.А. Звершхановський обраний професором кафедри терапії та сімейної медицини ФПО. З того часу багато уваги приділяє лекційній роботі як лектор та спікер провідних програм з пульмонології. Куратор терапевтичної служби залізничної лікарні ст. Тернопіль.

Отримав низку авторських свідоцтв по лікуванню виразок гостро-дуоденальної зони разом з інститутом органічного синтезу АН України (керівник професор Г. Пхакадзе) та інститутом органічного синтезу АН Вірме-

нії (керівник професор М. Симонян). У 1993 році Ф.А. Звершхановський отримав премію Сореса за комплекс робіт із мембранної патології в гастроентерології. В цей же час Російська ліга гастроентерологів визнала його членом цієї асоціації. Опублікував ряд робіт про роль супероксиддисмутази в попередженні оксидативного стресу (сумісна робота з професором М. Симоняном), у т.ч. в умовах гіпербаричної оксигенації. Опублікував понад 165 статей та наукових доповідей. У 2008 році видав навчальний посібник "Пульмонологія в практиці сімейного лікаря". Автор та співавтор 7 декларативних патентів та 35 раціоналізаторських пропозицій.

Лазарчук Т.Б., к.м.н., доцент, завуч кафедри. На посаду асистента кафедри терапії ФПО ТДМА ім. І.Я.Горбачевського прийнята 4 січня 2000 р. після захисту дисертації «Комплексне лікування хронічного панкреатиту з використанням електромагнітного випромінювання надвисокої частоти і тіотріазоліну» присуджено науковий ступінь кандидата медичних наук зі спеціальності «Внутрішні хвороби» у КМАПО ім. П.Л.Шупика МОЗ України. У 2004 році на конкурсній основі прийнята на посаду доцента кафедри терапії і сімейної медицини ФПО. У червні 2005 р. рішенням Атестаційної колегії присвоєно вчене звання доцента. Наукові інтереси: особливості перебігу захворювань гепатобіліарної системи на тлі метаболічного синдрому. Автор та співавтор 111 наукових праць, із них співавтор 3 патентів на винахід та 5 раціоналізаторських пропозицій.

Зоря Л.В., к.м.н., доцент. 1974-1978рр. – навчання в аспірантурі на кафедрі патологічної фізіології ТДМІ. В Москві в міжнародному університеті Патріса Лумумби захистила кандидатську дисертацію (клініко-експериментальна робота) «Зміни кисневого балансу організму при гіпокінезії».

В 1980 році пройшла стажування у Всесоюзному кардіологічному науковому центрі (м. Москва), освоїла ме-

тодику ультразвукового обстеження серця та вперше в Тернопільській області започаткувала метод ехокардіоскопії.

Доцент кафедри терапії з 1986 р., а з 2002 року – доцент кафедри терапії і сімейної медицини ФПО.

Має дві вищі фахові категорії – з терапії та функціональної діагностики. Веде цикл тематичного вдосконалення «Функціональна діагностика в практиці лікаря-інтерніста», який користується популярністю серед лікарів-курсантів.

Автор та співавтор понад 90 наукових праць, 2 патентів на винахід та 9 раціоналізаторських пропозицій. Наукові інтереси – вивчення змін центральної гемодинаміки у хворих з ішемічною хворобою серця та при коморбідних станах.

Криськів О.І., к.м.н., доцент. У 1997 р. захистила дисертацію на тему «Вплив розвантажувально-дієтичної терапії на стан протеолітичної системи та рівень ендогенної інтоксикації у хворих на хронічні захворювання гепатобіліарної системи» у Київській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України. З вересня 2000 р. працювала на асистентом кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб № 1, з січня 2002 р. – асистент кафедри шпитальної терапії № 1, з вересня 2003 р. – асистент кафедри терапії і сімейної медицини ФПО, з грудня 2007 р. – доцентом кафедри. Має 88 друкованих праць, 1 раціоналізаторську пропозицію, 1 патент на винахід. Співавтор 2 навчальних посібників. Наукові інтереси: гастроентерологія, нетрадиційні методи лікування.

Шостак С.Є. к.м.н., доцент. У 2003 році захистила кандидатську дисертацію у спеціалізованій вченій раді при Київській медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. З 2003 р. асистент, з 2006 р. доцент кафедри терапії і сімейної медицини. З 2011 року – секретар Вченої ради факультету (з 2013 р – ННІ), бере активну участь у науково-організаційній роботі кафедри, у

методичному забезпеченні навчального процесу, у про-
світницькій роботі з питань медицини серед населення,
є автором і співавтором близько 100 навчально-методич-
них та наукових публікацій, з яких 3 – монографії, 1 ін-
формаційний лист, 3 раціоналізаторські пропозиції.

Сфера наукових інтересів – гастроентерологія, зокре-
ма, дослідження ефективності різних діагностичних ме-
тодик і лікувальних схем при захворюваннях органів
травлення.

Бузько Є.Ф., к.м.н., доцент кафедри з 2009 р. Ветеран
факультету, засновник і перший завідувач кафедри пе-
діатрії ФУЛ (1979-1985), тривалий час обіймав посаду
заступника декана факультету. Автор і співавтор 141
наукових публікацій, 4 рацпропозицій, 2 патентів на ви-
нахід, навчальних посібників з невідкладної педіатрії та
сімейної медицини, інформаційних листів. Впровадив у
практичну діяльність лікувальних закладів понад 30 но-
вих методів діагностики і лікування.

Бутвин С.М., к.м.н., доцент кафедри з 2010 р. Закін-
чив очну аспірантуру з пульмонології в Київському НДІ
фтизіатрії і пульмонології і у 1989 році захистив канди-
датську дисертацію на тему «Ентеросорбція в лікуванні
ХОЗЛ». Автор 120 друкованих праць, 1 патенту, 1 під-
ручника. Наукові інтереси - основні напрями наукової і
практичної діяльності стосуються розробки та вивчен-
ня нових ефективних методів діагностики та лікування
пульмонологічних хворих

Зелененька Л.І., к.м.н., асистент. З 2002 р. по 2004 р.
– клінічна ординатура за спеціальністю «Кардіологія» у
відділі аритмій серця ННЦ «Інститут кардіології ім. акад.
М.Д. Стражеска» АМН України. З 2004 р. по 2007 р. – очна
аспірантура у відділі гіпертонічної хвороби ННЦ «Інсти-
тут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України.
У 2008 р захистила дисертацію на здобуття наукового сту-
пеня кандидата медичних наук «Ремоделювання лівого
шлуночка у хворих на гіпертонічну хворобу – багаторіч-

на динаміка, вплив на прогноз» 14.01.11 – кардіологія. З 2007р. по 2009 р. – молодший науковий співробітник відділення фармакотерапії та функціональної діагностики ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» АМН України, з 2009 по 2014 р. – науковий співробітник, відділення фармакотерапії та функціональної діагностики ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» АМН України. З лютого 2014 р. – асистент кафедри терапії і сімейної медицини ННІ ПО ТДМУ. Наукові інтереси: діагностика та лікування хворих з кардіологічного профілю: артеріальна гіпертензія, хронічна серцева недостатність, ішемічна хвороба серця, аритмії. Профілактична кардіологія. Коморбідні стани. Автор понад 50 наукових робіт, друкованих у медичних фахових виданнях в Україні та за кордоном, нагороджена грантами Європейського та Міжнародного товариства з артеріальної гіпертензії.

Микуляк В.Р. к.м.н., асистент. У 2011 р успішно захистила магістерську роботу на тему «Особливості клінічної симптоматики та перебігу стабільної стенокардії напруження у хворих з метаболічним синдромом». З 2011 по 2014 рік навчалась у аспірантурі з фаху «Внутрішні хвороби». У 2014 році під керівництвом доктора медичних наук, професора Гребеника М.В. захистила кандидатську дисертацію «Диференційоване призначення метаболічної терапії при гострому інфаркті міокарда в умовах коморбідності». Автор понад 20 наукових робіт. З 1 грудня 2014 року – асистент кафедри терапії і сімейної медицини ННІ післядипломної освіти. Сфера наукових інтересів – особливості перебігу серцево-судинних захворювань в умовах коморбідності.

Коцюба О.І., асистент. У 2008 р. успішно захистила магістерську роботу на тему «Особливості клініки та медикаментозної терапії хронічної серцевої недостатності у хворих із гіпертонічною хворобою». У 2008-2010 р.р. навчалась в клінічній ординатурі, а з 2010 по 2016 р. – у аспірантурі з фаху «Внутрішні хвороби» на базі кафедри

терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України». Автор понад 30 наукових робіт, друкованих у медичних фахових виданнях України та за кордоном. З вересня 2016 року – асистент кафедри терапії і сімейної медицини ННІ післядипломної освіти. Сфера наукових інтересів – серцево-судинні захворювання та їх перебіг в умовах коморбідності.

Слід особливо відзначити надійних помічників професорсько-викладацького складу, які упродовж усього періоду існування кафедри забезпечували її організаційно – це лаборанти С.С.Черкашина (1979-2003), О.М.Грицишин (Королук) – з 2001 навчалась в клінічній ординатурі, з 2003 по 2011ст.лаборант, О.М.Ющак (2005-2008), І.І.Кічор (2008-2013), О.В.Базар (з 11.2010 р).

Від початку створення на кафедрі проводилась післядипломна підготовка лікарів-терапевтів, з 1987 року – кардіологів. У 1992 році відкрита інтернатура, а з 1994 року розпочалася підготовка сімейних лікарів на циклах спеціалізації. З 2007 з дозволу МОЗ на кафедрі розпочато підготовку лікарів медицини невідкладних станів (МНС), а з 2013 року відкрита інтернатура з цього фаху .

З січня 1997 року курси передатестаційної підготовки (ПАЦ) лікарів-терапевтів проводились на госпрозрахунковій основі, а навчання лікарів-інтернів – на бюджетній та контрактній. В останні 2 роки МОЗ України почало частково фінансувати післядипломну підготовку, що дозволило навчати 60 слухачів терапевтичного профілю за рахунок бюджетних путівок.

На сьогодні на кафедрі проводиться післядипломна підготовка в інтернатурі за фахами «Загальна практика-сімейна медицина» (ЗПСП), «Внутрішні хвороби» (ВХ), «МНС», спеціалізація лікарів «ЗПСМ» і «МНС», підготовка на ПАЦ з фахів «ЗПСМ», «Терапія», «МНС», «Кардіологія», використовуються також такі форми підготовки, як стажування і тематичне удосконалення.

За останні 5 років на кафедрі первинну спеціалізацію пройшло 440 лікарів-інтернів (227 – ВХ, 175 – ЗПСМ, 38 – МНС), вторинну спеціалізацію 119 лікарів з фаху «ЗПСМ», 48 – «МНС», на ПАЦ підготовлено 1775 слухачів (815 – «Терапія», 533 – «ЗПСМ», 217 – «МНС», 190 – «Кардіологія»).

В останні роки на виконання доручення Президента України від 19.11.2010 р. № 1-1/2753 фахівцями нашого факультету розроблена Наскрізна Програма практичних навичок з фаху «ЗПСМ», яка отримала схвальну оцінку МОЗ України і направлена для упровадження в усі навчальні заклади IV рівня акредитації. Також розроблено і затверджено на Вченій раді університету «Положення про підготовку на циклах спеціалізації лікарів-педіатрів дільничних та лікарів-терапевтів дільничних за спеціальністю «ЗСП» за очно-заочною формою навчання». Упроваджено нову робочу програму для вторинної спеціалізації лікарів-терапевтів та лікарів-педіатрів з фаху «ЗПСМ» за 6-ти місячною очно-заочною формою навчання.

У 2011 р. створено нові робочі програми ПАЦ «ЗПСМ», спеціалізації «ЗПСМ» для слухачів і спеціалізації для інтернів «МНС», у 2014 р. – нову робочу програму ПАЦ «Терапія». Контроль засвоєння навчального матеріалу здійснюється за допомогою тематичних комп'ютерних тестових завдань у кафедральній лабораторії тестового контролю, яка забезпечена ліцензованою тестовою програмою МОЗ України (сервісний програмний пакет автоматизованої атестаційної системи другого рівня Elex-Servis-Pack – 2010 лікарських (провізорських) спеціальностей).

З 2010 року за ініціативою завідувача кафедри, професора М.В.Гребеника організовано і щоденно проводяться поліклінічні конференції, на яких лікарі-інтерни, які проходять очний цикл навчання, доповідають про стан важкохворих у всіх відділеннях ТКМЛ № 2 та про окремі цікаві клінічні випадки. На такі конференції запрошуюються і лікарі-ординатори відділень лікарні, де вони мо-

жуть коментувати стан хворого, діагностично-лікувальні заходи, які проводяться, очікувані результати, тощо. З вересня 2011 року лікарі-інтерни щоденно готують презентації окремих клінічних випадків, які демонструють на мультимедійній апаратурі факультету. Це суттєво покращує якість навчання, сприяє вивченню і засвоєнню протоколів надання медичної допомоги населенню.

Згідно сучасних вимог навчання лікарів-інтернів фаху «ЗПСМ» повинно бути максимально наближеним до практичної роботи лікарів у селі. З цією метою за ініціативою адміністрації ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського було створено 5 навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги (НПЦПМСД) на базі сільських амбулаторій. З метою заохочення роботи молодих спеціалістів у сільській місцевості у всіх НПЦПМСД проведено ремонт, створено комфортні умови для проживання і роботи, забезпечено лабораторно-інструментальним і діагностичним обладнанням. Бригади лікарів-інтернів (2 інтерни фаху «Загальна практика-сімейна медицина» та 2 стоматологи) працюють на базі НПЦПМСД упродовж тижня. Під контролем викладача ТДМУ відбувається здача чергувань, аналіз виконаної роботи та інструктаж новоприбулої бригади.

Лікарі-інтерни під керівництвом викладачів мають можливість проводити профілактичні огляди населення, самостійно знімати ЕКГ, надавати необхідну невідкладну допомогу (у разі потреби). Вказані навчально-практичні центри забезпечені зв'язком з Університетською лікарнею через систему інтернет і, при необхідності, – можуть отримати термінову on-line консультацію у провідних спеціалістів. Результати виконаної роботи заносяться лікарями-інтернами у навчальну документацію, яка повністю відповідає сучасним нормативним документам обліку роботи сімейного лікаря, затвердженим МОЗ України.

Пріоритетними напрямками наукової роботи кафедри протягом багатьох років було дослідження захворювань

серцево-судинної системи та патології органів травлення, які узагальнені у 250 публікаціях в українських і в зарубіжних медичних виданнях (Бельгії, Словенії, США, Данії, Франції тощо), а також висвітлювалися у виступах на науково-дослідних конференціях у Європі (Мілан, Париж) та багатьох містах України (Києві, Дніпропетровську, Одесі, Полтаві, Харкові тощо). Підсумком роботи науковців кафедри став захист 2 докторських (Самогальська О.Є.,2007; Ярема Н.І.,2010) та 3 кандидатських дисертацій (Олійник Н.М.,2009; Лобанець Н.В.,2011, Микуляк В.Р., 2014).

