

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

**ЗБІРНИК РОБІТ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
“СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ
І ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРИВАНЬ ВНУТРІШНІХ
ОРГАНІВ”**

10 жовтня 2012 року

Тернопіль
ТДМУ
“Укрмедкнига”
2012

Редакційна колегія:

Член-кореспондент НАМН України, заслужений діяч науки і техніки
України, професор **Л.Я. Ковальчук**;
д-р мед. наук, професор **С.М. Андрейчин**;
д-р мед. наук, професор **О.Є. Самогальська**.

**Сучасні аспекти діагностики і лікування захворювань внутрішніх
органів:** збірник робіт наук.-практ. конф., 10 жовтня 2012р. – Тернопіль :
ТДМУ, 2012. – 106 с.

Матеріали публікуються в авторській редакції

Зміст

| | |
|--|----|
| <i>О.О. Абрагамович, М.О. Абрагамович, У.О. Абрагамович, С.Я. Толопко, М.Р. Ферко.</i> СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ МЕТОДОМ ВИЗНАЧЕННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ | 9 |
| <i>Х. Б. Аксентійчук.</i> ПОШИРЕНІСТЬ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ СЕРЕД ПОМЕРЛИХ, ЩО СТРАЖДАЛИ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ. | 11 |
| <i>М.А. Андрейчин, В.С. Копча, Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, І.С. Іщук, В.О. Качор, О.С. Луцук, Н.А. Ничик, Н.Ю. Вишневецька, Н.Г. Завіднюк, Я.І. Йосик, Л.Я. Дементьєва, Л.Б. Мельник, О.М. Марчук.</i> ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРИ ГРИПУ ТА ІНШИХ ГРВІ ЗА ДАНИМИ ВІРУСОЛОГІЧНИХ І СЕРОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ | 12 |
| <i>Андрейчин С.М., Лотоцька С.В.</i> ПОКАЗНИКИ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ І АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ПОДАГРУ | 15 |
| <i>С.М. Андрейчин, І.І. Ганьбергер, Т.Ю. Чернець, Н.А. Бількевич, І.М. Бутвін, Н.З. Ярема, Н.Я. Верещакіна, М.М. Руда, Б.Г. Бугай, Н.А. Хабарова, М.М. Стебло, О.І. Кузів.</i> РЕЗУЛЬТАТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ СУПУТНИМ ВІРУСНИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ | 17 |
| <i>С.М. Андрейчин, І.І. Ганьбергер, Т.Ю. Чернець, Н.А. Бількевич, І.М. Бутвін, Н.З. Ярема, Н.Я. Верещакіна, М.М. Руда, Б.Г. Бугай, Н.А. Хабарова, Н.М. Олексів, І.О. Малець.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ ОСТЕОАРТРОЗУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ | 19 |
| <i>С.М. Андрейчин, Н.А. Бількевич, І.М. Бутвін, Т.Ю. Чернець, Н.Я. Верещакіна, М.М. Руда, Б.Г. Бугай, Н.А. Хабарова, І.І. Ганьбергер.</i> ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ | 20 |
| <i>Бабінець Л. С., Драпак О. Я., Стародуб Є.М., Ялінська Г.П., Качмар О.А.</i> ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ВКЛЮЧЕННЯМ L-АРГІНІНУ АСПАРТАТУ НА ЛІПІДНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ І ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ | 21 |
| <i>Бабінець Л.С., Сміян С.І., Квасніцька О.С., Криськів О.І., Боровик І.О.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ОКИСНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ДИСБАЛАНСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ПОСДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ | 23 |

| | |
|--|----|
| <i>Бабінець Л.С., Пінкевич З.Я., Пінкевич Я.В., Пащукдська О.М.</i> ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ | 25 |
| <i>Бабінець Л.С., Семенова І.В., Рябоконт С.С.</i> МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ | 26 |
| <i>Л.С. Бабінець, Л.М. Мігенько, Б.О. Мігенько, Боцюк Н.С.</i> МОЖЛИВОСТІ L-АРГІНІНУ ТА РОЗУВАСТАТИНУ У КРМПЛЕКСНІЙ КОРЕКЦІЇ ЛІПІДНОГО СТАТУСУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ | 27 |
| <i>Л.С. Бабінець, Ю.Я. Коцаба, І.О. Гніздюк.</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ПОЄДНАННІ З СУПУТНИМ ДИСБІОЗОМ ТОВСТОЇ КИШКИ | 28 |
| <i>Бакалець О.В.</i> ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ПЕЧІНКИ ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ ЗА УМОВ ЦМВ-ІНФІКУВАННЯ | 30 |
| <i>Богущ Х.В.</i> МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПРОГНОЗУВАННІ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ | 31 |
| <i>Л. І. Борисова.</i> ВПЛИВ НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ НА ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ЗАНЕДБАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ В 1986-2000 РОКАХ. | 33 |
| <i>Б. Г. Бугай, С. М. Андрейчин, М. В. Члек.</i> ВІРЕМІЯ, ІНДУКОВАНА КОМБІНОВАНИМ ПРЕВЕНТИВНИМ ЛІКУВАННЯМ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОТЕФЛАЗИДУ, ІНТЕРФЕРОНУ Б2В, АМІЗОНУ ТА ЕРБІСОЛУ, – ВАГОМІЙ МОДЕРАТОР ВИЯВЛЕННЯ В КРОВІ ДНК НВУ І РНК НСВ З ДОПОМОГОЮ ПЛІР | 35 |
| <i>Б. Г. Бугай, Т. Ю. Чернець, М. В. Члек, О.Л. Хайко.</i> ПРОТЕФЛАЗИД: ДОСВІД ДЕСЯТИЛІТНЬОГО ЗАСТОСУВАННЯ В ТЕРАПІЇ ПЕЧІНКОВИХ ТА ПОЗАПЕЧІНКОВИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ | 37 |
| <i>В. В. Буряк І, В. С. Вишнякова, А. В. Проценко.</i> АТОРВАСТАТИН КАЛЬЦІО – ЗАСІБ ОРГАНОПРОТЕКЦІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ | 39 |
| <i>В.І.Вдовиченко, Нкадмі Джігед, А.Л.Демидова.</i> ГАСТРОЕЗОФАГЕНАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: ПОШИРЕНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ | 40 |

| | |
|---|----|
| <i>В.І.Вдовиченко, О.О.Меренцова, А.Л.Демидова, О.А.Бідюк, Л.П.Лужецька, Н.Л.Копій, Л.Б.Сич.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОКСИУМУ ТА ЛАЦИУМУ | 42 |
| <i>Вернигородський С.В.</i> ВИКОРИСТАННЯ ЛЕКТИНОГІСТОХІМІЧНОГО МЕТОДУ В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ КИШКОВОЇ МЕТАПЛАЗІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА | 44 |
| <i>Вишиванюк В.Ю., Скробач Н.В., Шаповал О.А., Попадинець І.Р.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ФОРМ АНТАЦИДІВ У ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ | 45 |
| <i>Гаврилюк А.О., Король Т.М., Бенедіктова Н.В.</i> КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ | 46 |
| <i>А.О. Герман, Л.Д. Тодоріко, А.В. Бойко.</i> УДОСКОНАЛЕННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ | 48 |
| <i>Глушко Л.В., Шевчук І.М., Чаплинська Н.В., Симчич Х.І.</i> ЗАСТОСУВАННЯ МОТИЛУМА У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ДИСПЕПСІЮ | 49 |
| <i>Н.Г. Гончарова, А.О. Світлицький.</i> ДІАГНОСТИКА ЗМІН СТАНУ ІМУНІТЕТУ У НЕМОВЛЯТ З ПЕРИНАТАЛЬНИМИ ГІПОКСИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ МОЗКУ В АНАМНЕЗІ ЗАЛЕЖНО ВІД МОТОРНОГО ВІКУ | 50 |
| <i>Господарський І. Я., Зарудна О.І., Рега Н.І., Зарудний О.М., Господарська Х.О., Волинець К.В.</i> КОРЕКЦІЯ ПРОСТАГЛАНДИНОВОГО ДИСБАЛАНСУ ЗА УМОВ ПОРУШЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНОГО КРОВОПЛИНУ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ ТА СИНДРОМ РЕЙНО (РЕЗУЛЬТАТИ 6-МІСЯЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ). | 52 |
| <i>Господарський І.Я., Волинець К.В., Рега Н.І., Зарудна О.І., Городецький В.С., Креховська-Лепяк О.М., Мазур Л.П., Локай Б. А., Коноваленко С.О.</i> ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ПРИ ВИБОРІ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА ПРИ ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГЕПАТИТ С БЕЗ ОЗНАК ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ | 54 |
| <i>Гришин М.М., Іванцова Н.Л., Хренов О.А., Федосєєва В.М., Кушнір С.П.</i> ПОШИРЕНІСТЬ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D У ХВОРИХ З ГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНИМИ ФОРМАМИ ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ КРИМСЬКОГО РЕГІОНУ В ОСІННЬО-ЗИМОВИЙ ПЕРИОД (ЖОВТЕНЬ-ЛЮТИЙ) | 55 |

| | |
|---|----|
| <i>С.В. Дзига, Н.Ю. Шевченко.</i> КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІСЛОНЕФРИТ | 56 |
| <i>Іванова Я. В.</i> TARC/CCL17-ЗАЛЕЖНА ЕКСПРЕСІЯ CD14+-РЕЦЕПТОРА ЛІМФОЦИТАМИ У ХВОРИХ ІЗ ХОЗЛ ПІСЛЯ КЛІНІЧНОГО ВИЛКОВУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ | 58 |
| <i>В.Я. Камінський.</i> КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ СТАНУ НЕЙТРОФІЛІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК, ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ | 60 |
| <i>К.В. Кованов, Е.М. Кованова, С.І. Климнюк, М.С. Творко.</i> ПЕРШІ ОНКОГЕНИ БАКТЕРІЇ <i>cagA</i> , <i>vacA</i> І АСОЦІЙОВАНИЙ З НИМИ ПАТОГЕНЕЗ ХЕЛІКОБАКТЕРНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗУ | 61 |
| <i>Н.С. Кравченко, О.І. Градова, С.М. Похляк.</i> ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ У ПРАКТИЦІ ФТИЗІАТРА | 63 |
| <i>Н.М. Кузьмінчук.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ САРТАНІВ В ЯКОСТІ МОНОТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ | 65 |
| <i>Т.Б. Лазарчук, Л.І. Складанюк, Т.В. Войцехівська, І.О. Сивирин.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ АДЕМЕТІОНІНУ В ЛІКУВАННІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ | 66 |
| <i>Г.В. Лихацька.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ | 67 |
| <i>Т.О. Маланчук, А. П. Павленко, В.А. Гдаль.</i> МОЖЛИВОСТІ ФЕНОФІБРАТА В КОРЕКЦІЇ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ | 68 |
| <i>І.М. Марків.</i> КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ АМОКСИКЛАВУ У СТУПІНЧАСТІЙ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ | 70 |
| <i>О.О. Меренцова, О.П. Корнійчук, В.І. Вдовиченко.</i> МІКРОБІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В КИШЕЧНИКУ ПРИ РІЗНИХ СУБТИПАХ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ | 71 |
| <i>М.А. Міндрул.</i> РІВЕНЬ АДІПОНЕКТИНУ В СИСТЕМНОМУ КРОВОТОКУ У ХВОРИХ З ГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНИМИ ФОРМАМИ ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСА МАСИ ТІЛА | 72 |
| <i>С.А. Новіков.</i> ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКУ У КОМПЛЕКСІ ПОСТІНФАРКТНОЇ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ | 74 |

| | |
|---|----|
| <i>Н.В. Обухова.</i> ПРЕПАРАТ КВЕРЦЕТИН В СКЛАДІ ЛПОФЛАВОНУ МАЄ СУБСТРАТ ВПЛИВУ НА СЛИЗИСТІЙ ОБОЛОНЦІ БРОНХІВ ПРИ ІНГАЛЯЦІЙНОМУ ЗАСТОСУВАННІ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ | 76 |
| <i>Пасечко Н.В., Наумова Л.В., Смачило І.П., Боб А.О., Гаврилюк М.С., Голик І.В.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СІОФОРУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ТА ГІПЕРІНСУЛІНІЗМОМ НА СТАДІЇ ПРЕДІАБЕТУ | 78 |
| <i>Петрина В.О., Шаповал О.А.</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ | 79 |
| <i>О.Є. Самогальська, О.В. Баб'як.</i> АНАЛІЗ РІВНЯ КОЛАГЕНУ ІV У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ З РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА | 80 |
| <i>О.Є. Самогальська, І.М. Марків, В.Ф. Тюріна, М.А. Юрчак.</i> ДИНАМІКА СТРУКТУРИ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО СТАЦІОНАРУ | 81 |
| <i>О.Є. Самогальська, М.П. Гаріян, В.О. Лихацька, І.М. Марків, В.Ф. Тюріна, І.В. Мерецька, З.П. Мандзій.</i> КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ ТЕРАПІЇ ГАСТРОПАТІЙ, АСОЦІЙОВАНИХ З ПРИЙОМОМ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ | 83 |
| <i>І.О. Сем'янів, О.В. Підвербецька, І.В. Єременчук.</i> ПОСДНАННЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ | 84 |
| <i>Сміян С.І., Даньчак С.В., Франчук М.В.</i> ЧАСТОТА УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ ТА НИРОК У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ | 85 |
| <i>Н.А. Хабарова, А.В. Єпішин, П.Я. Шерстюк, Н.І. Ілляш.</i> ЗАСТОСУВАННЯ НУКЛЕІНАТУ НАТРІЮ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ БЛІАРНОЇ СИСТЕМИ | 87 |
| <i>Чабан Т.І., Маринець В.М.</i> МОЖЛИВОСТІ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКІВ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ КАТАСТРОФ У ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ | 88 |
| <i>Чабан Т.І., Гонтаренко Н.М.</i> ПІДВИЩЕНИЙ РІВЕНЬ КРЕАТИНІНУ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ | 90 |
| <i>Н.В. Чернюк, Л.С. Ковальчук.</i> ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВІКУ МАНІФЕСТАЦІЇ ПРИ УСПАДКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ | 91 |

| | |
|---|-----|
| <i>Чорномидз А.В.</i> ДІАГНОСТИЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ЕНДОТЕЛІОЦИТІВ У КРОВІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ | 93 |
| <i>Швед М.І., Прокопович О.А, Михайлів Л.М., Мартинюк, Л.П.Сидоренко О.Л.</i> ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ В ГОСТРУ СТАДІЮ ІНФАРКТУ МІОКАРДА | 95 |
| <i>Швед М.І., Михайлів Л.М, Мартинюк Л.П., Прокопович О.А., Сидоренко О. Л.</i> ВПЛИВ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ НА СОНОГРАФІЧНУ КАРТИНУ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ | 97 |
| <i>М.І. Швед, Т.В. Бойко, Г.В. Лихацька, В.О. Лихацька, О.К.Хайко.</i> БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАПІ . | 98 |
| <i>Т.Г. Шеховцева, М.О.Долінна.</i> АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ | 99 |
| <i>Ярема Н. І., Припхан І. Б., Савченко І.П., Радецька Л.В., Коцюба О. І., Балабан А. І.</i> ДІАСТОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАПРУЖЕННЯ | 101 |
| <i>Ярема Н.І., Балабан А.І., Савченко І.П., Радецька Л.В., Коцюба О.І., Припхан І.Б.</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ОКСИГЕНАЦІЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, УСКЛАДНЕНИЙ АНГІОПАТІСЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК | 102 |
| <i>О.Я.Яцкевич, М.О.Абрагамович.</i> СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ДО ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОФІБРОСКОПІЇ ПАЦІЄНТІВ-ЧОРНОБИЛЬЦІВ, ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ, ПОЄДНАНУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ | 103 |
| <i>Л.П. Ротарь, О.Я. Тягай, В.С. Бірюков.</i> ПРИНЦИПИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В ЛІКУВАННІ ХОЗЛ: ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД НА ОСНОВІ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ КЛІНІКИ ЗАХВОРЮВАННЯ | 105 |
| <i>О.О. Якименко, Л.Н. Єфременкова, О.Я. Тягай, О.Є. Кравчук, В.В. Дець, Н.М. Антипова, В.В. Тбілелі, К.С. Чернишова, Г.О. Жеребко.</i> МАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ І ЛЕПТИН У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ | 107 |

УДК: 616.36 ? 004 ? 037 ? 07: 616.12 ? 008.318 ? 07

СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ МЕТОДОМ ВИЗНАЧЕННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

О.О. Абрагамович, М.О. Абрагамович, У.О. Абрагамович,
С.Я. Толопко, М.Р. Ферко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Цироз печінки (ЦП) – важке дифузне ураження, яке зумовлює зміни гомеостазу, зокрема амінокислотного та нейротрансмітного обмінів, що призводить до поліорганичних уражень, у тому числі, і центральної та вегетативної нервової системи (ВНС), які значно погіршують прогноз життя пацієнтів. Варіабельність серцевого ритму (ВСР) – високоефективний неінвазивний метод оцінки стану ВНС, інтегральні показники якого дозволяють характеризувати процеси регуляції організму, а тому може бути використаний у хворих на ЦП.