Кафедра терапії і сімейної медицини малий чималий клінічний, педагогічний і науковий досвід. Міцним підґрунтям для цього є майже 40-річний стаж роботи під керівництвом досвідчених вчених і клініцистів, професорів: д.м.н. Вайнштейна С.Г., д.м.н. Стародуба Є.М., д.м.н. Рудика Б.І., д.м.н. Масика О.М., д.м.н. Гребеника М.В. Викладачі кафедри завжди на «передовій», адже викладання предмету йде для лікарів-курсантів, досить часто з великим стажем роботи.

Кафедра терапії і сімейної медицини впевнено дивиться у майбутнє. Зараз поруч із досвідченими викладачами готується молода зміна, нова генерація лікарів-науковців, які уже заявили про себе на наукових конференціях як в Україні, так і за кордоном. Кожен викладач кафедри гордиться своєю кафедрою і свято зберігає кредо кафедри: лікування – це мистецтво, якому потрібно вчитись все життя.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

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

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

Матеріали і методи. Обстежено 175 хворих на негоспітальну пневмонію (НП) віком від 16 до 78 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в загальнотерапевтичному відділенні лікарні з приводу негоспітальної пневмонії, а також 63 здорових особи групи порівняння. Оцінювали рівень молекул середньої маси (МСМ) у сироватці крові [Н.Н. Габріелян, В.І. Ліпатова, 1985], лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) [М.А. Андрейчин і співавт., 1998], токсичність сироватки крові (ТК) за сім'яним тестом (СТ) [В.В. Бігуняк і співавт., 1993], антитоксичну резистентність клітин периферичної крові (еритроцитів та лейкоцитів) (відповідно АРЕ та АРЛ) [М.Д. Бех і співавт., 1993].

Результати досліджень. ЕІ у хворих на НП представлено у таблиці 1. Виявлено, що за наявності плевральної ексудації значення $МСМ_{280}$ були достовірно збільшені порівняно з контрольною групою ($P < 0,01$), близьким до вірогідного було збільшення ТК ($t=1,58$), тоді як АРЕ та АРЛ суттєво зменшились ($P < 0,05-0,01$). В осіб з легеневою деструкцією поряд з достовірним збільшенням ТК ($P < 0,01$) виявлено тенденцію до зниження АРЕ та АРЛ: відповідно ($t=1,37$) та ($t=1,29$).

Таблиця 1

Показники ЕІ у хворих з ускладненим перебігом НП (M±m)

Групи обстеж.	MCM ₂₅₄ ^р ум.од.	MCM ₂₈₀ ^р ум.од.	ЛП	ТК, %	АРЕ, ум.од.	АРЛ
Контрольна група, n=112	0,70± 0,01	0,29± 0,01	1,27± 0,06	4,12± 0,09	0,64± 0,01	14,55± 0,13
Деструкція, n=8 P	0,69± 0,03 P>0,05	0,32± 0,02 P>0,05	1,94± 0,34 P>0,05	5,51± 0,20 P<0,01	0,48± 0,05 P>0,05	16,47± 0,39 P>0,05
Плевраль- ний випіт, n=17 P	0,72± 0,02 P>0,05	0,33± 0,01 P<0,01	1,27± 0,15 P>0,05	4,51± 0,23 P>0,05	0,54± 0,02 P<0,01	15,54± 0,41 P<0,05

Висновок. Ускладнений перебіг негоспітальної пневмонії (легенева деструкція, ексудативний плеврит) супроводжується значним зростанням рівня ендогенної інтоксикації, порівняно з пацієнтами з неускладненим перебігом недги, що характеризують такі показники як MCM₂₈₀, ТК, АРЕ, АРЛ.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНТЕРОСОРБЕНТА КАРБОЛАЙН

**С.М. Андрейчин, С.В. Кучер, І.І. Ганьбергер,
М.М. Руда**

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

Вступ. Останніми десятиліттями відбувається невпинне зростання рівня захворюваності на ХОЗЛ як у світі, так і в Україні. У патогенезі багатьох хвороб важливу роль

відіграє ендогенна інтоксикація (EI), пов'язана з накопиченням у тканинах і біологічних рідинах організму надлишку метаболітів нормального та патологічного обміну речовин, продуктів життєдіяльності різних патогенних мікроорганізмів. При цьому сучасні методи лікування, спрямовані на нейтралізацію його ефектів, не зовсім ефективні. У цих умовах важливу роль в комплексному лікуванні хворих набувають сорбційні методи.

Тому **метою** нашого дослідження було з'ясувати вплив вуглецевого ентеросорбенту карболайн на клінічну картину у хворих на ХОЗЛ при включенні його в комплексну терапію захворювання.

Матеріали і методи. Під спостереженням було 103 пацієнти. 51 хворий на ХОЗЛ одержував лише базисну терапію (БТ). Серед них було 11 осіб з бронхообструкцією легкого ступеня тяжкості (I група), 19 – з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості (II група) і 21 – з тяжкою бронхообструкцією (III група). Наступні 52 пацієнти, крім БТ, додатково отримували вуглецевий ентеросорбент карболайн у вигляді дрібних гранул перорально по 1 чайній ложці протягом 10 днів 3 рази на день за 2 години до або через 2 години після приймання їжі та медикаментозних засобів. Серед них було 12 осіб з бронхообструкцією легкого ступеня тяжкості (I група), 22 – з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості (II група) і 18 – з тяжкою бронхообструкцією (III група).

Результати дослідження. Провідною до лікування у 100 % хворих була скарга на кашель, яку після лікування БТ відмічали пацієнти I групи у 63 % випадків, II групи – у 74 % і III – у 86 %. Разом з тим, у більшості з цих хворих частота і сила кашлю зменшилася. При застосуванні комбінованої БТ з карболайном кашель мали 42 % хворих I групи, 52 % – II і 72 % – III.

БТ призвела до зменшення частоти задишки. Так, до лікування вона турбувала 32 % хворих I групи та була наявною у всіх пацієнтів II і III груп. Після застосування

БТ їх частка склала лише 27 % в I групі, 68 % – в II та 81 % – в III. Одночасно відзначено зменшення виразності задишки у всіх пролікованих пацієнтів. Приєднання карболайну до БТ вже на 10-у добу комплексного лікування призвело до зменшення кількості пацієнтів, які скаржилися на задишку, у I групі до 16 %, в II групі – до 52 % і в III – до 67 %. Водночас вказані симптоми мали меншу виразність.

Спостерігалася тенденція до зменшення числа хворих зі скаргою на відходження харкотиння. До лікування таку скаргу мали 60 % пацієнтів I групи, 80 % – II та 86 % – III. Після лікування БТ їх кількість зменшилася до 46, 63 та 67 % відповідно. При застосуванні БТ з карболайном кількість осіб, які скаржилися на відходження мокротиння, становило в I групі 33 %, в II – 52 % і в III – 61 %.

Під впливом лікування спостерігалось значне зменшення скарг на загальну слабкість, яку до лікування мали 100 % хворих. Застосування БТ зменшило відповідну скаргу в 73 % пацієнтів I групи і в 40 % – II і III груп. Після приєднання до лікування карболайну загальну слабкість мали 25 % хворих з легкою бронхообструкцією, 52 % пацієнтів з бронхообструкцією середнього ступеня та 56 % з тяжкою бронхообструкцією.

При аускультації до лікування у всіх пацієнтів (100 %) вислуховувалися жорстке дихання та розсіяні сухі хрипи, які після БТ зменшилися у незначній кількості хворих (у 37 % пацієнтів I групи, 21 % – II групи і 14 % – III групи). При поєднанні карболайну з БТ у хворих на ХОЗЛ спостерігалися подібні зміни. Ослаблене дихання та розсіяні сухі хрипи відмічались у 58 % пацієнтів I групи, 77 % – II і 83 % – III, що було на 42, 23 і 17 % менше, ніж до лікування.

Тахіпное і тахікардія не спостерігалися у пацієнтів I групи ні до, ні після лікування. В II групі у пацієнтів до лікування тахіпное відмічалось у 80 % випадків, а тахікардія – у 60 %. В III групі 100 % хворих з тяжкою брон-

хообструкцією мали тахіпное і 85 % – тахікардію. Після лікування лише БТ дані симптоми збереглися у пацієнтів II і III груп наступним чином: тахіпное мали 68 і 81 % відповідно, а тахікардію – по 52 % хворих в обох групах. При застосуванні карболайну разом з БТ тахіпное зберігалось у 52 % хворих II групи і 56 % – III; тахікардія – у 27 % пацієнтів з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості і 39 % – з тяжкою бронхообструкцією.

Висновки. Узагальнюючи результати нашого дослідження, можемо зазначити, що застосування карболайну разом з БТ при ХОЗЛ сприяло зменшенню клінічних проявів ендотоксикозу, що проявлялося покращенням стану хворих і зменшенням кількості скарг.

ВПЛИВ ОСНОВНИХ КЛІНІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ СУПУТНЬОГО ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАТУС ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ

Л.С. Бабінець, Т.Г. Маєвська, О.І. Криський

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

Вступ. Значна частота коморбідності ОА і ХП, а також складність лікування і прогнозу якості життя таких хворих, велика доля виходу на інвалідність зробила актуальним дослідження такої когорти хворих. Однією з спільних ланок патогенезу ОА і ХП є порушення балансу контролю рівня оксидативного стресу адекватним станом антиоксидантної системи захисту (АОЗ).

Метою дослідження було дослідити вплив супутнього ХП на стан показників антиоксидантної системи захисту

і ПОЛ у хворих з поєднаним перебігом ОА і ХП, а також встановити можливі взаємозв'язки параметрів ПОЛ-АОЗ з основними характеристиками клінічного перебігу ХП.

Матеріали і методи. Для виконання поставленої мети було проведено комплексне обстеження 52 хворих із ОА двох груп: 20 хворих на ОА та 32 – на ОА у поєднанні з ХП. Оцінку ПОЛ проводили за рівнем малонового альдегіду (МА); для оцінки АОЗ визначали СОД, церулоплазмін (ЦП), SH-групи, каталазу; ендогенну інтоксикацію і рівень деградації сполучної тканини в організмі оцінювали за рівнем вільного оксипроліну. Вплив наявності ХП на стан ПОЛ-АОЗ встановлювали за наступними основними клінічними характеристиками ХП: вік пацієнтів, структурний стан ПЗ за методом УЗД, виражений у балах. Екскреторну функцію ПЗ досліджували за допомогою визначення фекальної α -еластази методом імуноферментного аналізу.

Результати. У ході дослідження проаналізували ускладнюючий вплив основних клінічних характеристик супутнього ХП на стан ПОЛ-АОЗ при поєднанні ОА і ХП. Основні характеристики ХП (вік хворих, тривалість поєданого перебігу захворювань, функціональна спроможність ПЗ за показником фекальної α -еластази, структурний стан ПЗ за УЗД-критеріями) з різним ступенем достовірності впливають на показники ПОЛ-АОЗ, а також оксипроліну, що статистично відображалось наявністю помірних або значних кореляційних зв'язків між вказаними групами показників. Слабкими і статистично недостовірними виявились зв'язки між рівнями МА і фекальної еластази, вмістом ЦП та віком, тривалістю ХП і УЗ-характеристикою ХП. Найменш залежним від аналізованих характеристик ХП, за отриманими даними, виявився показник ЦП, що можна пояснити наявністю інших можливих факторів впливу на даний параметр.

Висновок: Було встановлено статистично достовірний значимий предикторний вплив досліджуваних ха-

рактеристик ХП на прогресування явищ оксидативного стресу і ослаблення АОЗ при ОА у поєднанні ХП. Також довели, що із збільшенням біологічного віку, тривалості поєднаних захворювань, параметра УЗ-балів ПЗ, а також із прогресуванням зовнішньосекреторної недостатності ПЗ (зменшенні рівня фекальної еластази) відбувалось накопичення оксипроліну сироватки крові, що засвідчило прогресування деструктивних.

АЦЕТОНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ – ЯК СУЧАСНИЙ МАРКЕР ЯКОСТІ ЇХ ХАРЧУВАННЯ

Є.Ф. Бузько

*Тернопільській державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського*

Ацетонемічний синдром (АС) або недіабетичний кетоацидоз патологічний стан, обумовлений підвищенням в крові дитини рівня кетонових тіл з розвитком кетоацидозу внаслідок порушення обміну жирів та амінокислот на тлі недостатнього синтезу печінкою певних ферментів, що зазвичай носить транзиторний віковий характер і може усугублятися спадковими факторами, які вкладаються в картину так званого нервово-артритичного діатезу(НАД). Саме у дітей із зазначеною аномалією конституції переважно реєструвався в минулому АС. Але в останні роки спостерігається суттєве збільшення випадків АС, практично в рази, і контингент хворих став настільки різноманітним, що діти з НАД просто губляться серед них. Аналіз причин виникнення АС дозволив зробити висновок що провідною є аліментарний фактор. Причому, якщо в минулому приходилось «грішити» на

тваринні жири, шоколад, смажені блюда, то зараз практично всі продукти, які вживають діти можуть сприяти виникненню АС. Це можна пояснити загальним зниженням якості сучасних продуктів харчування, на що вказують дієтологи. Цьому сприяє практично відсутність в нашій країні ефективної системи контролю за якістю продуктів харчування, навіть коли мова йде про дітей, що спричиняє зниження відповідальності виробників перед споживачем, масовому випуску фальсифікованої, неякісної, небезпечної продукції. Розповсюдженням є заміна натуральної м'ясосировини емульсіями, соєвим білком, борошном, субпродуктами з використанням різних харчових добавок, нітратів, підсилювачів смаку, консервантів тощо. При виробництві молочних продуктів широко використовують рослинні жири, сухе молоко.

Зростання на цьому фоні ацетонемічних станів є одним із клінічних маркерів неблагополуччя у харчуванні дітей.

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ РАННІХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Є.Ф. Бузько

*Тернопільській державний медичний університет
ім.І.Я.Горбачевського*

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) домінують серед захворювань у дітей, а в епідемічний період вони складають до 96-98% всієї дитячої патології. Діагностика ГРВІ базується на типовій клінічній симптоматиці, серед якої домінують катаральні явища з боку верхніх дихаль-

них шляхів і температурна реакція. Тривалість останньої в типових випадках не перевищує 3-5 днів і тому пролонгація її більше трьох днів вже вимагає від лікаря виключення можливих бактеріальних ускладнень. Наш досвід свідчить про нерідко пізню діагностику цих ускладнень, як правило вже на етапі госпіталізації, що погіршує їх перебіг і прогноз. В таких випадках слід тактично правильно зорієнтувати сімейного лікаря на диференціальну діагностику насамперед трьох найбільш ймовірних ускладнень ГРВІ у дітей: пневмонію, гострий середній отит та інфекцію сечових шляхів, частіше це пієлонефрит. У зв'язку з цим слід взяти за правило, що якщо фебрильна гарячка при ГРВІ затягується більше трьох днів то слід, паралельно з ретельним аналізом відповідних об'єктивних даних, призначити загальний аналіз крові і при наявності нейтрофільного лейкоцитозу далі діяти в трьох напрямках: для виключення інфекції сечових шляхів зробити загальний аналіз сечі, для виключення гострого середнього отиту провести отоскопію і для діагностики пневмонії – рентгенографію органів грудної клітки. Зрозуміло що черговість цих обстежень буде залежати від отриманих даних об'єктивного обстеження.