Мета. Виявити особливості функціонування ВНС методом дослідження ВСР у хворих на ЦП та визначити прогноз перебігу цього захворювання, співставляючи з результатами, отриманими за критеріями Чайлд-Пью.

Матеріали і методи. Нами обстежено 93 пацієнти з ЦП [вік від 30 до 65 років, 63 чоловіків (67,7 %) та 30 жінок (32,3 %)], які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Гепатологічному центрі Львівської обласної клінічної лікарні за період 2005 – 2012 рр. Для верифікації діагнозу усім пацієнтам, окрім рутинних клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, проведено визначення ВСР на комп'ютерному електрокардіографі „Полі-Спектр” (виробник „Нейрософт”, м. Іваново, Росія) у 6 відведеннях у положенні лежачи на спині впродовж 5 хв. (стан до навантаження) та стоячи впродовж 6 хв. (ортостатичний тест) згідно з рекомендаціями А.М. Вейна (2003 р.). Для прогнозування перебігу захворювання використовували класифікацію за Чайлд-Пью. Отриману інформацію занесено у спеціально створену тематичну карту хворого, вміщено у комп'ютерну базу інформації та статистично опрацьовано у програмі „Statistica 6.0” (StatSoft, США) за методом Спірмена.

Результати. Нами встановлено, що у хворих на ЦП достовірно знижені всі показники ВСР у порівнянні з нормою. У пацієнтів класу В

стандартний інтегральний показник SDNN (standart deviation of the NN interval), який характеризує вегетативний гомеостаз загалом, до навантаження був нижчим на 14,0 % ($R = 0,99$; $p < 0,05$), порівняно з цим же показником у пацієнтів класу А, а у пацієнтів класу С – на 56,5 % ($R = 0,94$; $p < 0,05$) відповідно, різниця цього показника у групах В і С була рівна 49,4 % ($R = 0,95$; $p < 0,05$). Показник TP (total power) має таке ж фізіологічне значення, як і SDNN, і збільшення симпатичних впливів призводить до зменшення TP, а активація вагусного впливу – навпаки, у пацієнтів класу В був нижчим на 24,3 % ($R = 0,99$; $p < 0,05$), порівняно з цим же показником у пацієнтів класу А, а у пацієнтів класу С – на 81,7 % ($R = 0,94$; $p < 0,05$) відповідно, різниця у групах В і С була 75,9 % ($R = 0,95$; $p < 0,05$). Показник LF (low frequency), який характеризує зміни як симпатичної, так і парасимпатичної активності, і потужність якого залежить від активності механізму підтримання барорефлексу, був нижчим у класу С на 84,6 % і 78,0%, порівняно з його рівнями у групах А ($R = 0,94$; $p < 0,05$) і В ($R = 0,95$; $p < 0,05$) відповідно. Показник активності парасимпатичної нервової системи ? HF (high frequency), нижчий у класу С на 91,6 % і 86,6 % у порівнянні з групами А ($R = 0,94$; $p < 0,05$) і В ($R = 0,95$; $p < 0,05$) відповідно. Різниця показника VLF (very low frequency), який відображає коливання ЧСС, зумовлені гуморальними чинниками і, насамперед, свідчать про активність симпатичного відділу ВНС, у групах становила: між В і А – 12,5 %, індекс кореляції $R = 0,99$; $p < 0,05$; між С і А – 71,0 %, $R = 0,94$; $p < 0,05$; між С і В – 67,0 %, $R = 0,95$; $p < 0,05$.

Результати, отримані під час проведення ортостатичного тесту, підтверджують показники запису до навантаження.

Висновок. У хворих на ЦП значно знижена загальна потужність спектру нейрогуморальної модуляції, є низький рівень вагальних, симпатичних і гуморально-метаболических впливів у регуляції серцевого ритму. Ці показники корелюють з важкістю за Чайлд-Пью, що свідчить про порушення функціонування ВНС, виснаження всіх компенсаторних систем організму та підтверджує важливе прогностичне значення ВСР, що дозволяє рекомендувати його для визначення прогнозу хворих на ЦП.

УДК: 616.379-008.65-036.88-06:616.36-003.826-036.2

**ПОШИРЕНІСТЬ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ
ПЕЧІНКИ СЕРЕД ПОМЕРЛИХ, ЩО СТРАЖДАЛИ
НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ.**

Х. Б. Аксентійчук

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра терапії №1 ФПДО*

Актуальність: Цукровий діабет є одним з найбільш поширених захворювань в сучасному світі. В його структурі переважає ЦД 2 типу, кількість хворих на який сягає близько 250 млн осіб, а щорічний приріст становить 5-7 %. За даними ряду епідеміологічних досліджень, у 24-88% хворих на ЦД виявляються діабетичні гепатопатії, серед яких найчастіше зустрічається неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП). Ожиріння, ЦД 2 типу та гіперліпідемія окремо чи в поєднанні найчастіше спричиняють розвиток НАЖХП, оскільки усі ці патологічні стани об'єднують синдром ІР. За даними досліджень, синдром ІР займає перше місце серед причин розвитку НАЖХП. Поширеність НАЖХП на фоні синдрому ІР у світовому масштабі може становити до 10%, тобто 600 млн людей. Проте поширеність даної патології в поєднанні з ЦД 2 типу досі є вивчена в межах України достовірно. Перешкодами на шляху є перш за все безсимптомність захворювання на ранніх. А також і на пізніх стадіях НАЖХП, що створює перш за все труднощі в постановці діагнозу та своєчасному зверненні пацієнта до лікаря. Методи, що застосовуються у діагностиці НАЖХП такі як, біопсія печінки, УЗД, комп'ютерна томографія дозволяють поставити правильний діагноз НАЖХП, та не можуть бути надійними у вивченні поширеності з ряду причин. К наприклад, ряд протипоказів відносно проведення біопсії печінки, ризик ускладнень, значна вартість процедури, а також ймовірна відмова пацієнта від проведення маніпуляції. Діагностика НАЖХП за допомогою ультрасонографії може знижувати показники поширеності, оскільки дозволяє виявляти стеатоз печінки при поширеності його на 20-30% паренхіми. Метод комп'ютерної томографії не може забезпечити вивчення поширеності через свою дороговартісність та вибірковість. Аналіз біоптатів печінки, померлих від ЦД 2 типу, може бути найточнішим методом у вивченні поширеності НАЖХП.

Мета роботи. Вивчити поширеність НАЖХП шляхом гістологічного дослідження некропатів печінки у померлих, що страждали на ЦД 2 типу.

Методи дослідження. Проаналізовано результати гістологічного дослідження печінки у 276 хворих, що померли з різних причин в лікарнях м. Львова з 2000 по 2010 роки. Вік хворих коливався від 23 до 87, середній вік $65,37 \pm 0,66$ р. Чоловіків було 93, жінок – 183. В якості контролю було опрацьовано 100 протоколів розтинів за 2002 рік пацієнтів, які померли з різних причин у лікарнях Львова, але не страждали на ЦД. Серед них – чоловіків 38, жінок 62. Середній вік $69,84 \pm 1,94$. Використовувалась стандартна проводка препаратів з фарбуванням зрізів гематоксилін-еозином.

Отримані результати та їх обговорення. Поширеність НАЖХП у хворих на ЦД 2 типу становить фіброз – 3,6%, стеатоз – 24,6%, стеатогепатит – 37,3%. Загальна поширеність НАЖХП у хворих на ЦД 2 типу становить 65,5%. Стеатогепатит – клінічна форма НАЖХП, яка найчастіше зустрічається у хворих на ЦД 2 типу.

Перспективи дослідження. Враховуючи високу поширеність ураження печінки у хворих на ЦД 2 типу (65,5%), необхідно врахувати це у диспансерному спостереженні за хворими на ЦД – своєчасному призначенні їм препаратів гепатопротекторної дії.

ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРИ ГРИПУ ТА ІНШИХ ГРВІ ЗА ДАНИМИ ВІРУСОЛОГІЧНИХ І СЕРОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

М.А. Андрейчин, В.С. Копча, Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів,
І.С. Іщук, В.О. Качор, О.С. Луцук, Н.А. Ничик, Н.Ю. Вишневська,
Н.Г. Завіднюк, Я.І. Йосик, Л.Я. Дементьєва, Л.Б. Мельник,
О.М. Марчук

Державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль

В епідсезоні 2010-2011 рр. епідемії грипу на Тернопільщині не було. За період з жовтня 2010 р. по березень 2011 р. перехворіло на грип та інші ГРВІ 9,5 % населення області.

Лабораторним обстеженням охоплено 1,8 % захворілих, серед госпіталізованих – кожний третій (32,9 %). Згідно з отриманими даними, на території області одночасно циркулювали різні збудники.

За даними дослідження змивів із ротоглотки і носа (МФА) від 1 687 пацієнтів, які виявились позитивними у 31,1 % обстежених, у структурі захворюваності грип А склав 7,2 %, грип В – 19,6 %, парагрип – 35,6 %, аденовірусна інфекція – 17,6 %, RS-інфекція – 20,0 %. На грип хворіли в основному дорослі, на RS-інфекцію – діти.

Впродовж епідсезону методом ПЛР (лабораторія облСЕС) із 296 змивів із ротоглотки виявлено 26,3 % позитивних результатів, з них: віруси грипу А («сезонного») – 5,4 %, пандемічного – 52,7 %, грипу В – 50,0 %. При комплексному обстеженні 55 стаціонарних хворих на грип та інші ГРВІ, які лікувались в інфекційному відділенні ТМКЛШД, методом ПЛР (дані міжкафедральної лабораторії ТДМУ, де визначали 13 різних вірусів респіраторної групи) позитивні результати отримано у 76,4 % осіб, у тому числі у 61,9 % – у різних комбінаціях по 2-8 збудників одночасно. Спектр збудників виявився таким: парагрип (1-4) – у 70,9 % обстежених, RS-вірус – у 35,7 %, метапневмовірус – у 30,9 %, коронавірус – у 45,2 %, риновірус – у 11,9 %, вірус грипу А – у 9,5 %, А/Н1N1sw – у 16,7 %, грип В – у 28,6 %. Аденовірус не знайдено у жодного хворого. Загалом, дослідження в МФА виявило позитивні результати в 2,6 разу рідше, ніж у ПЛР. Співпадіння позитивних результатів за ПЛР і МФА спостерігалось в 26,2 % осіб.

Частота отримання позитивних результатів залежала від строків забору матеріалу. При проведенні дослідження методом ПЛР до 5-го дня хвороби включно результативність склала 82,2 %, з 6-го і пізніше – лише 50,0 % ($p < 0,05$). Для МФА такої закономірності виявити не вдалось.

При аналізі парних сироваток крові (РГГА з грипозними діагностикумами) від 223 людей позитивну серологічну динаміку (зростання титру антитіл у 4 рази і більше) відзначено у 25,6 % пацієнтів, причому у кожного третього – у різних комбінаціях одночасно до 2-3 збудників. При цьому структура захворюваності виглядала таким чином: у 36,7 % були підстави діагностувати грип А (А/Н1N1 – 4,0 %, А/Н2N2 – 11,2 %, А/Н3N2 – 9,4 %, найчастіше А/Н1N1sw – 12,1 %) і тільки в одного пацієнта (0,5 %) виявлено зростання титру антитіл до вірусу грипу В.

Лише в 5 хворих за даними РГГА були підстави діагностувати грип, спричинений різними сероварами вірусів грипу А за зростанням титру антитіл у 4 рази і більше. У решти пацієнтів визначались різні титри антитіл,

у тому числі високі, до всіх досліджуваних збудників і без зміни їх у динаміці.

Визначення антитіл у парних сироватках крові (ІФА) до інших вірусів респіраторної групи свідчило, що показники гострої фази імунної відповіді на RS-вірус (IgA і IgM) виявлено у 73,2 % обстежених хворих з 1-го по 18-й дні хвороби, на парагрип – у 51,2 %, в основному за рахунок IgM, на аденовірус – у 60,9 %, за рахунок IgA. Що стосується IgG, то вони при всіх інфекціях, що вивчалися, визначалися практично у всіх хворих вже в першій сироватці. Очікувану динаміку (зростання концентрації відповідних Ig) спостерігали лише при парагрипі у 26,8 % хворих; при RS-інфекції показники залишалися стабільними, а при аденовірусній інфекції – навіть зникали у 70,8 % пацієнтів. Оцінка стану гуморального імунітету за IgG затруднена, оскільки цей показник може відповідати як періоду ранньої реконвалесценції, так і бути анамнестичним.

В епідсезоні 2010-2011 рр., під час сезонного підвищення захворюваності на грип та інші ГРВІ, провідними збудниками були віруси парагрипу і грипу В, наприкінці епідсезону – грипу А/Н1N1sw. Зіставлення результатів ПЛР та МФА свідчить про вищу інформативність ПЛР (за рахунок розширеного спектру досліджуваних збудників) за своєчасного забору матеріалу. Частота отримання позитивних результатів залежить від строків забору матеріалу. В гострому періоді хвороби спостерігається реакція у вигляді зростання IgA, IgM, вміст яких знижується в період реконвалесценції. Сучасні методи лабораторного дослідження, які дозволяють виявити як самого збудника (ПЛР, МФА), так і відповідь на нього (РГГА, ІФА), взаємодоповнюють одне одного при уточненні етіологічного діагнозу. Серологічні методи обстеження при цьому залишаються додатковими.

УДК 616.72-002.78-092/-071

**ПОКАЗНИКИ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ
І АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ
НА ПЕРВИННУ ПОДАГРУ**

Андрейчин С.М., Лотоцька С.В.

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

В останні роки вчені надають великого значення вивченню процесу перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) для оцінки стану організму. ПОЛ – нормальний фізіологічний процес, який відбувається в усіх тканинах живих організмів, але на низькому рівні і в стаціонарному режимі із стабільною концентрацією радикалів, що сприяє підтриманню гомеостазу. При різних захворюваннях, викликаних як ендогенними, так і екзогенними причинами спостерігається підвищення вмісту продуктів ПОЛ. Проте, пошкоджуюча дія вільних радикалів стримується системою антиоксидантів, її ферментною та неферментною ланками, а збереження рівноваги між процесами ПОЛ та системи протидії – антиоксидантного захисту (АОЗ) є запорукою збереження цілісності органа.

Тому метою нашої роботи було дослідження вмісту у крові хворих на первинну подагру одного з основних біомаркерів ПОЛ – малонового діальдегіду (МДА) та визначенні активності АОЗ, а саме такого його показника, як супероксиддисмутаза (СОД).

Під нашим спостереженням знаходились 42 пацієнти чоловічої статі хворих на первинну подагру, які перебували на стаціонарному лікуванні. Тривалість захворювання в обстежуваних хворих становила від 1 до 20 років. Всі пацієнти були розділені на 3 групи: 1-а – хворі, які страждали даною патологією до 5 років, 2-а – від 5 до 10 років, 3-я – тривалість захворювання перевищувала 10 років.

Вміст МДА визначали методом І.Д. Стальної та Т.Г. Гаріашвілі за допомогою тіобарбітурової кислоти. Активність СОД визначали за рівнем гальмування ферментом процесу відновлення нітросинього тетразолію за присутності NADH і феназинметасульфату.

Як видно з таблиці, концентрація МДА достовірно зростав в усіх групах хворих на первинну подагру. Але найбільше показник збільшився у пацієнтів 3-ї групи, які хворіють первинною подагрою понад 10 років

(в 2,1 разу). При тривалості захворювання до 10 років (в 1-й і 2-й групі) цей показник теж зріс достовірно – в 2 рази.

Щодо СОД, то відмічалось достовірне і практично однакове пригнічення цього ферменту у всіх групах пацієнтів, незалежно від терміну захворювання. Воно становило 1,5 рази в 1-й і 2-й групах і 1,4 – в 3-й.

Таблиця

Вміст малонового діальдегіду та супероксиддисмутази у крові пацієнтів з первинною подагрою в залежності від тривалості захворювання ($M \pm m$)

| Показник | Контроль n = 10 | 1-а група n = 17 | 2-а група n = 20 | 3-я група n = 5 |
|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| МДА (мкмоль/л) | 2,4±0,1 | 4,8±0,3* | 4,8±0,4* | 5,1±0,5* |
| СОД (ум.од./мг) | 65,8±1,3 | 42,7±1,2* | 43,5±2,7* | 46,9±2,5* |

Примітка: * – достовірність відмінностей показників дослідних і контрольної груп: * – $p < 0,001$.