Такий алгоритм дій лікаря дозволить завчасно виявити ускладнення ГРВІ у дітей, призначити відповідну терапію і тим самим запобігти негативній динаміці цих ускладнень.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

І.І. Вакалюк

*Державний вищий навчальний заклад «Івано-
Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Вступ. На сьогоднішній день діагностика неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), особливо на тлі супутньої ішемічної хвороби серця (ІХС), залишається складною, оскільки передбачає застосування цілого ряду інструментальних і лабораторних методів обстеження, що потребують значних матеріальних затрат. Перспективним є застосування неінвазивних методів діагностики, які дозволяють оцінити важкість перебігу поєднаної патології із врахуванням структурно-функціонального стану печінки, наявності порушень вуглеводного обміну, антропометричних та вікових характеристик пацієнта.

Мета дослідження. Покращити якість діагностики фібротичних змін печінки у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (ІХС), поєднану з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Обстежено 140 хворих на стабільну ІХС, поєднану з НАЖХП. Залежно від стадії фіброзу печінки по METAVIR хворі були поділені на: I група – пацієнти з F1 стадією фіброзу печінки (n=50); II група – пацієнти з F2 стадією фіброзу печінки (n=38); III група – пацієнти з F3 стадією фіброзу печінки (n=45); IV група – пацієнти з F4 стадією фіброзу печінки (n=7). Усім хворим проведено загально-клінічне обстеження, електрокарді-

ографія, коронарографія, ехокардіографія, еластографія печінки, оцінка функціонального стану печінки, розрахунок індексів фіброзу FIB-4 (FibroIndex-4) і NFS (Non-alcoholic Fatty Liver Disease Fibrosis Score).

Результати досліджень. За результатами еластографії жорсткість печінки була підвищена у хворих усіх груп. Зокрема, при F1 стадії фіброзу швидкість зсувної хвилі складала $1,29 \pm 0,28$ м/с; при F2 стадії фіброзу – була вищою на 25,6% за показник осіб у I групі; при F3 стадії фіброзу – перевищувала рівень осіб I та II груп на 80,6% та 43,8% відповідно; при F4 стадії фіброзу – була вищою в 2,6 рази за показник у хворих I групи та на 43,3% перевищувала її значення у осіб III групи відповідно ($p < 0,05$). Рівень індексів FIB-4 і NFS наростав поруч із прогресуванням фіброзу печінки. Зокрема, якщо у хворих I групи індекс FIB-4 складав $1,67 \pm 0,15$; у II групі – був на 33,5% вищим за показник I групи; в III групі – перевищував це значення на 43,7%, то в IV групі досягнув свого найбільшого значення, складаючи при цьому $4,25 \pm 0,27$ ($p < 0,05$). Натомість, якщо негативне значення індексу NFS спостерігали у хворих I та II груп, то в пацієнтів III групи цей показник склав $0,7 \pm 0,11$, а в IV групі – був на 38,5% вищим за його величину в осіб III групи ($p < 0,05$).

Висновки. Визначення жорсткості печінки методом еластографії та розрахунку індексів FIB-4 і NFS обумовлює підвищення якості ранньої діагностики НАЖХП у хворих на стабільну ІХС, що, в цілому, сприятиме розробці раціональних підходів до фармакотерапії даної коморбідної патології.

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ (КОМПЛАЄНС) ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

**М.В. Гребеник, В.Р. Микуляк, О.І. Левчик,
Л.І. Зелененька, Л.В. Зоря, Н.І. Трач**

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

Метою роботи було вивчення впливу прихильності до лікування хворих, які перенесли гострий інфаркт міокарда (ІМ) на перебіг післяінфарктного періоду та віддалене виживання.

Матеріали і методи. На поліклінічному етапі обстежено 38 хворих чоловічої статі, які перенесли гострий ІМ. Хворі були розподілені на 2 групи: 1 групу (n=11) склали особи молодого віку (43,11±1,32) років, 2 групу (n=27) – пацієнти середнього віку (54,24±1,18) років. Діагноз ІМ верифікували згідно рекомендацій ESC, 2012. Прихильність хворих до лікування (комплаєнс) оцінювали за традиційною анкетною Morisky-Green. Прихильними до лікування вважали хворих, які набирали 4 бали, 2-3 бали свідчили про середній, а 0-1 бали – про низький комплаєнс.

Аналіз **результатів** оцінки прихильності до лікування хворих, які перенесли гострий ІМ показав, що більш комплаєнтними виявились пацієнти 2 групи, тобто особи зрілого віку. Через 3 місяці після перенесеного ІМ усі рекомендації щодо прийому ліків та способу життя виконували 85,2 % хворих. У 11,1 % пацієнтів виявлено середню прихильність до лікування, вони інколи забували прийняти ліки та пропускали прийом антигіпертензивних препаратів, якщо почували себе добре. У 3,7 % хворих виявлено низький комплаєнс до лікування, ці хворі самостійно відмінили прийом частини медикаментоз-

них препаратів, які були рекомендовані їм для тривалого прийому. Також слід відмітити, що 4 хворих (23,5 %) незважаючи на настанови лікарів не відмовились від куріння.

Через півроку після перенесеного ІМ рівень прихильності хворих знизився. Повністю виконували призначення лікаря уже 70,4 % хворих. А відсоток пацієнтів із низьким комплаєнсом зріс до 25,9 %. Серед причин пропусків прийому препаратів були: задовільний загальний стан, забування про прийом, погане самопочуття після вживання ліків та висока вартість препаратів.

Деякі іншими були показники прихильності до лікування у пацієнтів 1 групи. Через 3 місяці після перенесеного ІМ усі рекомендації щодо прийому ліків та способу життя виконували 72,7 % хворих. 27,3 % пацієнтів забували прийняти ліки, ставились неухважно до годин їх прийому, нерідко інколи пропускали прийом препаратів. Серед основних причин неретельного виконання настанов лікаря були: добре загальне почуття, інтенсивний робочий графік та страх побічних ефектів (прийом β-блокаторів). Продовжувало палити після перенесеного ІМ 30,0 % хворих.

Як і у 2 групі, через півроку після перенесеного ІМ рівень прихильності хворих також знизився. Продовжили виконувати усі призначення лікаря лише 54,5 % хворих. Відсоток пацієнтів із низьким комплаєнсом зріс до 45,5 %. Також слід відмітити, що знову повернулись до куріння 20,0 % хворих.

Отже, аналіз отриманих даних свідчить, що прихильність до лікування хворих знижується пропорційно часу, що минув після ІМ. Основними причинами є низький рівень санітарної культури населення, перебільшення ризику побічних ефектів препаратів, недостатня роз'яснювальна робота лікарів, щодо можливих ускладнень та наслідків та висока вартість медикаментозних препаратів.

Проаналізовано перебіг післяінфарктного періоду у 13 хворих з низьким комплаєнсом. У 3 (23,0 %) хворих за період спостереження були повторні госпіталізації з приводу післяінфарктної стенокардії, в 1 хворого (7,7 %) виник повторний ІМ, у 3 (23,0 %) хворих прогресувала СН (змінився функціональний клас за NYHA). Також проведено оцінку 3-місячної та піврічної смертності хворих, що перенесли ІМ. У 1 групі хворих не було летальних випадків, а у 2 групі впродовж 6 міс померло 2 пацієнтів, відділена смертність склала 7,4 %. Один хворий помер раптово, у іншого причиною смерті став повторний ІМ, який ускладнився кардіогенним шоком. Обидва пацієнти мали низьку прихильність до лікування. Отже, комплаєнс лікування та ретельне виконання рекомендацій лікаря суттєво впливає на виживання хворих, які перенесли гострий ІМ.

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З НОРМО– ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

**М.В. Гребеник, О.І. Коцюба, Н.І. Ярема,
Т.Б. Лазарчук, О.І. Криськів, Л.І. Зелененька**

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

Мета: встановити особливості впливу вальсартану на діастолічну дисфункцію лівого шлуночка (ДДЛШ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з нормо– та гіперурикемією (ГУЕ).

Матеріали і методи. Було обстежено 86 пацієнтів з ГХ II стадії з 2 та 3 ступенями АГ та хронічною СН I ст., у 44

з яких було виявлено гіперурикемію (рівень сечової кислоти (СК) ≥ 360 мкмоль/л, основна група), і у 42 – нормальний рівень СК (група порівняння). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб такого ж віку та статі.

Результати дослідження. ДДЛШ була діагностована у 72 пацієнтів, з них у основній групі – у 41 хворого (93,2 %), у групі порівняння – у 31 пацієнта (73,8 %), тобто ДДЛШ була виявлена частіше у групі пацієнтів з ГУЕ. Всім пацієнтам до складу комбінованої антигіпертензивної терапії було включено АРА II вальсартан (160-320 мг/добу) та β -адреноблокатор бісопролол (5-10 мг/добу). Цільового рівня АТ і/або зниження діастолічного АТ >10 % через 6 місяців лікування у групі хворих з ГУЕ було досягнуто у 72,7 %, а у пацієнтів з нормальним рівнем СК – у 80,9 %, тобто антигіпертензивний ефект був більш вираженим у групі хворих з нормоурикемією. Це свідчить про те, що такий коморбідний стан як ГУЕ обтяжує перебіг ГХ і утруднює адекватне зниження АТ у хворих на ГХ з супутньою ГУЕ, очевидно, через відсутність відповідної корекції підвищеного рівня СК. У групі хворих на ГХ з ГУЕ динаміка САТ і ДАТ склала 17,0 % ($p < 0,05$) і 12,9 % ($p < 0,05$), відповідно, а у групі пацієнтів з нормоурикемією – 20,5 % ($p < 0,05$) і 14,7 % ($p < 0,05$), відповідно. При оцінюванні динаміки показників діастолічної функції ЛШ через 6 місяців було встановлено, що показник розміру ЛП та його площі зменшувались в обох групах пацієнтів практично однаково. Значення IVRT у пацієнтів основної групи знизилось на 17,2 % ($p < 0,05$), а у групі порівняння – на 19,8 % ($p < 0,05$). У хворих на ГХ з ГУЕ максимальна швидкість руху фіброзного кільця у фазу раннього діастолічного наповнення (E') достовірно зросла на 11,3 %, а з нормоурикемією – на 13,4 %. Така динаміка E' обумовила зниження співвідношення E/E' у хворих на ГХ з ГУЕ на 15,7 % ($p < 0,05$), а у хворих на ГХ з нормоурикемією – на 18,7 % ($p < 0,05$). Наведені вище дані свідчать про більш виражену динаміку позитивну показників ДДЛШ при антигіпертензивному лікуванні із застосуванням

вальсартану у хворих на ГХ з нормоурикемією, ніж при комор бідності ГХ з ГУЕ.

Висновки. 1. У хворих на ГХ діастолічна дисфункція лівого шлуночка була виявлена частіше при супутній ГУЕ ніж при нормоурикемії. 2. Позитивний вплив антигіпертензивної терапії з застосуванням вальсартану на показники діастолічної дисфункції більш виражений у хворих на ГХ при нормоурикемії порівняно з хворими з підвищеним рівнем СК.

ІНФАРКТ МІОКАРДА У ЖІНОК: ФАКТОРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ ТА ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ЗА ДАНИМИ ЛОКАЛЬНОГО РЕЄСТРУ

**М.В. Гребеник, Л.І. Зелененька, О.І. Левчик,
В.Р. Микуляк, Т.В. Корнага, О.І. Лопушанська,
Б.І. Степанчук***

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний
університет ім. І. Я. Горбачевського» МОЗ України
Тернопільська міська комунальна лікарня №2**

Вступ. Ішемічна хвороба серця є провідною причиною смерті жінок у всьому світі. За даними АНА (2016) впродовж першого року після першого інфаркту міокарда (ІМ), жінок помирає більше, ніж чоловіків (26% vs 19% відповідно), незалежно від віку.

Метою роботи було вивчення впливу традиційних модифікованих та немодифікованих факторів кардіоваскулярного ризику та особливості маніфестації, перебігу ІМ у жінок та вплив на виживання та прогноз за даними локального реєстру міського кардіологічного центру.

Матеріали і методи. У проспективне обсерваційне дослідження залучено 1392 хворих на гострий (ГІМ) різної локалізації в умовах коморбідності. Усім пацієнтам проведено загальноклінічні обстеження, ехокардіографію згідно стандартів ASE. Діагноз ІМ верифіковано згідно рекомендацій ESC (2012), Асоціації кардіологів України (2014, 2016). Основним критерієм розподілу пацієнтів на групи була гендерна відмінність. Першу (1 гр.) склали чоловіки хворі на ІМ (n=981), другу (2 гр.) – жінки хворі на ІМ (n=411).

Групи пацієнтів були співставними за сезонністю виникнення першого інциденту ГІМ, з найбільшою маніфестацією в осінній період, що склало 29,9 та 29,4%, за добовим розподілом прояву ГІМ – вранішні години (24,4 і 24,0%), за тижневим – у понеділок (19,9 і 17,3%) та п'ятницю (16,4 і 16,8%) у групах чоловіків та жінок, відповідно. Аналіз структури локалізації ГІМ в обох групах не продемонстрував достовірних відмінностей, де переважали некротичні ураження передньої (дещо частіше у чоловіків) та нижньої (дещо частіше у жінок) стінок міокарда. Слід відмітити, що частка хворих з ГІМ без зубця Q переважала серед жінок (p=0,014). Крім того, інцидент повторного ГІМ у жінок виникали раніше, ніж у чоловіків, відповідно, через (63,8±7,5) та (74,0±5,6) міс. (p<0,0001).

Результати даного дослідження показали, що маніфестація першого ГІМ серед чоловіків відбувалась раніше (p<0,0001) на 10-річний термін, і у віковому аспекті склала (61,8±0,4)р., а у жінок – (72±0,4)р.

Нами проведений аналіз трьох основних модифікуючих вагомих факторів кардіоваскулярного ризику – артеріальна гіпертензія (АГ), індекс маси тіла (ІМТ), рівень холестеролу (ХС). Тривалість анамнезу АГ до розвитку ГІМ серед жінок була більшою (p=0,028) і склала (15,2±0,5)р., а у чоловіків (12,3±0,3)р., а її частка в обох групах була – 86,4% та 68,7%, відповідно у 2-ій гр. та 1-ій гр. (p<0,0001). Слід відмітити, що АГ у жінок характеризувалась тяжчим ступенем її перебігу, за рівнем діастолічного АТ при по-

ступенні в стаціонар ($p=0,001$). Серед осіб жіночої статі частіше виявляли надмірну масу тіла ($p<0,0001$) та абдомінальне ожиріння ($p=0,019$). Такі ж особливості в даної когорти пацієток виявили при оцінці вищого вихідного рівня ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), відповідно ($3,39\pm 0,08$) ммоль/л проти ($3,01\pm 0,04$) ммоль/л у чоловіків, $p=0,005$. Проаналізовано поширеність та тривалість цукрового діабету у жінок, що показало подібну ситуацію, де частка та тривалість ЦД склала – 32,6% та ($10,3\pm 0,8$)р. проти 20,1% та ($7,3\pm 0,5$)р. у чоловіків ($<0,0001$).