В результаті проведених досліджень можна зробити наступний висновок: первинна подагра викликає посилення процесів вільнорадикального окиснення і ПОЛ та пригнічення АОЗ, інтенсивність яких збільшується залежно від тривалості захворювання.

УДК: 616.71-007.234-06 [616.233-002+616.36-002.14-022

**РЕЗУЛЬТАТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
СУГЛОБІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ СУПУТНІМ
ВІРУСНИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ**

С.М. Андрейчин, І.І. Ганьбергер, Т.Ю. Чернець, Н.А. Бількевич,
І.М. Бутвін, Н.З. Ярема, Н.Я. Верещагіна, М.М. Руда, Б.Г. Бугай,
Н.А. Хабарова, М.М. Стебло, О.І. Кузів

*Державний вищий навчальний заклад “Тернопільський державний
медичний університет імені І. Я. Горбачевського”, м. Тернопіль*

Мета дослідження – визначення особливостей сонографічних змін суглобових структур у пацієнтів з остеоартрозом (ОА) у поєднанні з хронічним гепатитом (ХГ) В і/або С.

Методи дослідження. Обстежено 49 осіб із ОА, які перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні Тернопільської міської клінічної лікарні № 2. Усіх обстежених розділили на 2 групи. До I групи увійшло 21 хворих на ОА без клінічно-значущої супутньої патології; 28 хворих на ОА на тлі ХГ В і/або С склали II групу. Діагноз ОА виставлявся на основі критеріїв, рекомендованих Асоціацією ревматологів України. В обстеження не включали осіб із супутніми ендокринними захворюваннями, хірургічною постменопаузою, підозрою на реактивний артрит, індексом маси тіла понад 25 кг/м² та III-IV рентгенологічна стадія ОА за класифікацією Келлгрена-Лоуренса (Kellgren J. H., Lawrence J. S., 1957). ХГ В і/або С діагностовано на основі анамнестичних, клінічних, епідеміологічних і лабораторних (біохімічний аналіз крові (загальний білок, АлАТ, загальний білірубін) даних, визначали HBsAg, анти-HCV Ig G та ДНК- і РНК-полімеразна ланцюгова реакція) даних. УЗД суглобів виконували на на апараті “Аloka-SSD 1400” з лінійним датчиком (частота 7,5 МГц) у режимі “ortho”. Оцінювали стан стану суглобової поверхні кістки, синовіальної оболонки, суглобової щілини, навколосуглобових м’яких тканин, наявність випоту, зміни зв’язково-сухожилкового апарату та інші параметри. Користувались протоколом, який був розроблений в ННЦ “Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска”

Отримані результати. Пацієнтам I і II груп провели сонографію колінних суглобів і порівняли дані при першій і другій рентгенологічній стадії патологічного процесу.

При I рентгенологічній стадії OA у 40 % пацієнтів із супутнім ураженням гепато-біліарної системи суглобовий хрящ був тонше 2 мм, а у хворих без супутньої патології – лише у 9,1 % ($p>0,05$). Остеофіти малих і середніх розмірів виявлено у 45,5 % обстежених I групи, а у хворих II групи – у 60,0 % випадків, причому у 20,0 % – великих розмірів ($p>0,05$). Зміни зв'язкового апарату встановлено у 9,1 % хворих лише з OA і у 80,0 % обстежених з мікст-патологією ($p<0,01$). Сонографічно підвищену кількість суглобового випоту мали 27,3 % і 70,0 % пацієнтів відповідно ($p>0,05$). Змінені меніски мали 9,1 % хворих без супутнього вірусного ураження печінки і 60,0 % осіб з мікст-патологією ($p<0,05$). Синовіальна оболонка була потовщена в 27,3 % хворих лише на OA і 70,0 % хворих із поєднаною патологією ($p>0,05$). Лише у хворих II групи виявлена кіста Бейкера (33,3 %) ($p>0,05$).

При II рентгенологічній стадії OA у 20 % обстежених I групи і у 88,9 % – II хрящ був тонше 2 мм ($p<0,01$). Остеофіти виявлені в обох групах, причому у пацієнтів без супутньої патології переважали остеофіти малих розмірів (50 %) ($p<0,05$), а в хворих із супутнім вірусним ураженням печінки – лише великих і середніх розмірів ($p>0,05$). Зміни зв'язкового апарату прослідковувались у 40,0 і 61,1 % осіб відповідно ($p>0,05$). Надлишкова кількість внутрішньосуглобової рідини була в 40 % хворих лише на OA і у 88,9 % пацієнтів з мікст-патологією ($p<0,05$). Зміни менісків, потовщення синовіальної оболонки виявляли відповідно у 30,0 і 88,9 % ($p<0,01$), 50,0 і 77,8 % обстежених ($p>0,05$). Дефекти суглобових поверхонь кісток мали місце лише у хворих II групи (16,3%) ($p>0,05$). Кісту Бейкера діагностовано в 20,0 і 33,3 % хворих відповідно ($p>0,05$).

Висновок Отже, у пацієнтів із супутнім ураженням печінки УЗД-ознаки OA вираженіші, ніж у пацієнтів лише на OA з II стадією.

УДК: 616.71-007.234-06 [616.233-002+616.36-002.14-022

**ОСОБЛИВОСТІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ
ОСТЕОАРТРОЗУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ УРАЖЕННЯМ
ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

С.М. Андрейчин, І.І. Ганьбергер, Т.Ю. Чернець, Н.А. Бількевич,
І.М. Бутвін, Н.З. Ярема, Н.Я. Верещагіна, М.М. Руда, Б.Г. Бугай,
Н.А. Хабарова, Н.М. Олексів, І.О. Малець

*Державний вищий навчальний заклад “Тернопільський державний
медичний університет імені І. Я. Горбачевського”, м. Тернопі*

Мета дослідження – визначення особливостей рентгенологічної картини у хворих на остеоартрозом (ОА) у поєднанні з хронічним вірусним гепатитом (ХВГ).

Методи дослідження. Було обстежено 90 осіб із ОА. Усі хворі були розділені на 2 групи. І група – 53 хворих на ОА без клінічно-значущої супутньої патології; ІІ група – 37 хворих на ОА у поєднанні з ХВГ. Діагноз верифікувався на основі стандартних клініко-лабораторних та інструментальних даних. В обстеження не включали осіб із супутніми ендокринними захворюваннями, хірургічною постменопаузою, підозрою на реактивний артрит, індексом маси тіла понад 25 кг/м² та ІІІ-ІV рентгенологічна стадія ОА за класифікацією Келлгрена-Лоуренса (Kellgren J. H., Lawrence J. S., 1957). Усім хворим з ОА на рентгенапараті РУМ 20М проводили рентгенографію колінних суглобів у стандартній прямій та боковій проекціях. А при додатковому ураженні інших суглобів проводили рентгенологічне дослідження відповідних суглобів у прямій проекції.

Отримані результати. Внаслідок проведення рентгенологічного дослідження уражених суглобів у хворих на ОА із супутніми вірусним гепатитом встановлено, що в 11-ох осіб (29,7 %) мала місце І рентгенологічна стадія ураження і в 26 (70,3 %) – ІІ відповідно. У пацієнтів без супутнього ураження печінки розподіл дещо інший: І рентгенологічну стадію процесу виявлено в 27 осіб (50,9 %), ІІ – в 26 (49,1 %).

Провели аналіз частоти рентгенологічних симптомів у обстежених хворих. В усіх осіб з комбінованою патологією прослідковувалося звуження суглобової щілини; у пацієнтів без супутніх ХВГ даний рентгенологічний симптом виявлявся у 98,1 % випадків. Остеофіти

діагностовано у 35,1 % хворих на ОА у поєднанні з вірусним ураженням печінки та в 30,2 % осіб без патології печінки. Субхондральний остеосклероз – у 94,6 % і 94,3 % пацієнтів відповідно. У 21,6 % хворих з ХГ В і/або С виявлено остеопороз, а у групі пацієнтів лише з ОА цей показник становить 17,0 %. Кистоподібні просвітлення виявлено у 5,4 % пацієнтів, в яких ОА перебігав на тлі вірусного гепатиту і в 3,8% пацієнтів без супутніх ХВГ. Статистично достовірної різниці між порівнюваними показниками не встановлено.

Висновок Отже, згідно з рентгенологічними даними, серед хворих із супутнім ХВГ переважали більші зміни субхондральних елементів кісток у порівнянні з хворими лише на ОА без клінічно-значущої супутньої патології.

УДК: 616.24-002-008.6-07

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ

С.М. Андрейчин, Н.А. Бількевич, І.М. Бутвін, Т.Ю. Чернець,
Н.Я. Верещагіна, М.М. Руда, Б.Г. Бугай, Н.А. Хабарова,
І.І. Ганьбергер

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

Перебіг і наслідки негоспітальної пневмонії (НП), значною мірою визначаються розвитком синдрому ендогеної інтоксикації (ЕІ), зумовлюючи, зокрема, недостатність природніх механізмів протиінфекційного захисту. У практичній медицині для оцінки вираженості синдрому в основному користуються даними загальноклінічних обстежень; застосування специфічних маркерів ЕІ (молекули середньої маси тощо) ще недостатньо широко впроваджено в клініку.

Мета роботи – дослідити клінічні показники ендогенної інтоксикації у хворих з різною тяжкістю негоспітальної пневмонії з метою оцінки їх значення в діагностиці вираженості ЕІ при даній патології.

Обстежено 175 хворих на НП I-III клінічних груп, що знаходились на стаціонарному лікуванні. Оцінювали кількість та вираженість клінічних

симптомів ЕІ (даних розпитування, фізикального обстеження та загальноклінічних лабораторних показників, зокрема, загального аналізу крові, сечі, біохімічного аналізу крові, лейкоцитарного індексу інтоксикації) у групах пацієнтів, сформованих за тяжкістю захворювання.

Частота симптомів ЕІ, виявлених шляхом опитування та фізикального обстеження пацієнтів, в загальному була тим більшою, чим тяжчий перебіг недуги, проте значна їх кількість та варіабельність утруднювала кількісну оцінку рівня ЕІ. За тяжкого перебігу НП зміни деяких показників були різнонаправленими. Найбільш чітко відображали тяжкість захворювання ШОЕ, відсоток еозинофілів та паличкоядерних нейтрофілів формули крові ($P < 0,05-0,001$), частота виявлення протеїнурії. Лейкоцитарний індекс інтоксикації слід оцінювати в динаміці захворювання та з урахуванням тяжкості патологічного процесу за іншими даними, оскільки за тяжкого перебігу НП у частини хворих він становив 0,5 (що менше від норми). Дослідження середніх значень біохімічних показників у хворих на НП не виявило їх суттєвих відхилень як від контрольної групи, так і в групах обстежених.

Неспецифічність та значна кількість загальноклінічних проявів ендогенної інтоксикації зумовлюють необхідність застосування більш специфічних критеріїв з метою оцінки її вираженості при негоспітальній пневмонії.

УДК 616.37-002-036.12+616.12-008.331.1]-085.224-06:612.123

**ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ВКЛЮЧЕННЯМ
L-АРГІНІНУ АСПАРТАТУ НА ЛІПІДНИЙ СТАТУС
ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ
І ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

Бабінець Л. С., Драпак О. Я., Стародуб Є.М., Ялінська Г.П.,
Качмар О.А.

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

Обґрунтований вибір препаратів в умовах зростання частоти поєднаної патології є актуальною проблемою сучасної медицини. Особливо важливим при лікуванні поєднання хронічного панкреатиту

(ХП) і гіпертонічної хвороби (ГХ) є призначення таких препаратів, які не лише не проявляли б негативного впливу на перебіг супутньої патології, але і позитивно впливали на спільні патогенетичні ланки, покращуючи перебіг обох захворювань.

Мета дослідження – з'ясування доцільності включення L-аргініну аспартату в комплексне лікування хворих на ХП у поєднанні з ГХ для покращення ліпідного компоненту трофологічного статусу пацієнтів.

Матеріали та методи: в амбулаторних умовах було обстежено 60 пацієнтів із ХП у фазі нестійкої ремісії у поєднанні із ГХ I – II стадії та 1 – 2 ступенем АГ, віком 29 – 59 років, яких поділили на 2 групи. I група – 30 хворих – отримували стандартний лікувальний комплекс (СЛ), який передбачав загальноприйняте лікування з приводу ХП і корекцію АТ за допомогою раміприлу у дозі 5-10 мг на день постійно. II група – 30 хворих – додатково до СЛ перорально приймали L-аргініну аспартат (твортін) у дозі 2 г (10 мл) двічі на день під час їди (СЛ+LA). Обстеження пацієнтів проводили до початку лікування і через 1 місяць. Контрольну групу склали 20 практично здорових людей. Визначали показники загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ХС ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ).

Результати: У всіх пацієнтів до лікування спостерігали вірогідно ($p < 0,05$) вищі показники загального ХС, ТГ, та ХС ЛПНЩ порівняно із контрольними показниками, тоді як показник ХС ЛПВЩ був значно нижчим ($p < 0,05$) від контрольного значення. Одночасно, середні значення згаданих показників не виходили за межі допустимої норми.

Рівні загального ХС і ХС ЛПНЩ у хворих I групи залишалися стабільно вищими від контрольних значень і суттєво не змінилися на фоні одержаного лікування. Спостерігали деяке зростання ХС ЛПВЩ зниження ТГ на фоні СЛ, однак ці зміни носили характер тенденції і не досягли рівня достовірності. Отже, СЛ не мав вірогідного впливу на показники ліпидограми.

Через 1 місяць після початку лікування у пацієнтів, які додатково до СЛ приймали LA, рівень загального ХС достовірно знизився ($p < 0,05$) на 8,70 % і суттєво не відрізнявся від контрольних значень. Додатковий прийом LA сприяв вірогідному ($p < 0,05$) зниженню рівня ТГ на 11,04 %, проте їх концентрація після лікування у сироватці крові пацієнтів II групи залишалась вищою від такої у групі контролю. Спостерігали зростання рівня антиатерогенної фракції ХС ЛПВЩ ($p < 0,05$) на 10,38 % на фоні СЛ+LA. Проте, концентрація ХС ЛПВЩ у сироватці крові пацієнтів II

групи після лікування не досягла рівня контрольного показника. Найбільш значний вплив СЛ+ЛА чинив на вміст атерогенної фракції ХС ЛПНЩ, сприяючи вірогідному ($p < 0,05$) зниженню їх концентрації на 12,90 %. При цьому середній показник ХС ЛПНЩ загалом по II групі знизився до рівня контролю.

Висновки: включення ЛА в комплексне лікування пацієнтів із ХП у поєднанні з ГХ має позитивний вплив на ліпідний статус хворих. Комплексний аналіз показників ліпідного спектру крові показав, що додатковий прийом ЛА сприяє зниженню ХС ЛПНЩ, ТГ, загального ХС і зростанню ХС ЛПВЩ. Найбільш чутливим показником виявився ХС ЛПНЩ, тоді як найбільш консервативним – рівень загального ХС. На тлі невеликого зниження загального ХС спостерігалися зміни всередині ліпідограми в сторону зниження відсотка атерогенних компонентів і зростання частки антиатерогенної фракції ХС.

Перспективним вважаємо дослідження впливу ЛА на інші компоненти трофологічного статусу пацієнтів із ХП і ГХ

УДК: 616.37-002-616.233-002

ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ОКИСНО-Антиоксидантного дисбалансу у хворих на Хронічний панкреатит у поєднанні з Хронічним обструктивним захворюванням легень

Бабінець Л.С., Сміян С.І., Квасніцька О.С., Криськів О.І.,
Боровик І.О.

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

Висока розповсюдженість, поліетіологічність, складність діагностики хронічного панкреатиту (ХП) обумовлює актуальність пошуку нових методів лікування. Актуальним є і часте поєднання ХП із захворюваннями інших органів, зокрема хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Дослідження, проведені в Україні і за кордоном показали

наявність спільних ланок в патогенезі обох захворювань, а саме окисно-антиоксидантного дисбалансу та порушень у складі мікробіоценозу товстої кишки (МБК). Тому метою дослідження стало вивчення ефективності поєданого використання метаболічного препарату кардонат та синбіотика біфіформ комплекс у комплексному лікуванні хворих на ХП у поєднанні із ХОЗЛ.

Обстежено 47 амбулаторних хворих на ХП у поєднанні із ХОЗЛ віком 42-86 років. Діагнози ХП і ХОЗЛ верифікували за загальноприйнятими критеріями. Стан ПОЛ-АОЗ оцінювали за вмістом малонового діальдегіду (МДА), супероксиддисмутази (СОД), церулоплазміну (ЦП), каталази та глутатіону відновленого (ГВ) в сироватці крові. МБК оцінювали бактеріологічним дослідженням фекальних мас із кількісним визначенням колоній біфідо- і лактобактерій, E.coli, УПМ, гемолітичних та інших патологічних м/о (дріжджові грибки, стафілококи та ін.) за Р.В. Епштейн-Литвак та Ф.Л. Вільшанською (1977). Група контролю – 20 здорових осіб.