Висновок. Таким чином, традиційні фактори кардіоваскулярного ризику – АГ, ІМТ, рівень ХС ЛПНЩ, порушення вуглеводного обміну мають більший прогностично несприятливий вплив у жінок ніж у чоловіків у маніфестації, перебігу, пролонгації серцево-судинного ускладнення – ГІМ.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

**О.В. Давидович, Н.Я. Давидович, В.О. Лихацька,
В.В. Ясенівка, Н.С. Наумчук**

*Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика
Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського*

Вступ. У людей похилого та старечого віку широко розповсюджені захворювання, що супроводжуються запальними та дегенеративними змінами опорно-рухового апарату.

У зв'язку з цим у цій групі пацієнтів широко розповсюджене призначення НПЗЗ, в середньому, в 4 рази частіше, ніж у молодих.

Найбільш розповсюдженою суглобовою патологією в старших вікових групах є остеоартроз(ОА), який спричиняє важкий больовий синдром, значно погіршуючи якість життя, часто є причиною інвалідизації та необхідністю призначення НПЗЗ.

Основна частина. Фармакологічний вплив НПЗЗ направлений на попередження або зниження активності запального процесу, зниження больового синдрому, нормалізацію температури тіла. Клінічні ефекти пояснюються трьома механізмами дії: пригніченням циклооксигенази (ЦОГ), інгібіцією ліпооксигенази та гальмуванням утворення вільних радикалів.

НПЗЗ, за висновками ВООЗ, становлять групу медикаментозних засобів, небезпечних у зв'язку з розвитком побічних реакцій. Навіть короткочасне вживання аспірину в дозі 325 мг на добу – в 2-4 рази підвищує ризик серйозних ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту. Найбільш часто НПЗЗ викликають печію, болі в епігастрії, нудоту блювоту, діарею, закрепи, що виникають при тривалому прийомі цих препаратів, а в 5-15% випадків є причиною призупинення лікування. В 10-40% пацієнтів при вживанні цих медикаментів виникають гастропатії.

У зв'язку з цим, при наявності показань, препаратами вибору у випадках лікування людей похилого віку перевагу слід надавати високоселективним інгібіторам ЦОГ-2. Для зменшення побічного впливу НПЗЗ у старших вікових групах слід дотримуватися наступних рекомендацій:

– починати лікувати хворих слід з високоселективних інгібіторів ЦОГ-2 (целекоксиб або селективних інгібіторів ЦОГ-2(мелоксікам)). Не доцільно застосовувати індометацин, напроксен, піроксікам;

Починати слід з невеликих доз, при необхідності, підвищуючи їх кожні 5-10 днів;

– з віком значно збільшується період напіввиведення ліків, у зв'язку з чим, старшим людям не слід перевищувати, середньотерапевтичні дози;

– згідно рекомендацій ВООЗ, необхідно спробувати по-сплідовно не менше 4-х препаратів, перш ніж перейти до інших методів фармакотерапії;

– якщо біль не знімається одним медикаментом, доцільно додати парацетамол;

– поєднане призначення двох або більше НПЗЗ значно підвищує ризик появи ускладнень. Цього слід уникати;

– при виявленні ознак НПЗЗ-гастропатії (множинні ерозії, виразки) необхідно відмінити ці препарати та призначити блокатор протонної помпи або блокатор H₂-гістамінових рецепторів;

– необхідно пам'ятати, що альтернативі шляхи введення (парентеральний, ректальний) не захищають хворих від розвитку гастроентерологічних побічних ефектів;

– антациди можуть зменшувати симптоми диспепсії, але є не ефективними для профілактики та лікування гастропатій;

– з метою попередження виникнення гастропатії найбільш ефективним вважаються блокатори протонної помпи та мізопростол;

– антагоністи H₂-гістамінових рецепторів пришвидшують заживлення виразок, але ефективність їх у відношенні профілактики виразкових ускладнень шлунку при лікуванні НПЗЗ не доведена.

Висновки: Диференційоване, індивідуалізоване лікування хворих похилого віку НПЗЗ з використанням високоселективних інгібіторів ЦОГ-2 з урахуванням сучасних рекомендацій дозволяє попередити або звести до мінімуму ризик ускладнень, покращити активне довголіття людей старших вікових груп.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЖІНОК СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

В.М. Ждан, В.Г. Лебідь, М.Ю. Бабаніна

*Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава, Україна*

Вступ. Актуальність проблеми остеоартриту (ОА) зумовлена його широкою розповсюдженістю, складністю в лікуванні та ранньою інвалідизацією хворих. ОА відноситься до хвороб з високою коморбідністю і поєднується з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця.

Сучасна жінка третину свого життя проводить в постменопаузі – періоді, який супроводжується значним зниженням якості життя за рахунок розвитку вегето-судинних, психо-емоціональних, урогенетальних порушень, остеоартриту та остеопорозу.

Мета дослідження: вивчити ефективність, анальгезуючий, протизапальний ефект і безпеку схеми лікування комбінацією препаратів: хондропротектора (хондроїтин сульфату 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозаміну гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500мг, 1,5 міс.), сартану (вазар 80-320 мг на добу, постійно), статину (розувастатину 20 мг на добу, постійно), Омега-3 -тригліцеридів (Омега-3 по 1 капсулі на добу, 3 міс.), кардіопротектора (дигідрохлорида триметазидин 35 мг 2 рази на добу, 3 міс.), бісфосфонату (ризедронату натрію 35 мг 1 раз на тиждень, 1 рік) в порівнянні з групою, яка отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.) на фоні прийому вазару

і розувастатину у хворих на ОА в поєднанні з коморбідною патологією .

В дослідження включені 50 хворих віком від 54-83 років, розділених по групах: *1 група* – (n=25), яка отримувала хондропротектор (хондроїтину сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім – глюкозаміну гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500мг, 1,5 міс.), сартан (вазар 80-320 мг на добу, постійно); статин (розувастатин 20 мг на добу, постійно), Омега-3 -тригліцериди (Омега-3 по 1 капсулі на добу, 3 міс.), кардіопротектор (дигідрохлориду триметазидин 35 мг 2 рази на добу, 3 міс.), бісфосфонат (ризедронат натрію 35 мг 1 раз на тиждень, 1 рік); *2 група* – (n=25) отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг, 1,5 міс.) на фоні прийому вазару і розувастатину.

Критерії ефективності лікування: загальні клінічні обстеження крові, сечі, креатиніну, загального білірубіну, АЛТ, АСТ, холестерину, рентгенографії і УЗД дослідження колінних суглобів, денситометрії, індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ і критерії якості життя по EuroQol-5D.

Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: 1 група – 23 хворих , 2 група – 18 хворих. Виражений позитивний ефект в 1 групі пацієнтів: більш виражене зниження індексу Лекена, динаміки шкали WOMAC, ВАШ, денситометрії, покращення якості життя за критеріями EuroQol-5D, збільшення термінів ремісії ОА і супутньої патології.

Отже, доведена позитивна клінічна ефективність впливу даної комбінованої терапії в поєднанні ампулованої та таблетованої форм хондропротекторів на фоні прийому сартану, статину, кардіопротектору, бісфосфонату, поліненасищених жирних кислот, яке показало більш високу ефективність в плані зменшення больового синдрому і покращення функціональної здатності суглобів, а також підвищення якості життя жінок старших

вікових груп, хворих на ОА у поєднанні з коморбідною патологією.

В подальшому вбачається перспектива застосування даної схеми лікування в практичну охорону здоров'я з метою покращення якості життя пацієнтів з даною патологією.

КЛІНІКО-ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ТА КОРОНАРО-АНГІОГРАФІЧНІ ПАРАЛЕЛІ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

**Д.В. Жегестовська, М.В. Гребеник, В.В. Ольховик*,
Л.Ю. Бідованець.***

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

**Міська комунальна лікарня №2, м. Тернопіль*

Вступ. Електрокардіографічна діагностика гострого інфаркту міокарда (ГІМ) із ураженням задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ), порівняно із верифікацією ураження інших локалізацій є значно складнішою, що пояснюється як анатомічною особливістю вказаної ділянки, так і певними обмеженнями самого методу ЕКГ обстеження. В літературі наведені дані, згідно яких при порівнянні ЕКГ та даних патанатомічного обстеження, майже у половині випадків виявлені рубці та гострі ураження задньої стінки не відображалися на ЕКГ. Саме тому, із впровадженням в медичну практику методів діагностики, що дозволяють безпосередньо оцінити анатомію коронарних судин прижиттєво, таких як коронарна ангіографія

(КАГ), з'явилася додаткова можливість відслідкувати певні закономірності та співставити дані КАГ та ЕКГ, з метою оптимізації діагностичного алгоритму.

Мета. Проаналізувати та співставити дані КАГ та ЕКГ у хворих і гострим заднім інфарктом міокарда (ІМ), щоб підтвердити або заперечити наявність закономірностей між ураженням коронарної судини на даними отриманими згідно електрокардіографічного обстеження.

Матеріали та методи. В процесі дослідження використовувалися дані 92 медичних карт стаціонарних хворих із діагнозом гострий інфаркт міокарда, що лікувалися на базі ТМКЛ №2 у період з жовтня 2015 р. по червень 2016 р., яким було виконано ургентну КАГ.

Результати та обговорення. Класично, за кровопостачання задньої стінки ЛШ відповідає права коронарна артерія (ПКА) і в даному випадку ми не знайшли відхилень від цього правила. При ураженні проксимального відділу ПКА у 80% графіка ЕКГ відповідала задньому ІМ, у 10% – задньо-базальному, та ще в 10% – циркулярному ІМ. При гострій оклюзії середньої третини ПКА у 90% зміни на ЕКГ вказали на ураження задньої стінки і у 10% на розвиток некрозу в задньо-діафрагмальній ділянці. При ураженні задньо-нисхідної гілки у всіх випадках ЕКГ вказувала на виключно ізольований задньо-діафрагмальний ІМ. Що стосується типу кровопостачання, то у пацієнтів із ураженням ПКА домінував правий тип 69,7%, змішаний зустрічався у 21,3% хворий і в жодного не було виявлено лівий тип коронарного кровопостачання.

Проте ЕКГ діагностика утруднюється у випадку, коли мова йде про огинаючу артерію (ОА) (гілку лівої коронарної артерії), ураження якої графічно можуть проявлятися на ЕКГ ознаками ІМ як задньої, так і передньої стінки ЛШ. Окрім того, у 30,8% (n=4) обстежених взагалі не було типових змін на кардіограмі і вони госпіталізувалися із діагнозом ГКС без елевації ST. При гострій оклюзії проксимального відділу ОА у 75% випадків розвивався пере-

дньо-перегородковий або передньо-перегородково-верхівково-боковий ІМ, і лише у 25% страждала задня стінка. При ураженні середньої третини ОА, ситуація суттєво змінювалася і вже у 57,1% випадків розвивався ІМ задньої стінки лівого шлуночка, а далі з однаковою частотою страждали передньо-перегородкова (14,3%), задньо-діафрагмальна (14,3%) ділянки міокарду та передня стінка ЛШ з залученням високих бокових відділів (14,3%). Оклюзія дистального відділу ОА спричиняла розвиток задньо-діафрагмального інфаркту. Найчастіше у хворих з ураженням ОА зустрічався змішаний тип кровообігу – 69% (n=9), рідше правий тип 23% (n=3). Лише у одного пацієнта за даними КАГ виявлено лівий тип кровопостачання, і варто зазначити, що саме у цьому випадку, при гострій оклюзії артерії тупого краю (гілки ОА) розвинувся циркулярний ІМ.

Висновок. Отже при ураженні ПКА, у більшості випадків на ЕКГ реєструвалися прояви типові для ІМ задньої стінки ЛШ. Гостра оклюзія ОА в певних випадках викликала труднощі для інтерпретації змін на ЕКГ і впливала на початкову тактику лікування.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПОШУКУ ПЕРСПЕКТИВНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ З ПАРОДОНТОПРОТЕКТОРНОЮ ДІЄЮ

Д.С. Журенко, Н.А. Цубанова

*Кафедра загальної фармації та безпеки ліків
ІПКСФ НФаУ*

За даними ВОЗ пародонтит є одним з найчастіше зустрічаємих запальних захворювань пародонту. Пародонтит може вплинути на хід деяких захворювань, в

тому числі ішемічної хвороби серця, цукрового діабету та ін. Так за даними Suzuki J.I. та співавторами (2016) є прямий кореляційний зв'язок між серцево-судинною патологією і захворюваннями пародонту. Бактеріальний пародонтит тісно пов'язаний з гіпертрофією міокарда. У дослідженні P. Li (2013) встановлено, що у пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда, наявність запального пародонтиту складає 44,7% у порівнянні із 32,7% для контрольної групи ($P < 0,001$).

Вищезазначене свідчить, що запальний пародонтит супроводжує та/або ускладнює перебіг інших захворювань, що потребує оптимізації існуючих схем лікування пародонта на тлі супутньої патології. Лікування хворих повинно бути спрямоване на усунення патологічного процесу в тканинах пародонта та відновлення їх функції.

На сьогоднішній день актуальним є пошук препаратів на основі лікарської рослинної сировини (ЛРС), які поряд із вираженою терапевтичною дією мають мінімум негативних реакцій, що дає можливість їх тривалого безпечного застосування. Серед різноманіття ЛРС перспективними об'єктами для розробки нового препарату з пародонтопротекторною дією можна вважати алое деревовидне та кору дуба. У наших попередніх дослідженнях встановлена значна антимікробна дія екстракту кори дуба та потужна мембраностабілізуюча дія екстракту алое, яка перевищує препарат порівняння токоферолу ацетат. Їх комбіноване застосування є перспективним для подальшого дослідження і розробки лікарських засобів на їх основі.

ТРАДИЦІЙНІ ФАКТОРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ І ФОРМУВАННЯ РІЗНИХ ТИПІВ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Л.І. Зелененька, М.В. Гребеник, В.Р. Микуляк,
В.А. Дударенко

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

Вступ. Останні (2016) рекомендації європейських та вітчизняних асоціацій кардіологів в галузі профілактики серцево-судинних захворювань свідчать в користь необхідного активнішого впровадження профілактичних підходів на всіх етапах надання медичної допомоги.

Ось чому, **метою** даного дослідження було визначити роль традиційних модифікуючих факторів кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з есенціальною гіпертензією I ст. у формуванні прогностично несприятливих типів гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), як вагомого незалежного фактора кардіоваскулярної смерті за 15-20-річний період часу.

Матеріали і методи. Ретроспективне дослідження охопило 288 пацієнтів з есенціальною гіпертензією I-II ст., яким було проведено загально-клінічне обстеження, в т.ч. ехокардіографію в режимах М- та секторального сканування за загальноприйнятою методикою. На підставі аналізу даної когорти хворих встановлено, що на момент повторного обстеження (через 15-20 років) 212 осіб були живими, серед них частка хворих з ініціальною нормальною геометрією лівого шлуночка становила 31%. Дану групу пацієнтів розподілено наступним

чином: в першу групу (I гр.) (n=24) ввійшли хворі, в яких при повторному ехокардіографічному обстеженні відбулася трансформація НГЛШ в концентричну ГЛШ (КГЛШ), а в другу (II гр.) (n=24) – особи в котрих за цей період часу сформувалася ексцентрична ГЛШ (ЕГЛШ).

Під час базисного обстеження групи були співставні за віком, гендерними особливостями, іншими показниками гемодинаміки та структурними даними ехокардіоскопії. Проведений аналіз первинних гемодинамічних, структурних та гуморальних показників (див. табл.).

Порівняльний аналіз деяких вихідних показників у пацієнтів обох груп показано в таблиці:

Параметри	Вихідні параметри та їх приріст за 15-20 років у хворих на есенціальну гіпертензію		
	I гр. (КГЛШ) (n=24)	II гр. (ЕГЛШ) (n=24)	p
Тривалість АГ, роки	28,58±1,76	22,67±1,84	<0,05
ІМТ-1, кг/м ²	29,50±0,36	27,21±0,47	<0,01
ЧСС-1, уд./хв	75,50±1,26	70,12±1,44	<0,05
САТ-1, мм рт.ст.	148,00±1,32	154,00±1,92	н/д
ДАТ-1, мм рт.ст.	98,00±2,90	97,67± 1,20	н/д
ІММЛШ, г/м ²	103,6±2,31	105,28±3,67	н/д
ЛП, мм	3,51±0,11	4,08±0,09	<0,001
Ренін плазми, нг/мл	1,35±0,25	0,61±0,11	<0,05

ІМТ – індекс маси тіла, ЧСС – частота серцевих скорочень, САТ – систолічний артеріальний тиск, ДАТ – діастолічний артеріальний тиск, ІММЛШ – індекс маси міокарда лівого шлуночка, ЛП – ліве передсердя.

Результати даного дослідження демонструють, що наступні модифікуючі фактори ризику – наявність надмірної маси тіла (ІМТ = 29,50±0,36 кг/м²), тривалий перебіг артеріальної гіпертензії (28,58±1,76 років) на фоні підвищеної активності симпатичної нервової (ЧСС = 75,50±1,26

уд./хв.) та гуморальної (активність реніну плазми) систем за відсутності адекватного контролю рівня артеріального тиску асоціюється із формуванням концентричного типу ГЛШ, як найбільш прогностично несприятливого типу ГЛШ щодо розвитку фатальних та нефатальних кардіоваскулярних подій, а верхньомежові розміри ЛП – із ЕГЛШ.

THE DIAGNOSTIC ROLE OF PHASE-SHAPED ECGS IN STRESS-TESTING OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART FAILURE

O.I. Katerenchuk

*Ukrainian Medical Stomatological Academy (Poltava,
Ukraine)*

Repolarization abnormalities on surface-ECG are well-known indicators and predictors of unfavorable clinical outcomes in coronary arteries disease (CAD). Surface ECG presents only limited and non-specific data of repolarization changes provoked by myocardial ischemia. Visualization of dynamic ECG-trackers in phase-oriented space during 6-minutes walking test provides additional accurate information about repolarization abnormalities.

Aim of the study. To evaluate the additional diagnostic possibilities of phase-shaped ECG analysis in stress-testing of patients with ischemic heart failure.

Methods. Index of T-wave symmetry, T-wave dispersion, βT index and QRS/T spaces ratio were analyzed. Simultaneous recordings of surface ECG were also performed.

Results. 212 patients were enrolled to the study. Index of T-wave symmetry and βT index haven't shown any beneficial

results of sensitivity (73% vs. 81%; $p \geq 0.05$) and specificity (78% vs. 69%; $p \geq 0.05$) comparing with typical signs of ischemia on surface ECG (ST-segment deviation and/or T-wave changes). T-wave dispersion resulted in higher levels of sensitivity (82% vs. 64%; $p \leq 0.05$) but not specificity (72% vs. 67%; $p \geq 0.05$) as well, as QRS/T spaces ratio: sensitivity (76% vs. 58%; $p \leq 0.05$) and specificity (68% vs. 71%; $p \geq 0.05$). The lowering of QRS/T spaces ratio (cut-point is $\geq 10\%$) correlated with the distance covered in 6-minutes walking test ($r_s = 0.682$; $p \leq 0.05$).

Conclusions. T-wave dispersion and QRS/T spaces ratio of phase-shaped ECGs are useful in detecting repolarization abnormalities in stress-testing due to their higher sensitivity.

КОРЕКЦІЯ ДИСЛІПІДНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

**К.Ю. Кицай, Л.С. Бабінець, І.О. Боровик,
Л.І. Складанюк, Т.В. Войцехівська**

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

Вступ. Хронічний панкреатит (ХП) по поширеності, росту захворювання, частковій недієздатності і причині інвалідизації є важливою соціально-економічною проблемою сучасної медицини. Біліарні порушення та надмірна маса тіла сприяють виникненню ХП і погіршують його перебіг.

Мета роботи. Дослідити ефективність включення до стандартної терапії препарату Ліверія ІС (метадоксин) на параметри ліпідного спектру крові у хворих на хронічний біліарний панкреатит (ХБП) в поєднанні з ожирінням.

Матеріали і методи. Досліджено 40 хворих на ХБП в поєднанні з ожирінням, котрим до загальноприйнятого лікування (ЗПЛ) було додано препарат Ліверія ІС по 1 (0,5 г) таблетці 2 рази на добу за 15–30 хв перед прийомом їжі протягом 3 місяців. ЗПЛ включало: пантопразол, панкреатин, домперидон. Вік хворих – від 30 до 71 років. Пацієнти були співставимими за віком, статтю та тривалістю захворювання. Оцінку ліпідограми проводили за загальноприйнятими в клініці критеріями.

Результати та їх обговорення. Перед проведенням лікуванням рівень ХС становив $(6,76 \pm 0,15)$ ммоль/л, тригліцеридів $-(2,48 \pm 0,03)$ ммоль/л, ЛПВЩ $-(1,20 \pm 0,03)$ ммоль/л, ЛПНЩ $-(4,42 \pm 0,16)$ ммоль/л, ЛПДНЩ $-(1,13 \pm 0,01)$ ммоль/л, КА– $4,86 \pm 0,30$. Після лікування рівні відповідних показників стали наступними: $(5,83 \pm 0,12)$ ммоль/л, $(2,01 \pm 0,06)$ ммоль/л, $(1,31 \pm 0,03)$ ммоль/л, $(3,97 \pm 0,14)$ ммоль/л, $(0,91 \pm 0,04)$ ммоль/л і $3,52 \pm 0,16$ відповідно.

Висновок. Динаміка ліпідограми (показник холестерину знизився на 14,3 %, тригліцеридів – на 19,2 %, ЛПДНЩ – на 19,5 %, ЛПНЩ – на 10,2 %, КА – на 27,6 %, а фракція ЛПВЩ збільшилась на 11,5 %) була статистично достовірною ($p < 0,05$). Це засвідчило доцільність і ефективність включення Ліверія ІС до комплексного лікування ХП в поєднанні з ожирінням.

АКТИВНІСТЬ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗИ В КІСТКОВОМУ МОЗКУ МОРСЬКИХ СВИНОК ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АЛЕРГІЧНОМУ АЛЬВЕОЛІТІ

М.Є. Ковальська

*Львівський національний медичний Університет ім.
Данила Галицького*

Ключові слова : експериментальний алергічний альвеоліт, супероксиддисмутаза

Вступ. Екзогенний алергічний альвеоліт (ЕАА) – імунно-алергічне захворювання легень, яке зустрічається відносно рідко в пульмонологічній та алергологічних клініках. Разом з тим ця патологія складає близько 2,3% від усіх захворювань органів дихання.

За останні десятиліття проблема патогенезу, діагностики та лікування ЕАА набула особливої актуальності і привертає усе більше уваги як клініцистів так і теоретиків. Одним з невивчених механізмів розвитку захворювання є очевидно зміни процесів пероксидації ліпідів та стан активності окремих ферментів антиоксидантної системи (АОС) при експериментальному алергічному альвеоліті (АА). Тому метою нашого дослідження було вивчення порушень функціонального стану антиоксидантного захисту в крові при експериментальному алергічному альвеоліті за допомогою визначення активності супероксиддисмутази (СОД).

Матеріали і методи . Досліди були проведені на 35 морських свинках, масою тіла 0,18-0,20 кг. Мурчаків розподілили на п'ять груп (сім тварин у кожній). Інтактні морські свинки склали першу групу (контроль). Тварини з експериментальним алергічним альвеолітом (АА) – друга, третя, четверта, п'ята групи, відповідно на 1, 2, 24 і 34 доби експерименту.

Експериментальний АА відтворювався за методом J.M.Fink,V.L.Moore. (1980) в модифікації О.О.Орехова, Ю.А.Кирилова, 1985.

Визначали активність супероксиддисмутаза методом R.Fried.

Отримані цифрові дані обробляли статистичним методом Стюдента.

Результати досліджень та їх обговорення Результати проведених досліджень виявили, що у морських свинок хворих на алергічний альвеоліт (на перший та другий день захворювання) підвищується активність СОД 16,2% ($p<0,05$) та 21,5% ($p<0,05$) в порівнянні з інтактними тваринами, що свідчить про стимуляцію ферментативної ланки антиоксидантного захисту.

Згодом, цей показник знижувався на 24 і 34 доби відповідно на 20,8 % ($p<0,05$) і 31,5% ($p<0,05$) проти першої групи тварин, що дає підставу стверджувати про пригнічення ферментативної ланки антиоксидантного захисту.

Висновки. Таким чином вивчення активності окремих ферментів антиоксидантної системи при експериментальному алергічному альвеоліті в кістковому мозку морських свинок дало можливість встановити зниження показників АОС –СОД, компенсаторне зростання активності досліджуваних ферментів з наступною депресією антиоксидантного захисту.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕЗОЛОНГУ ТА ПРОБІЗУ

Г.В. Лихацька, Т.В. Бойко

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

Вступ. Виразкова хвороба, гастрити, дуоденіти надзвичайно поширені захворювання. Ефективність ерадикації *H pylori* при виразковій хворобі в останні роки зменшилась до 70%, що вимагає корекції та удосконалення лікувальної тактики.

Мета роботи – вивчити ефективність антигелікобактерної терапії виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, в складі якої в якості інгібітора протонної помпи міститься езолонг та пробіотик пробіс. Обстежено 25 хворих (жінок 15, чоловіків 10) віком від 25 до 70 років. Хворі були поділені на 2 групи: 1 – 15 осіб (контрольна) приймали стандартну антигелікобактерну терапію 14 днів; 2 – 10 пацієнтів (основна) одержували езолонг по 40 мг 2 рази на день на тлі цієї терапії впродовж 14 днів. Одночасно хворі приймали пробіс по 2 капсули 2 рази на день протягом 14 днів. Через місяць після закінчення лікування хворим проводили ЕГФДС з уреазним тестом – за яким оцінювали ефективність ерадикації. Результати досліджень показали, що під впливом проведеного лікування ефективність ерадикації *H pylori* в 2 групі становила 90%, тоді як у 1 – 70%. Також у 2 групі після лікування прояви кишкової диспепсії зникли (закрепи, діарея), або зменшились (метеоризм). У 1 групі спостерігалися закрепи у 16%, діарея у 14%, метеоризм у 10%.

Висновок: 1. Включення до складу антигелікобактерної терапії езолонгу і пробізу підвищує ефективність ера-

дикації гелікобактерної інфекції та покращує клінічну картину захворювання.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні нових схем антигелікобактерної терапії виразкової хвороби.

РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ВИЗНАЧЕННІ ПРОГНОЗУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**І.І. Медвідь, Л.С. Бабінець, І.І. Герасимець,
Т.В. Войцехівська**

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

Актуальність. Гіпертонічна хвороба відіграє вагомий роль у погіршенні здоров'я населення. Приєднання ж супутньої патології здатне суттєво змінити перебіг основного захворювання. Це викликає потребу в пошуку додаткових ознак прогностичної неблагополучності відповідного пацієнта.

Мета дослідження. Оцінити зв'язок вегетативних порушень із прогнозом хворих на гіпертонічну хворобу та супутній хронічний панкреатит.

Завдання дослідження. Вивчити характер порушень вегетативної системи згідно даних варіабельності серцевого ритму, провести пошук кореляційних зв'язків зі стандартними критеріями оцінки прогнозу розглянутої категорії пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстежено 40 хворих на гіпертонічну хворобу із супутнім хронічним панкреатитом

у фазі нестійкої ремісії, 15 практично здорових осіб середнім віком ($47,7 \pm 1,2$) років. Дослідження вегетативної регуляції проводилось за допомогою оцінки варіабельності серцевого ритму програмно-апаратним комплексом Cardio US ECG 01. Запис виконувався у стані спокою та під час виконання ортостатичної проби. Визначались стандартні статистичні і спектральні показники варіабельності серцевого ритму.

Результати дослідження. У пацієнтів із поєднанням гіпертонічної хвороби і хронічного панкреатиту активність регуляторних систем відповідала вираженому напруженню – ($5,45 \pm 0,39$) бали. У 25,0 % пацієнтів наведений показник вказував на перенапруження, а у 12,5 % – на астенизацію, що засвідчило наявність вираженого порушення адаптаційних механізмів. У порівнянні з групою контролю спостерігалось значне зниження загальної потужності спектру ($(678,6 \pm 90,3) \text{ мс}^2$), нервового компоненту регуляції серцевого ритму (високочастотні коливання – ($16,55 \pm 1,57$) %, низькочастотні коливання – ($19,83 \pm 1,61$) %) та підвищення гуморально-метаболічних впливів під видом дуже низькочастотних коливань ($(63,63 \pm 3,00)$ %). На нашу думку, це пояснюється розвитком гіпертрофії та фіброзних змін у стінці лівого шлуночка при прогресуванні гіпертонічної хвороби, що веде до зменшення щільності нейрорецепторів та недостатності сегментарної вегетативної регуляції (розвиток нейрокардіопатії). Виявленні кореляційні зв'язки кардіоваскулярного ризику та показника активності регуляторних систем (зв'язок прямий середньої сили, $p < 0,01$), загальної потужності спектру (зв'язок зворотний середньої сили, $p < 0,01$), долі дуже низькочастотних коливань (зв'язок прямий середньої сили, $p < 0,01$). Загальна потужність спектру також корелювала з індексом маси міокарда лівого шлуночка (зв'язок зворотний середньої сили, $p < 0,001$). У 17 із 40 пацієнтів її фонове значення не перевищувало 400 мс^2 , що розцінюється еквівалентно ураженню органів-мішеней при гіпертонічній хворобі.

Висновок. При поєднанні гіпертонічної хвороби та супутнього хронічного панкреатиту виявлені суттєві порушення вегетативної нервової системи. Знайдені кореляційні зв'язки вказують на інформативність показників варіабельності серцевого ритму при визначенні ознак ураження органів-мішеней та прогнозу наведеної групи хворих.

ОПТИМИЗАЦИЯ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**О.К. Мелеховец, Т.А. Харченко, А.С. Радько,
Ю.В. Мелеховец**

*Медицинский институт Сумского государственного
университета, г. Сумы*

Сахарный диабет (СД) считается неинфекционной эпидемией XXI века. По данным Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины, на 1 января 2016 года в стране зарегистрировано 1 223 604 больных сахарным диабетом, что составляет около 2,88% населения Украины.

Целью работы является улучшение организации и качества медицинской помощи пациентам с диабетическими трофическими язвами в амбулаторных условиях с применением фотодинамической терапии.

Материалы и методы. В исследование было включено 18 пациентов с диагнозом сахарный диабет 2 типа. У всех больных был диагностирован синдром диабетической стопы 2 ст. по E.Wagner, нейроишемическая форма.