Пацієнтів із ХП поділили на дві групи. I група (20 осіб) отримувала стандартну терапію (СТ) та кардонат по 1 капсулі тричі на день після їжі протягом місяця. II група (27 осіб) додатково отримувала кардонат по 1 капсулі тричі на день після їжі та біфіформ комплекс по 1 таблетці двічі на добу після їжі протягом 1 місяця. СТ ХП: регулятори моторики – спазмолітики та/або прокінетики, гастроцепін, блокатор H₂-гістамінових рецепторів або інгібітор протонної помпи, ферменти. СТ ХОЗЛ: інгаляційні β₂-агоністи та холінолітики, за необхідності теофіліни. Ефективність лікування оцінювали за динамікою показників ПОЛ-АОЗ, МБК. Результати було оброблено статистично за допомогою ПК.

Результати. У I групі пацієнтів нормальний МБК виявлено у 7 осіб (35%), порушення МБК різної глибини у – 13 (65%): ДБК I ст. – у 8 (40%), ДБК II ст. – у 3 (15%) і ДБК III ст. – у 2 осіб (10%). У II групі нормальний МБК був у 6 пацієнтів (22,2%), порушення МБК – у 21 (87,8%): ДБК I ст. – у 11 (40,7%), ДБК II ст. – у 7 (26,0%), ДБК III ст. – у 3 осіб (11%). Було виявлено достовірне зниження в обох групах пацієнтів порівняно із контролем вмісту біфідо- та лактобактерій, зміни в кількісному і якісному складі E.coli за рахунок зменшення форм із нормальними та збільшення форм із зміненими ферментативними властивостями та збільшення кількості УПМ (ентеро-, цитробактер та ін.) та патогенної флори (St. aureus, грибів Candida, гемолітичних мікроорганізмів). В обох групах до лікування спостерігались

інтенсифікація процесів ПОЛ на фоні пригнічення АОЗ: різке підвищення вмісту МДА, зниження концентрації СОД, ГВ, каталази, виражене зростання концентрації ЦП.

В динаміці лікування під впливом обох програм корекції спостерігалась достовірно позитивна динаміка усіх досліджуваних показників, однак слід відмітити достовірно більш позитивні зрушення в системах ПОЛ-АОЗ під впливом II програми корекції.

Висновки. Включення в програму корекції синбіотичного засобу біфіформ комплекс потенціувало дію метаболічного препарату кардонат. В перспективі вважаємо за доцільне вивчення ефективності у хворих на ХП у поєднанні із ХОЗЛ застосування комплексної терапії із включенням біфіформу комплекс та кардонату по впливу на трофологічні розлади, зокрема анемію, остеодефіцит і т.д.

УДК:616.37-002.036.12-06:612.015.11]-02:613.84

ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Бабінець Л.С., Пінкевич З.Я., Пінкевич Я.В., Пашкудська О.М.

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

Останніми дослідженнями у галузі медицини було переконливо доведено, що куріння є дозозалежним фактором ризику розвитку гострого і хронічного панкреатиту (ХП). Проте, механізми такого впливу недостатньо висвітлені у публікаціях. Відомо, що у патогенезі ХП важливу роль відіграє оксидативний стрес.

Мета дослідження – на основі порівняльного аналізу стану антиоксидантного статусу хворих на хронічний панкреатит, курців і некурців, дослідити вплив тютюнопаління (ТП) на стан антиоксидантних систем захисту (АОСЗ) і формування оксидативного стресу при ХП.

Матеріали і методи. Було обстежено 43 амбулаторних пацієнта із ХП у фазі нестійкої та стійкої ремісії віком 25-70 років, а також 15 практично здорових людей. Із них 23 курці і 20 некурці. Визначали рівень ТБК-активних продуктів, активність супероксиддисмутази, каталази.

Результати. У всіх хворих спостерігали підвищений рівень ТБК-активних продуктів у крові порівняно із контрольним показником. Проте, у курців його значення було на 34 % вищим порівняно із некурцями. Одночасно показники активності каталази і супероксиддисмутази були зниженими в обох дослідних групах. Проте активність каталази у групі курців була на 21 % нижчою у групі курців, одночасно активність супероксиддисмутази знижувалась на 24 % під впливом куріння.

Висновки: ТП сприяє поглибленню оксидативного стресу і зниженню АОСЗ у хворих із ХП, що може бути одним із механізмів негативного впливу ТП на перебіг ХП.

Перспективним для подальших досліджень вважаємо встановлення інших патогенетичних механізмів впливу куріння на розвиток і перебіг ХП.

УДК 616.37-002-036.2

МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Бабінець Л.С., Семенова І.В., Рябоконт С.С.

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

Остеодефіцит (ОД) при хронічному панкреатиті (ХП) може мати компоненти як остеомаляції (внаслідок гіповітамінозу вітаміну D₃), так і остеопорозу (ОП) (порушення кальцієво-фосфорного, білкового обмінів вторинно, а також внаслідок первинного ОП – вікового, постменопаузального). Актуальність проблеми розвитку ОД при ХП зумовлена розладами процесів травлення, що виявляється синдромами мальдигестії та мальабсорбції з порушенням засвоєння мінеральних і органічних речовин. Крім того, такі пацієнти змушені дотримуватися дієти, що призводить до незбалансованості харчування.

Мета дослідження: Вивчити стан кісткової тканини у хворих на ХП.

Було обстежено 54 пацієнти з ХП віком від 25 до 70 років. Їм було виконано дослідження поперекового відділу хребта за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра. Мінеральну щільність

кісткової тканини (МЩКТ) оцінювали згідно із рекомендаціями ВООЗ за відносним показником Т. Було встановлено наявність різнонаправлених змін кісткової тканини (КТ) у хворих на ХП із значним переважанням пацієнтів із зниженою кістковою масою: ОД різної глибини виявили у 75 % випадків. А саме: у 25% обстежуваних констатовано ОП, у 19 % – остеопенію (ОПе) I ст., у 13 % – ОПе II ст., у 18 % – ОПе III ст. Нормальна щільність КТ відмічалась у 15 % пацієнтів. У 10 % обстежуваних виявлено остеосклеротичні зміни КТ.

Висновок: За даними двофотонної рентгенівської денситометрії, ОД різної глибини констатовано у 75 % хворих на ХП. **У перспективі подальшого дослідження** вважаємо за доцільне запропонувати програму корекції ОД при ХП.

УДК616.37-002-036.12-06:616-056.5/-008.6]-092

МОЖЛИВОСТІ L-АРГІНІНУ ТА РОЗУВАСТАТИНУ У КРМПЛЕКСНІЙ КОРЕКЦІЇ ЛІПІДНОГО СТАТУСУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Л.С. Бабінець, Л.М. Мігенько, Б.О. Мігенько, Боцюк Н.Є.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медуніверситет
імені І.Я. Горбачевського», кафедра первинної медико-санітарної
допомоги та сімейної медицини*

При хронічному панкреатиті (ХП) часто виникають порушення ліпідного метаболізму. Вони є складовими ліпідного дистрес-синдрому. Тому корекція ліпідного статусу при ХП має бути необхідною складовою комплексного лікування, що дозволить попередити ускладнення супутньої патології та сповільнить прогресування функціональної недостатності ПЗ. **Метою дослідження** було запропонувати та обґрунтувати програми корекції ліпідних порушень при ХП.

Було обстежено 81 хворих на ХП із порушеним ліпідним обміном (ПЛО) у фазі ремісії, які за схемами медикаментозної корекції розділені на 3 групи: I група (20 хворих) – отримувала загальноприйнятий комплекс лікування (ЗЛ – група), II група (37 хворих) – ЗЛ, підсилений прийомом розувастатину в дозі 10 мг 1 раз на добу протягом 1 місяця (ЗЛ+Р), III

група (24 хворих) – ЗЛ із включенням розувастатину 10 мг 1 раз на добу та L-аргініну у дозі 15 мл 2 рази на день протягом 30 днів (ЗЛ+К+Т – група). Після лікування було відмічено достовірне покращення всього спектру ліпідних параметрів у ЗЛ+Р та ЗЛ+Р+Т групах у порівнянні із групою ЗЛ, де плазменні концентрації ліпідів змінювались незначно. Констатоване достовірне зниження рівня тригліцеридів (ТГ) у ЗЛ+Р групі на 16,6 % ($p<0,001$) у порівнянні із показниками до лікування, а у групі ЗЛ+Р+Т – на 19,2 %, ($p<0,001$), в той час як у групі ЗЛ – лише на 2,7 % ($p<0,01$). Рівень ліпопротеїдів низької густини (ЛПНГ) достовірно знижувався у групах ЗЛ+Р та ЗЛ+Р+Т у порівнянні із показниками до лікування на 26,6% і 31,4% відповідно ($p<0,001$) (у групі ЗЛ – лише на 3,4 %). Показник загального холестерину (ЗХС) після лікування у групі із включенням L-аргініну знизився на 21,7 % ($p<0,05$), що є достовірно нижче групи, де було використано лише розувастатин (18,9 %). Рівень ліпопротеїдів низької густини (ЛПВГ) достовірно підвищувався під впливом програми лікування із включенням розувастатину та L-аргініну: у групі ЗЛ+Р+Т – на 8,0 %, ($p<0,05$), у групі ЗЛ+Р – на 5,0% ($p<0,05$).