Критерием включения был уровень гликированного гемоглобина $\leq 7\%$. Лодыжечно-плечевой индекс находился в пределах 0,6-0,9, что свидетельствовало о снижении кровообращения в нижних конечностях. Рентгенологически был исключен остеомиелит. При оценке неврологического статуса было выявлено снижение температурной, вибрационной, тактильной чувствительности. Пальпаторно определялась сниженная пульсация а. pedis, а. tibialis posterior.

Пациенты были разделены на две группы: в первой (9 человек) больные получали стандартное лечение (гипогликемическая терапия, антибиотикотерапия, вазоактивные препараты, хирургическая обработка раны), во второй группе (9 человек) стандартное лечение было дополнено фотодинамической терапией.

Для проведения фотодинамической терапии использовался лазерный аппарат «Лика-хирург М» (производство «Фотоника плюс», Украина, г. Черкассы) с длиной волны 660 нм в постоянном режиме. Использовалась мощность 1-2 Вт, флюенс 20-30 Дж/см². Средняя суммарная поглощенная доза на одну процедуру составляла 400–500 Дж в зависимости от площади тканевого дефекта. Режим проведения: первые 10 дней процедуры проводились через день (5 процедур), далее 1 раз в неделю. В качестве фотосенсибилизатора использовался димегин (производное протопорфирина XI).

Оценка результатов проводилась на 10-е сутки и через 8 недель с использованием материалов фотодокументации (количественное вычисление динамики изменения площади и качественный анализ).

Результаты и их обсуждение. На 10-е сутки в первой группе полное очищение раны было достигнуто у 44,4% (4 человека), во второй группе – у 77,8% (7 человек).

Через 8 недель появление активных грануляций и краевой эпителизации наблюдалась у 66,7% (6 человек) в первой группе и в 88,9% (8 человек) во второй группе.

При этом во второй группе было отмечено значительное уменьшение тканевого дефекта.

Сравнительная оценка динамики заживления показала, что применение фотодинамической терапии позволяет в более короткие сроки добиться грануляции и эпителизации тканевого дефекта.

Выводы. Применение фотодинамической терапии как дополнение к стандартным схемам лечения диабетических трофических язв позволяет значительно сократить сроки лечения и в большем количестве случаев добиться полного заживления тканевого дефекта, что позволяет снизить уровень ампутаций и инвалидизации пациентов с сахарным диабетом.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ДИСЛІПІДЕМІЙ

О.К. Мелеховець, Д.О. Жалдак

*Сумський державний університет, Медичний
інститут, м. Суми*

Вступ. Незважаючи на значний арсенал медикаментозних засобів для лікування дисліпідемій, сьогодні все більше уваги надається методам фізіотерапії, а саме, методу внутрішньовенної лазерної терапії (ВЛТ), що позитивно впливає на порушення ліпідного обміну (Гейніц А.В. та співавт., 2012).

Мета дослідження – оцінити ефективність дії внутрішньовенної лазерної терапії при порушеннях ліпідного обміну у хворих на гіпотиреоз в поєднанні з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи дослідження. В дослідження були включені 180 осіб: 1 група – 60 пацієнтів з дисліпі-

демією без порушень функціонування щитоподібної залози та гепатобілярної системи, 2 група – 60 пацієнтів з НАЖХП, 3 група – 60 пацієнтів з гіпотиреозом в поєднанні з НАЖХП. На основі генетичного дослідження поліморфних варіантів гену СYP7A1 пацієнти були розподілені на підгрупи: 1AA – 52 особи, 1CC – 8 осіб; 2AA – 50 осіб, 2CC – 10 осіб; 3AA – 48 осіб, 3CC – 12 осіб. Було проведено біохімічне дослідження ліпідного профілю та імуноферментне визначення рівню тиреоїдних гормонів. Проводилось ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та щитоподібної залози. Для оцінки ступеня прогресування фіброзних змін в печінці розраховувався тест «Фібро-Макс» за допомогою комп'ютерної програми компанії Materialise Ukraine. З метою встановлення генетичної схильності до виникнення дисліпідемій методом полімеразно ланцюгової реакції досліджувались поліморфні варіанти -204A >C (rs 3808607) гену СYP7A1: AA, AC або CC. Для корекції ліпідного обміну пацієнтам використовувався препарат омега-3 поліненасичених жирних кислот. Для компенсації гіпотиреозу пацієнти 3-ї групи приймали замісну гормонотерапію L-тироксином в добовій дозі від 50 до 100 мкг. Всім пацієнтам був призначений 10 денний курс ВЛТ: експозиція 15 хвилин, довжина хвилі 635 нм, потужність 1,5 мВт. Контроль ліпідного спектру був проведений через 1 місяць після початку лікування.

Результати дослідження. На підставі проведеного генетичного обстеження була виявлена гетерогенність груп за мутацією гену СYP7A1 та показниками ліпідограми. При аналізі показників через 1 місяць було виявлено позитивну динаміку зниження атерогенних фракцій в усіх досліджуваних групах, але темпи зниження показників були різними у підгрупах: в 1CC рівень загального ХС знизився на 6,3 %, рівень ТГ – на 68,6 %, рівень ЛПНЩ – на 2,7 %, рівень ЛПВЩ збільшився на 4,3 %, а ІА знизився на 2,4 %; в 2AA підгрупі рівень загального ХС знизився на 4,1 %, рівень ТГ – на 14,6 %, рівень ЛПНЩ – на 2,8 %, рівень ІА знизився на 2,4 %.

рівень ЛПВЩ збільшився на 8,7 %, а ІА знизився на 14,3 %; в 2СС підгрупі рівень загального ХС знизився на 2,4 %, рівень ТГ – на 40 %, рівень ЛПНЩ – на 3,7 %, рівень ЛПВЩ збільшився на 33 %, а ІА знизився на 35 %; в 3АА підгрупі рівень загального ХС знизився на 15,8 %, рівень ТГ – на 14,7 %, рівень ЛПНЩ – на 14 %, рівень ЛПВЩ збільшився на 9,8 %, а ІА знизився на 30,3 %; в 3СС підгрупі рівень загального ХС знизився на 10,6 %, рівень ТГ – на 36 %, рівень ЛПНЩ – на 4,4 %, рівень ЛПВЩ збільшився на 30 %, а ІА знизився на 26,1 %.

Висновки. Отримані дані демонструють статистично достовірну позитивну динаміку показників ліпідограми на момент включення в дослідження та після використання ВЛТ як в контрольній групі, так і в групах з НАЖХП протягом одного місяця. При цьому найбільш виражений ефект було досягнуто в 2СС та 3СС групах за рахунок зниження загального ХС, ЛПНЩ, ТГ та індексу атерогенності. Пацієнти груп 2АА та 3АА мали найшвидшу динаміку підвищення ЛВНЩ. Враховуючи той факт, що найбільш атерогенний ліпідний профіль на момент включення в дослідження спостерігався при генотипі СС у групах 2 та 3, отримана динаміка свідчить про суттєвий вплив лазерного випромінювання на ліпідний профіль.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Н.С. Михайловська, І.О. Стецюк

*Кафедра загальної практики-сімейної медицини
Запорізький державний медичний університет*

Актуальність. Віковий фактор має незаперечний вплив на ремоделювання кісткової тканини, особливо у жінок в постменопаузальному періоді, та є незалежним фактором ризику більш важкого перебігу ішемічної хвороби серця.

Мета дослідження: дослідити вікові особливості стану кісткової тканини у жінок в постменопаузальному періоді з ішемічною хворобою серця

Матеріали і методи: до відкритого проспективного когортного дослідження залучено 92 жінки в постменопаузальному періоді з діагнозом ІХС: стенокардія напруги II-III ФК (середній вік $64,59 \pm 1,02$ років, середня тривалість постменопаузального періоду $15,65 \pm 3,50$ років), що були розподілені за віком: 1 група – 10 жінок у віці 45-54 роки, 2 група – 35 жінок у віці 55-64 роки, 3 група – 32 жінки у віці 65-74 років, 4 група – 15 жінок у віці понад 75 років. Контрольна група – 12 здорових жінок, співставлених за віком. Усім хворим проводили дослідження рівня остеокальцину (набір реактивів фірми Bender MedSystems GmbH, Австрія), остеопротегерину (набір реактивів фірми Immudiagnostic systems limited, Англія), гомоцистеїну (набір реактивів фірми Axis-Shield Diagnostics Ltd., Англія) за допомогою імуноферментного методу, ультразвукову остеоденситометрію на апараті Omnisense 7000 за загальноприйнятою методикою,

алгоритм FRAX для визначення 10-річного ризику виникнення переломів.

Результати та їх обговорення: У жінок з ІХС в постменопаузальному періоді залежно від віку збільшувався ступінь вираженості порушень стану мінералізації кісткової тканини: Т-критерій для фаланги, променевої та великогомілкової кістки у віці 45-54 роки склав $-0,59 \pm 0,54$ SD, $-1,78 \pm 0,81$ SD, $-0,58 \pm 0,67$ SD, у віці 55-64 роки – $-1,16 \pm 0,20$ SD, $-2,14 \pm 0,25$ SD, $-0,76 \pm 0,25$ SD, у віці 65-74 роки – $-2,01 \pm 0,25$ SD, $-2,18 \pm 0,27$ SD, $-1,30 \pm 0,32$ SD, у віці понад 75 років – $-2,15 \pm 0,30$ SD, $-2,32 \pm 0,56$ SD, $-1,64 \pm 0,89$ SD відповідно.

Спостерігалось зростання 10-річного ризику розвитку остеопорозних переломів за алгоритмом FRAX: для фаланги пальця цей показник склав 4,00 (3,00;19,00) %, 6,00 (3,00; 9,00) %, 15,00 (3,00; 25,00) %, 18,00 (12,50; 20,50) % в 1,2,3,4 групі відповідно, для променевої кістки 10,00 (5,00;15,50) %, 14,00 (9,00; 21,00) %, 18,50 (13,00; 33,00) %, 21,00 (14,00; 49,00) % відповідно, для великогомілкової кістки 7,50 (5,00;10,00) %, 10,00 (9,00; 13,00) %, 17,00 (13,00; 24,00) %, 20,00 (15,00;25,00) % відповідно.

Виявлено вірогідне ($p < 0,05$) підвищення концентрації біомаркерів кісткового ре моделювання: остеокальцину та гомоцистеїну у жінок на ІХС в усіх групах спостереження, проте більш виражені зміни спостерігались у старших вікових групах і були максимальними у віці понад 75 років: 17,43 (16,30; 39,09) нг/мл та 16,17 (14,06;19,47) ммоль/мл відповідно. Проте концентрація остеопротегерину знижувалась паралельно зі збільшенням віку пацієнток і була мінімальною у віковій групі понад 75 років – 209,26 (196,82;238,96) пг/мл ($p < 0,05$).

Висновки: для жінок, хворих на ІХС, віковий фактор має суттєвий вплив на стан кісткової тканини, що підтверджується зростанням порушень мінеральної щільності кісткової тканини та виникненням дисбалансу між біомаркерами формування та резорбції кісткової тканини у хворих старших вікових груп.

Перспективи подальших досліджень: оцінка впливу вікових особливостей стану кісткової тканини на перебіг ішемічної хвороби серця у жінок в постменопаузальному періоді.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА РІВНІ АДИПОЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Л.Є. Міняйленко

*Запорізький державний медичний університет
Кафедра загальної практики – сімейної медицини
(зав. – проф. Михайловська Н.С.)*

Вступ: Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) впливає на перебіг серцево-судинних захворювань за рахунок спільних патогенетичних механізмів. Проте залишаються недостатньо з'ясованими клініко-патогенетичні механізми впливу НАЖХП на прогресування ішемічної хвороби серця (ІХС).

Мета: дослідити взаємозв'язок неалкогольної жирової хвороби печінки з метаболічними порушеннями у хворих на ішемічну хворобу серця.

Матеріали та методи: до поперечного когортного аналітичного дослідження в паралельних групах залучено 86 пацієнтів: основну групу склали 34 хворих, медіана віку 58 (44; 64) з документально підтвердженою ІХС: стабільною стенокардією напруження II-III функціонального класу (ФК) у поєднанні з НАЖХП; група порівняння – 32

хворих, медіана віку 60,5 (50,5; 65) з ІХС без НАЖХП. Групи порівняні за віком, статтю, характером супутніх захворювань, тривалістю ІХС. Всі пацієнти пройшли загальноклінічне, лабораторне, антропометричне обстеження; індекс НОМА-ІR, розраховували за формулою: (глюкоза × інсулін) / 22,5. За допомогою стандартних наборів реактивів імуноферментним методом визначали рівень інсуліну (Monobind, USA); адипонектину (Mediagnost, Germany), резистину (Mediagnost, Germany). Усі надані реактиви використовувались згідно з інструкцією для проведення аналізу, що додавалась до набору. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакету програм «Statistica 6.0» за загальноприйнятими методиками.

Результати. У пацієнтів з ІХС та НАЖХП відмічено достовірне збільшення на 13% величини ІМТ порівняно з хворими на ІХС без патології печінки ($p < 0,05$). Спостерігалась тенденція до збільшення рівнів загального холестерину та холестерину ЛПНЩ, індексу атерогенності, а також до зменшення холестерину ЛПВЩ в основній групі порівняно з хворими на ІХС без патології печінки. Рівень тригліцеридів у хворих на ІХС та НАЖХП був вірогідно на 36% більше порівняно з пацієнтами на ІХС без патології печінки ($p < 0,05$). За рівнем глюкози вірогідної різниці між групами не виявлено. У хворих на ІХС, асоційовану з НАЖХП, спостерігалось достовірне ($p < 0,05$) збільшення рівня інсуліну у 2,42 рази, індексу НОМА у 2,35 рази порівняно з хворими на ІХС без патології печінки. Сироватковий рівень адипонектину у хворих на ІХС з НАЖХП був на 31,6% менше, а рівень резистину на 27% більше ніж в групі порівняння ($p < 0,05$).

Висновки.

Наявність неалкогольної жирової хвороби печінки є несприятливим метаболічним фактором у хворих на ІХС, оскільки асоціюється з більш виразними порушеннями ліпідного спектру, інсулінорезистентністю та дисбалансом адипоцитокінів, що свідчить про необхідність своє-

часної діагностики та лікування цього патологічного стану в діяльності сімейного лікаря.

ВПЛИВ ІМУНОКОРЕКЦІЇ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ СПЕЦИФІЧНОЇ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ, ЩО УСКЛАДНИЛА ПЕРЕБІГ ХСН

О.О. Павлова

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Хронічна серцева недостатність (ХСН) – клінічний синдром, що виникає в наслідок патологічних змін в серці та супроводжується розвитком прихованої імунологічної недостатності, яка в подальшому визначає особливості перебігу і прогнозу ХСН та призводить до розвитку негоспітальної пневмонії, прояви якої нівелюються виступаючими на перший план серцево– судинними порушеннями.

Мета дослідження – вивчення закономірностей зсуву показників клітинної ланки імунітету після імюнокорекції проведеної на тлі стандартної терапії у хворих на ХСН, що ускладнилась негоспітальною пневмонією.

Визначення субпопуляцій лімфоцитів (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD19+, та CD4+/CD8+/-) проводили методом імюнофлуоресцентної мікроскопії з використанням панелі моноклональних антитіл до поверхневих антигенів лейкоцитів людини («Клоноспектр»). Використовували імюномодулятор – (аргініл-альфа-аспартам-лізіл-валін-тирозил-аргінін), фрагмент біологічно активної ді-

лянки тімопоетіну (1 мл 0,005% розчину в/м 1 раз/добу – 10 днів).

При ХСН з помірними порушеннями гемодинаміки що ускладнилась пневмонією після включення імуномодулятора в схему лікування в порівнянні з контролем встановлено: збільшення CD3+, і CD4+-клітин, абсолютної кількості лімфоцитів, зменшення лейко-Т-клітинного індексу, що, пов'язано з функціональною перебудовою Т-клітинної ланки імунітету і є показником позитивної динаміки в перебігу хвороби. Таким чином вторинна недостатність імунітету при ХСН вимагає відновлення змінених імунних показників за допомогою імунокорекції проведеної в доповнення до стандартної терапії.

ОЦІНКА МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ КРОВІ У КУРЦІВ

О.Б. Пікас

*Національний медичний університет імені
О.О. Богомольця, Київ*

Вступ. Цигарковий дим містить піримідинові основи, нікотин та аміак, які пошкоджують слизову оболонку бронхів та порушують біохімічні процеси в організмі людини, що сприяє розвитку бронхолегеневої бактеріальної інфекції.

Мета – оцінити метаболізм ліпідів за складом жирних кислот (ЖК) сироватки крові у курців.

Матеріали і методи. Обстежено 35 (38,5 % із 91) здорових осіб, які не курили і не були пасивними курцями (I група, контрольна), 24 (26,4 % із 91) особи, які були пасивними курцями (II група) та 32 (35,1 % із 91) особи, які

курили цигарки (III група). Визначали склад ЖК (у %) фосфоліпідів у сироватці крові на газорідинному хроматографі серії «Цвет-500» із плазмоіонізаційним детектором в ізотермічному режимі.

Результати й обговорення. У сироватці крові в осіб II та III груп виявлена міристинова ($C_{14:0}$) і маргарінова ($C_{17:0}$) ЖК ($p < 0,05$), чого не спостерігалось у I групі. Поява міристинової ЖК (в осіб II групи – $(12,0 \pm 1,0)$ %, III групи – $(12,6 \pm 0,7)$ %) свідчила про ендокринні зміни в організмі. Поява маргарінової ЖК (в осіб II групи – $(0,7 \pm 0,05)$ %, III групи – $(1,2 \pm 0,2)$ %) обумовлена присутністю бактеріальної інфекції в організмі людини.

Рівень пальмітинової ($C_{16:0}$) та стеаринової ($C_{18:0}$) ЖК у пасивних та активних курців вірогідно зменшувався ($p < 0,05$) порівняно з I групою, де рівень їх дорівнював $(41,9 \pm 0,9)$ і $(15,1 \pm 1,1)$ % відповідно. В осіб II групи кількість пальмітинової ЖК склала $(32,4 \pm 1,8)$ %, III групи – $(32,6 \pm 1,7)$ %. Кількість стеаринової ЖК становила $(8,2 \pm 1,0)$ % у II групі і $(8,8 \pm 0,9)$ % у III групі при $(15,1 \pm 1,3)$ % у I групі. У курців зростав рівень лінолевої ЖК ($C_{18:2}$) (до $(19,3 \pm 1,5)$ % у II групі, до $(25,5 \pm 1,8)$ % у III групі, $p < 0,05$) порівняно з I групою, де вміст її склав $(16,0 \pm 1,4)$ %.

Висновки. Куріння (активне і пасивне) суттєво впливає на метаболізм ліпідів у сироватці крові, що характеризується зміною складу ЖК.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення складу ЖК можна рекомендувати для виявлення групи ризику щодо бронхолегеневих захворювань, що сприятиме обґрунтованому вибору тактики медикаментозного лікування і є перспективною наших досліджень.

ЗМІНИ МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ У КРОВІ ХВОРИХ ІЗ ПОЛІПАМИ ШЛУНКА

Б.С. Полінкевич, П.Б. Пікас, Т.С. Брюзгіна

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, Київ*

Вступ. У структурно-функціональних взаємозв'язках біологічних мембран беруть участь жирні кислоти (ЖК), які входять до їх складу та мають високу метаболічну активність.

Метою досліджень було оцінити стан метаболізму ліпідів у сироватці крові хворих на поліпи шлунка.

Матеріал і методи. Обстежено 35 (53,8 %) здорових осіб (I група) і 30 (46,2 %) хворих із поліпами (більше 2-ох) шлунка (II група). Вік обстежених від 30 до 75 років. Метаболізм ліпідів вивчали за складом ЖК (у %) у сироватці крові (біохімічним методом) на газорідинному хроматографі серії «Цвет – 500» із плазмоіонізаційним детектором в ізотермічному режимі.

Результати й обговорення. У хворих II групи підвищувалась сума ненасичених ЖК, в тому числі поліненасичених ЖК (ПН ЖК) (до $64,9 \pm 1,8$ % при $43,0 \pm 2,0$ % у I групі, $p < 0,001$) та знижувалась сума насичених ЖК (до $35,1 \pm 1,8$ % при $57,0 \pm 2,0$ % у I групі, $p < 0,001$). Зростання ПН ЖК в осіб II групи до $49,8 \pm 1,6$ % ($p < 0,001$) при $18,8 \pm 1,8$ % у I групі відбувалось в результаті збільшення рівня лінолевої ($C_{18:2}$) та арахідонової ($C_{20:4}$) ЖК. В осіб II групи рівень лінолевої ЖК зростав до $23,3 \pm 1,0$ % (при $16,0 \pm 1,4$ % у I групі), а рівень арахідонової ЖК – до $21,7 \pm 1,3$ %, $p < 0,001$ (при $2,8 \pm 0,3$ % у I групі). Зниження сумарного вмісту насичених ЖК у сироватці крові в осіб II групи відбувалось в результаті вірогідного зниження рівня пальмітинової ($C_{16:0}$) та стеаринової ($C_{18:0}$) ЖК (до $9,6 \pm 1,0$ % і

($2,8 \pm 0,3$) % відповідно, $p < 0,001$) проти осіб I групи, де їх рівень склав відповідно ($41,9 \pm 0,9$) % і ($15,1 \pm 1,3$) %.

Висновок. У хворих із поліпами (більше 2-ох) шлунка склад ЖК змінений і характеризується зростанням сумарного вмісту ненасичених ЖК (в тому числі поліненасичених) та зниженням сумарного вмісту насичених ЖК, що є наслідком порушення метаболізму ліпідів.

Перспективи подальших досліджень. Отримані дані свідчать про необхідність корекції складу ЖК у хворих із поліпами шлунка та є перспективою наших подальших досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ШКАЛИ HADS У ПАЦІЄНТІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ОРТОПЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

І.І. Салій

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

Мета роботи: оцінити динаміку шкали HADS у пацієнтів різних вікових груп після оперативного втручання.

Матеріал та методи дослідження. В динаміці (до оперативного втручання та в ранньому післяопераційному періоді – 3 доба) проведено оцінку вираженості тривожності та депресії за шкалою HADS у 46 пацієнтів ортопедичного відділення Університетської лікарні. Чоловіків було 22 (47,83 %). Середній вік хворих – ($50,78 \pm 1,94$) років, середня тривалість оперативного втручання в умовах загальної анестезії становила ($104,59 \pm 5,39$) хвилин. За критерієм віку пацієнтів було розподілено на чотири групи:

молодого (6), середнього (6), зрілого (22) та похилого (12). Когнітивне функціонування оцінювали за Монреальською шкалою когнітивного дефіциту (MoCA).

Результат дослідження. В передопераційний період рівень тривожності у групах осіб молодого та середнього віку був на субклінічному ((9,00±1,46) бала та (8,00±0,86) бала відповідно), а в зрілому та похилу віці – на клінічному рівні ((11,68±0,74) бала та (11,08±1,26) бала відповідно). Достовірною ($p=0,02$) різниця була лише між значеннями груп середнього та зрілого віку. Динаміка в післяопераційному періоді у всіх групах була позитивною, утримуючи середні показники у перших двох групах на субклінічному рівні, достовірно знижуючись лише у групах зрілого та похилого віку (з клінічного до субклінічного) – ((10,27±0,67) бала та (8,83±1,16) бала відповідно).

Оцінюючи рівень депресії, помітили такі закономірності: у осіб зрілого та похилого віку рівень депресії в доопераційний період відповідав субклінічному ((8,23±0,75) бала та (8,17±0,95) бала відповідно), у решти – нормі. Після оперативного втручання у групах молодого та середнього віку – демонстрував тенденцію до зростання, у групах похилого та зрілого, навпаки, до зменшення. Достовірною була різниця між показниками лише у групі зрілого віку.

У осіб молодого віку рівень тривожності після оперативного втручання залежав від рівня освіти ($r=-0,87$, $p=0,026$), тривожності в доопераційному періоді ($r=0,94$, $p=0,04$), негативно впливаючи на показник депресії ($r=0,92$, $p=0,009$) та когнітивне функціонування ($r=-0,74$, $p=0,050$). Рівень депресії після оперативного втручання залежав від рівня освіти ($r=-0,81$, $p=0,05$) та виду анестезії ($r=-0,82$, $p=0,044$).

У осіб середнього віку рівень депресії до оперативного втручання залежав від освіти ($r=-0,81$, $p=0,048$), значення MoCA ($r=0,87$, $p=0,023$), після оперативного втручання – від рівня тривожності в до ($r=0,88$, $p=0,019$) та післяопераційному періоді ($r=0,86$, $p=0,027$).

У групі зрілого віку зв'язок рівня депресії з тривожністю був слабшим, ніж у попередніх групах ($r=0,45$, $p=0,035$ – до оперативного втручання та $r=0,51$, $p=0,015$ – після).

У осіб похилого віку рівень тривожності залежав від статі ($r=0,84$, $p=0,001$ й $r=0,63$, $p=0,030$, відповідно) й вираженості тривожності в доопераційному періоді ($r=0,89$, $p=0,001$).

Висновок. У пацієнтів усіх вікових категорій в післяопераційному періоді зафіксовано позитивну динаміку рівня тривожності. Рівень депресії після оперативного втручання у групах молодого та середнього віку демонстрував тенденцію до зростання, у групах похилого та зрілого, навпаки, до зменшення. У групах молодого та середнього віку встановлено негативний вплив тривожності та депресії на когнітивне функціонування.

Перспективним є дослідження впливу тривоги та депресії на перебіг післяопераційного періоду.

ЗМІНИ РІВНЯ C – РЕКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

М.В. Слобода, М.В. Гребеник, О.Г. Садлій*

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

**Міська комунальна лікарня №2, м.Тернопіль*

Вступ: Фібриляція передсердь (ФП) – одне із найпоширеніших порушень ритму у клінічній практиці. Сьогодні особливий науковий інтерес становить дослідження медіаторів запалення та визначення їх ролі у патогенетичних механізмах персистенції ФП. Зокрема встановлено, що C – реактивний протеїн (СРП) впливає на структурне

ремоделювання передсердь, що надалі ініціює розвиток та прогресування ФП.

Мета: дослідити рівні СРП у хворих з персистуючою та постійною формами фібриляції передсердь.

Методи і матеріали: обстежено 72 особи чоловічої статі з ФП, середній вік яких склав $(57,0 \pm 1,9)$ років. Середня тривалість анамнезу ФП становила $(10,7 \pm 1,4)$ роки. Персистуючу форму ФП діагностовано у 32 пацієнтів (1 група), постійну форму – у 40 пацієнтів (2 група). Групи хворих за фоноюю коморбідною патологією (стабільна ІХС II ФК, артеріальна гіпертензія II ст., ст. АГ 2) достовірно не різнились. Контрольну групу складали 20 практично здорових осіб. СРП визначали імуноферментним методом з застосуванням аналізатора INTEGRA 400 plus.

Результати досліджень: встановлено, що у пацієнтів 1 групи рівень СРП у крові склав $(12,4 \pm 0,7)$ мг/л, що у 3,2 рази переважало значення у контрольній групі. У пацієнтів 2 групи рівень СРП становив $(9,3 \pm 0,8)$ мг/л, що у 2,3 рази вище ніж у контрольній групі ($p < 0,05$). Як видно з отриманих даних, у пацієнтів з персистуючою ФП рівні СРП виявились достовірно вищими порівняно із їх значенням при перманентній ФП, що можливо використати для визначення наступної тактики – контролю ритму чи контролю ЧСС.

Висновки: У хворих з персистуючою формою ФП рівень СРП був достовірно вищим у порівнянні як із контрольною, так із групою пацієнтів з постійною формою ФП, що може вказувати на його роль у механізмах виникнення персистенції ФП та слугувати одним із маркерів стратегії вибору лікування ФП.

ДІАСТОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА, РІВНІ С – РЕКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ КРОВІ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІХС З ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

М.В. Слобода, Н.В. Бадюк, С.М. Маслій*

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

**Обласна клінічна лікарня, м.Рівне*

Мета: встановити особливості рівня С – реактивного протеїну (СРП), урикемії та порушень діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на стабільну ІХС з персистуючою формою фібриляції передсердь (ФП).

Матеріали і методи: обстежено 64 пацієнти на стабільну ІХС II ФК з персистуючою формою фібриляції передсердь та 15 хворих на стабільну ІХС II ФК з синусовим ритмом (контрольна група). Перелік обстежень включав: двовимірну Ехо-КГ, визначення рівня СРП та сечової кислоти.

Результати дослідження: діастолічна дисфункція ЛШ виявлена у 42 (65,6 %) пацієнтів. Остання характеризувалась зниженням показника Е на 17,9 % ($p < 0,05$) та співвідношення Е/А на 27,2% з одночасним збільшенням піку А на 14,2 % ($p < 0,05$), IVRT на 16,3 % і DT на 18,4%. Встановлено також порівняно вищі рівні СРП (у 2,4 рази) та сечової кислоти (на 37,2 %, $p < 0,05$), у порівнянні з групою контролю. Встановлено обернений кореляційний зв'язок між підвищенням рівня СРП та зменшенням показника Е/А ($r = -0,38$, $p < 0,05$).

Висновки: виявлені зміни діастолічної функції ЛШ, підвищення концентрації медіатора запалення (СРП) та

порушення метаболізму усугубляють перебіг стабільної ІХС при персистуючій ФП та вимагають відповідної медикаментозної корекції.

СКРИНІНГОВА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЄ СНУ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

О.І. Токаренко, Я.О. Андрєєва

*ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної
освіти МОЗ України»*

Вступ. На сьогоднішній день розроблено велику кількість різноманітних скринінгових систем синдрому обструктивного апное сну (СОАС), в тому числі опитувальників, але їх ефективність для відбору претендентів для кардіо-респіраторного моніторингу (КРМ) залишається сумнівною.

Мета дослідження. Оцінити діагностичну чутливість та специфічність скринінгових методів у діагностиці СОАС на первинному етапі надання допомоги.

Матеріали и методи. Проведено обстеження 148 осіб (81 чоловік та 67 жінок). Протоколом обстеження хворих з порушеннями сну включав в себе: анкету скринінгу СОАС (Вейн АМ та ін., 2009), анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну (PSQI), Епвортську шкалу денної сонливості. КРМ проводився на апараті SOMNOcheck 2 (Weinmann, Германия). Для оцінки чутливості та специфічності проводилась побудова характеристичної кривої (ROC – крива).

Результати дослідження. При тестуванні за Епвортською шкалою денної сонливості встановлено, що 0-10 балів мали 96 осіб, 10-15 балів – 29 осіб та більше 15 балів – у

23 осіб. Відповідно до значення сумарного балу PSQI: 18 та менше балів було у 40 осіб (27 %); 19– 21 бал – у 52 осіб (35 %); більше 21 балу– у 56 осіб (36 %). За результатами анкети для скринінгу СОАС: велика ймовірність наявності СОАС (більше 4 балів) була встановлена у 35. У інших 9 осіб було по 3 бали. За результатами побудови ROC– кривої: Епворська шкала продемонструвала 79 % чутливість та 68 % специфічність; PSQI – 72 % чутливість та 76 % специфічність, анкета скринінгу СОАС – 86 % чутливість та 62 % специфічність.

Висновки. Серед застосованих методик найбільшу чутливість (86 %) продемонструвала анкета для скринінгу СОАС, але її специфічність була лише 62 %.

Перспективи подальших розробок. Враховуючи результати дослідження необхідна подальшої розробки систем скринінгового анкетування з метою підвищення їх чутливості та специфічності.

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

О.О. Чугай

*Львівський національний медичний університет імені
Данила Галицького*

Значна площа поверхні легеневого епітелію та масивна капілярна сітка для обміну газів роблять легені вразливими до навколишнього середовища. Як наслідок, дихальні шляхи постійно піддаються впливу зовнішніх факторів і можуть служити в якості вхідних воріт для багатьох інфекційних агентів.

Мета нашого дослідження: вивчення особливостей динаміки Т-лімфоцитів у морських свинок в різні періоди експериментальної пневмонії (ЕП).

Матеріали та методи дослідження. Експериментальні дослідження проводились на 32 морських свинках (савцях) масою 180-220 г, поділених на 4 групи по 8 тварин у кожній: I група – інтактні морські свинки (контроль); II група – морські свинки з ЕП на 6-ту добу; III група – морські свинки з ЕП на 10-ту добу; IV група – морські свинки з ЕП на 20-ту добу.

Відтворювали ЕП шляхом інтраназального введення тваринам культури *Staphylococcus aureus* за методом В. Н. Шляпникова і співав. Тварин декапітували на 6-ту, 10-ту та 20-ту добу розвитку ЕП. Популяцію Т-лімфоцитів (Е-РОЛ) визначали за допомогою реакції спонтанного розеткоутворення з еритроцитами барана.

Отримані результати статистично оцінювали за t-критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. У морських свинок на 6-ту добу експериментальної пневмонії рівень Т-лімфоцитів (Е-РОЛ) у крові знизився на 1,8% в порівнянні з контролем. На 10 добу експерименту спостерігався подальший спад зазначених тестів на 11,74%. На 20 добу встановлено зниження Т-лімфоцитів на 18,6% в порівнянні з контрольною групою.

Висновок. Експериментальна пневмонія у морських свинок супроводжується пригніченням клітинної ланки імунітету, що виражається зниженням рівня Т-лімфоцитів у крові.

ЧИ ВАРТО ВКЛЮЧАТИ СИМПТОМАТИЧНІ ПРЕПАРАТИ В КОМПЛЕКСНІ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ?

С.Є. Шостак, Є.М. Стародуб, Л.І. Складанюк,
О.І. Левчик, Л.І. Зелененька, Р.П. Дуць,
Т.В. Войцехівська, І.О. Сивирин, Л.М. Романюк,
Н.Є. Федчишин

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

Актуальність. Незважаючи на значні досягнення сучасної гастроентерології в плані підвищення ефективності діагностики і лікування хронічного панкреатиту (ХП), залишаються ряд недооцінених моментів, зокрема, – націленість програм терапії на віддалені результати. Це може зрозуміти лікар, але ніяк не пацієнт. Враховуючи високу вартість препаратів, пацієнт хоче відчути результати такого дороговартісного лікування “вже і зараз”, а не чекати зменшення ризику розвитку панкреатогенного цукрового діабету чи будь-яких інших ускладнень, які, на його думку, можуть і не розвинути. В результаті – недотримання приписів лікаря, невдоволеність його призначеннями та і всією вітчизняною медициною загалом.

Тому **метою** нашого дослідження стало вивчення ефективності і доцільності використання препаратів регідрон оптім та куплатон (засобів, які зменшують диспепсичні розлади, – найбільш часті скарги хворих на ХП) в комплексній терапії вказаного контингенту хворих при лікуванні в амбулаторних умовах.

Матеріали і методи. Обстежено 62 хворих на ХП, 15 жінок і 47 чоловіків, середній вік яких становив $50,71 \pm 1,71$

років. Тривалість захворювання – $9,94 \pm 0,98$ років.

Усі обстежені були розділені на 2 групи, рандомізовані за віком, статтю, тривалістю захворювання і супутньою патологією. Хворим I групи (31 особі) для лікування ХП призначали стандартну терапію, згідно протоколів, затверджених МОЗ України (2014 р.): спазмолітики, інгібітори протонної помпи та ферментні засоби. Курс лікування – 20 днів.

Хворим II групи (31 особі) крім вищезазначеної терапії призначали куплатон – по 5 крапель 4 рази на добу і регідрон оптім – по 1 пакетику на добу. Курс лікування – 10 днів.

Основні обстеження та оцінку динаміки суб'єктивної симптоматики захворювання – больових відчуттів, метеоризму та дискомфорту, який погіршує якість життя (за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) (Huskisson E. C., 1974) і вербальною рейтинговою шкалою (ВРШ) (Frank A. J. M., Moll J. M. H., Hort J. F., 1982) проводили в перші дні звернення та через 20 днів від початку терапії.

Результати дослідження.

При обстеженні пацієнтів було виявлено, що у хворих II групи, які отримували регідрон оптім і куплатон, регрес суб'єктивних і об'єктивних проявів ХП відбувався більш швидше, ніж у першій групі. Так, за шкалами ВАШ і ВРШ виразність болю у животі була достовірно нижчою у хворих II групи вже на третій день лікування у 25 (80,64 %), а до закінчення лікування абдомінальний біль різної сили і локалізації зник у 96,77 % хворих цієї групи і лише у половини обстежених першої; за шкалами ВАШ і ВРШ динаміка виразності метеоризму була ще більш показовою: у II групі хворих на другий день терапії 26 (83,27 %) обстежених відмітили суттєве зменшення здуття живота, тоді як у I групі – лише 5 (16,13 %) отримали подібні результати лікування. Загальна слабкість, погане самопочуття, швидка втомлюваність зменшились на третій день лікування у 25 (80,65 %) обстежених II групи і у 5 (16,13 %)

першої, а повністю зникли до десятого дня лікування – у 87,09 і 48,39 % хворих обох груп, відповідно. Крім того, в обох групах обстежених спостерігалась і аналогічна динаміка покращення змін лабораторних показників.

Підсумовуючи позитивні моменти, які ми визначали у хворих II групи, слід також відзначити, що всі 100 % обстежених цієї групи були задоволені ходом лікування і дотримувались рекомендацій сімейного лікаря. У I групі, де пацієнти отримували лише базову терапію, 5 (16,13 %) пацієнтів перестали приймати рекомендовані лікарем препарати і перейшли на лікування, призначене їм раніше, яке, на їх думку, було більш ефективним; 4 (12,90 %) звернулись за допомогою до інших лікарів; 7 (22,58 %) – різко обмежили вживання їжі і почали лікуватись травяними зборами. Отже, 16 (51,61 %) хворих I групи вийшло з-під контролю лікуючого лікаря і залишились невдоволеними його компетентністю, хоч він і діяв, відповідно до сучасного протоколу лікування хронічного панкреатиту, затвердженого МОЗ України.

Висновки. Таким чином, у результаті проведених нами досліджень було виявлено, що включення препаратів Регідрон Оптім та Куплатон в комплексні схеми терапії хворих на хронічний панкреатит дозволяє суттєво прискорити динаміку суб'єктивної і об'єктивної симптоматики захворювань, сприяє більш швидкому покращенню лабораторно-інструментальних показників та в кінцевому результаті забезпечує краще взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом.

Перспектива подальших досліджень полягає у пошуку аналогічних недорогих засобів, які дозволяють покращити комплаєнс між лікарем і пацієнтом.

ЗМІСТ

<i>М.В. Гребеник, Є.М. Стародуб, Ф.А. Зверихановський, Є.М. Бузько, Т.Б. Лазарчук, Л.В. Зоря, С.Є. Шостак, О.І. Криськів</i> ДО 60-РІЧЧЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ. ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА: КАФЕДРА ТЕРАПІЇ І СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ – ПОГЛЯД КРИЗЬ РОКИ.....	3
<i>С.М. Андрейчин, Н.А. Бількевич, Т.Ю. Чернець, Б.Г. Бугай, Н.Я. Верещагіна, М.М. Руда, Н.А. Кавецька, Н.З. Ярема, І.І. Ганьбергер, С.В. Кучер, В.О. Лихацька, П.П. Кузів</i> ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ	19
<i>С.М. Андрейчин, С.В. Кучер, І.І. Ганьбергер, М.М. Руда</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНТЕРОСОРБЕНТА КАРБОЛАЙН	20
<i>Л.С. Бабінець, Т.Г. Маєвська, О.І. Криськів</i> ВПЛИВ ОСНОВНИХ КЛІНІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ СУПУТНЬОГО ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ПРООКСИДАНТНО- АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАТУС ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ	23
<i>Є.Ф. Бузько</i> АЦЕТОНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ – ЯК СУЧАСНИЙ МАРКЕР ЯКОСТІ ЇХ ХАРЧУВАННЯ.....	25
<i>Є.Ф. Бузько</i> ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ РАННІХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ.....	26
<i>І.І. Вакалюк</i> ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	28
<i>М.В. Гребеник, В.Р. Микуляк, О.І. Левчик, Л.І. Зелененька, Л.В. Зоря, Н.І. Трач</i> ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ (КОМПЛАЄНС) ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА	30

<i>М.В. Гребеник, О.І. Коцюба, Н.І. Ярема, Т.Б. Лазарчук, О.І. Криськів, Л.І. Зелененька</i> ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З НОРМО– ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ	32
<i>М.В. Гребеник, Л.І. Зелененька, О.І. Левчик, В.Р. Микуляк, Т.В. Корнага, О.І. Лопушанська, Б.І. Степанчук</i> ІНФАРКТ МІОКАРДА У ЖІНОК: ФАКТОРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ ТА ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ЗА ДАНИМИ ЛОКАЛЬНОГО РЕЄСТРУ	34
<i>О.В. Давидович, Н.Я. Давидович, В.О. Лихацька, В.В. Ясенівка, Н.С. Наумчук</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	36
<i>В.М. Ждан, В.Г. Лебідь, М.Ю. Бабаніна</i> ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЖІНОК СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	39
<i>Д.В. Жегестовська, М.В. Гребеник, В.В. Ольховик, Л.Ю. Бідованець</i> КЛІНІКО-ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ТА КОРОНАРО- АНГІОГРАФІЧНІ ПАРАЛЕЛІ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	41
<i>Д.С. Журенко, Н.А. Цубанова</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ПОШУКУ ПЕРСПЕКТИВНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ З ПАРОДОНТОПРОТЕКТОРНОЮ ДІЄЮ	43
<i>Л.І. Зелененька, М.В. Гребеник, В.Р. Микуляк, В.А. Дударенко</i> ТРАДИЦІЙНІ ФАКТОРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ І ФОРМУВАННЯ РІЗНИХ ТИПІВ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	45
<i>О.І. Katerenchuk</i> THE DIAGNOSTIC ROLE OF PHASE-SHAPED ECGS IN STRESS- TESTING OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART FAILURE	47

<i>К.Ю. Кицай, Л.С. Бабінець, І.О. Боровик, Л.І. Складанюк, Т.В. Войцехівська</i> КОРЕКЦІЯ ДИСЛІПІДНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ	48
<i>М.Є. Ковальська</i> АКТИВНІСТЬ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗИ В КІСТКОВОМУ МОЗКУ МОРСЬКИХ СВИНОК ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АЛЕРГІЧНОМУ АЛЬВЕОЛІТІ	50
<i>Г.В. Лихацька, Т.В. Бойко</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕЗОЛОНГУ ТА ПРОБІЗУ	52
<i>І.І. Медвідь, Л.С. Бабінець, І.І. Герасимець, Т.В. Войцехівська</i> РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ВИЗНАЧЕННІ ПРОГНОЗУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	53
<i>О.К. Мелеховец, Т.А. Харченко, А.С. Радько, Ю.В. Мелеховец</i> ОПТИМІЗАЦІЯ СХЕМ ЛЕЧЕННЯ СИНДРОМА ДІАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.....	55
<i>О.К. Мелеховец, Д.О. Жалдак</i> СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ДИСЛІПІДЕМІЙ.....	57
<i>Н.С. Михайловська, І.О. Стецюк</i> ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	60
<i>Л.Є. Міняйленко</i> ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА РІВНІ АДІПОЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ	62
<i>О.О. Павлова</i> ВПЛИВ ІМУНОКОРЕКЦІЇ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ СПЕЦИФІЧНОЇ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІММУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЄЮ, ЩО УСКЛАДНИЛА ПЕРЕБІГ ХСН	64

<i>О.Б. Пікас</i> ОЦІНКА МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ КРОВІ У КУРЦІВ	65
<i>Б.С. Полінкевич, П.Б. Пікас, Т.С. Брюзгіна</i> ЗМІНИ МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ У КРОВІ ХВОРИХ ІЗ ПОЛІПАМИ ШЛУНКА.....	67
<i>І.І. Салій</i> РЕЗУЛЬТАТИ ШКАЛИ НАDS У ПАЦІЄНТІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ОРТОПЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ.....	68
<i>М.В. Слобода, М.В. Гребеник, О.Г. Садлій</i> ЗМІНИ РІВНЯ С – РЕКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ	70
<i>М.В. Слобода, Н.В. Бадюк, С.М. Маслій</i> ДІАСТОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА, РІВНІ С – РЕКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ КРОВІ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІХС З ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	72
<i>О.І. Токаренко, Я.О. Андреева</i> СКРИНІНГОВА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЄ СНУ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	73
<i>О.О. Чугай</i> ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ Т-ЛІМФОЦИТІВ У КРОВІ МОРСЬКИХ СВИНОК У РІЗНІ ПЕРІОДИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ.....	74
<i>С.Є. Шостак, Є.М. Стародуб, Л.І. Складанюк, О.І. Левчик, Л.І. Зелененька, Р.П. Дуць, Т.В. Войцехівська, І.О. Сивирин, Л.М. Романюк, Н.Є. Федчишин</i> ЧИ ВАРТО ВКЛЮЧАТИ СИМПТОМАТИЧНІ ПРЕПАРАТИ В КОМПЛЕКСНІ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ?.....	76

Підписано до друку 14.03.2017. Формат 60x84/16.
Гарнітура Noto Serif. Друк офсетний. Папір офсетний № 1.
Ум. др. арк. 4,88. Обл.-вид. арк. 4,03.
Наклад 50 прим. Зам. № 67.

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

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