Висновок: включення розувастатину у комплекс традиційного лікування вказаної категорії пацієнтів є не тільки доцільним, але й необхідним. Достовірно кращі результати, які були отримані після лікування комплексом із включенням L-аргініну, доводять його властивість підсилювати гіполіпідемічну дію розувастатину.

УДК: 616.37-002

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ПОЄДНАННІ ІЗ СУПУТНИМ ДИСБІОЗОМ ТОВСТОЇ КИШКИ

Л.С. Бабінець, Ю.Я. Коцаба, І.О. Гніздюк
*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського»*

Хронічний панкреатит (ХП) характеризується значним зниженням якості життя (ЯЖ) і соціального статусу великої кількості хворих молодого та середнього, найбільш працездатного віку. Зниження ЯЖ у хворих ХП залежить від тривалості захворювання і частоти виникнення

загострень. На показник ЯЖ значно впливає тяжкість перенесених гострих атак панкреатиту. Крім визначення ефективності лікування, оцінка ЯЖ при ХП може також мати прогностичне значення, наприклад, для настання рецидиву захворювання. **Мета дослідження** – вивчити показники загального стану ЯЖ й оцінити його рівень у хворих на ХП у поєднанні із супутнім дисбіозом товстої кишки (ДБК). **Об'єктом** дослідження стало 35 хворих на ХП, серед яких було 18 жінок і 17 чоловіків віком від 25 до 76 років. Контрольна група 20 здорових людей. **Оцінка** досліджуваних параметрів проводилась за допомогою загального опитувальника SF-36 і спеціалізованого опитувальника гастроентерологічних хворих GSRS. Наявність ДБК визначали за методикою Р.В. Епштейн-Литвак і Ф.Л. Вільшанської (1977), а ступінь тяжкості встановлювали згідно із загальноприйнятою класифікацією (Г.І. Кузнецова 1975, І.Б. Кураєва, К.С. Ладо 1991). Аналізуючи отримані анкетні дані, встановили, що показники ЯЖ хворих були достовірно нижчими ($p < 0,05$), ніж у людей контрольної групи. Було констатовано відсутність гендерних відмінностей у показниках опитувальника SF-36 за шкалами болю, загального стану здоров'я та фізичного функціонування. Але показники рольового функціонування були нижчими у жінок. Параметри шкал, що характеризують душевне здоров'я (життєва активність, рольове емоційне функціонування та психічне здоров'я), були нижче норми і не відрізнялися за статтю. Проте значення соціального функціонування у жінок було набагато нижчим, ніж у чоловіків.

Показники шкал опитувальника GSRS всі були достовірно вищими стосовно таких групи контролю, що відображало гірший стан ЯЖ. Синдром абдомінального болю, гастральний рефлюкс та диспепсичний синдром були однієї інтенсивності як в чоловіків, так і у жінок. А діарейний синдром значно переважав серед жінок, на відміну від закріпів, які більше турбували чоловіків. Було встановлено достовірно зниження ЯЖ усіх хворих відносно контрольної групи, а також у хворих на ХП у поєднанні із ДБК стосовно хворих на ХП без ДБК переважно за компонентом фізичного здоров'я за опитувальником SF-36 (шкали рольового функціонування, фізичного функціонування, інтенсивності болю та загального стану здоров'я) та достовірно погіршення якості життя за усіма шкалами опитувальника GSRS.

Висновок. Рівень якості життя у хворих на хронічний панкреатит був достовірно нижчим стосовно такої групи контролю і погіршувався із поглибленням ступеня супутнього дисбіозу товстої кишки.

УДК: 616.5-056.3-06:616.98:578.823.12]-06:616.36/37-008.6

**ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ПЕЧІНКИ
ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ
НА АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ ЗА УМОВ ЦМВ-ІНФІКУВАННЯ**

Бакалець О.В.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Мета роботи – вивчити показники, що характеризують функцію органів гепато-біліарної зони та підшлункової залози у хворих на алергодерматози із супутньою цитомегаловірусною інфекцією та без неї.

Наявність цитомегаловірусної інфекції (ЦМВІ) проводили шляхом визначення у сироватці крові титру IgM та IgG до ЦМВ за допомогою твердофазного ензимного імуноаналізу та виявлення ДНК ЦМВ у крові та у слині методом полімеразної ланцюгової реакції.

Обстежено 114 пацієнтів з АД: 89 (78,1 %) із супутньою ЦМВІ і 25 (21,9 %) без неї.

У 49,4 % серопозитивних до ЦМВ хворих виявлено зростання досліджуваних показників, а в осіб без супутнього вірусного процесу така картина спостерігалась на 37,4 % рідше. Слід зауважити, що клінічних ознак порушення функції органів гепато-біліарної зони та підшлункової залози не було.

Спостерігали підвищену активності амілази у хворих з супутньою ЦМВІ в 3,4 рази порівняно з серонегативними до ЦМВІ хворими, зростання концентрації загального білірубіну на 38,8 %, переважно за рахунок фракції прямого білірубіну (його вміст відповідно зростав на 20 %), концентрація непрямого білірубіну у хворих з ЦМВІ була нижче на 33,9 %. Концентрація АлАТ в цієї групи пацієнтів (на відміну від неінфікованих ЦМВ хворих) перевищувала нормальні показники у 2,25 разу, АСТ – у 3,45 разу, тимолова проба – у 4,7 разу. Вміст ЛФ не перевищував допустимих значень в обох групах хворих.

У хворих з ЦМВІ частіше виявляли підвищення рівня амілази (у 15,7 %) та тимолової проби (у 17,9 %), тоді як у серонегативних – з однаковою частотою спостерігали підвищення концентрації білірубіну (обох його фракцій) та амілази. Найнижчі концентрації всіх досліджуваних біохімічних показників було виявлено у хворих з активною гострою ЦМВІ, а найвищі – у хворих з хронічною формою цієї інфекції. Це свідчить

про наростання змін функції печінки та підшлункової залози залежно від тривалості вірусного процесу.

Слід зауважити, що в осіб з підвищеним рівнем Ig G до ЦМВ виявлено одночасне підвищення рівня білірубину загального, непрямого, АЛТ, АСТ. У хворих при загостренні хронічного вірусного процесу у 40 % осіб підвищення рівня білірубину відбувалось за рахунок фракції непрямого, у 12 % хворих спостерігалось одночасне збільшення білірубину та тимолової проби.

Для виключення ймовірності інфікування HBS та HCV визначили їх в крові: Ig M HCV визначено у 2-х осіб інфікованих ЦМВ, причому в одного з них був підвищений лише рівень амілази, а в іншого всі біохімічні показники не виходили за межі норми. У 1-ї особи визначено HBS Ag на тлі підвищення рівня тимолової проби. Але при проведенні ПЦР на визначення геномів відповідних вірусів, їх результати були негативними. Серед неінфікованих ЦМВ хворих HBS та HCV не було.

Одержані результати свідчать про наявність прихованої дисфункції печінки та підшлункової залози у хворих на алергодерматози із супутньою цитомегаловірусною інфекцією, яка може бути наслідком вірусного ураження цих органів, що, в свою чергу, вказує на доцільність включення противірусної терапії в комплексне лікування таких хворих.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПРОГНОЗУВАННІ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Богущ Х.В.

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

Вступ. Серед проблем світової медицини цукровий діабет (ЦД) посідає одне з провідних місць. З огляду на неухильне зростання частоти захворювання, ранню інвалідизацію та високу смертність Сент-Вінцентська декларація закріпила пріоритетність ЦД у національних програмах охорони здоров'я в усіх без винятку країнах світу. Медико-соціальне значення ЦД визначається не тільки його великою поширеністю й тенденцією до подальшого збільшення числа хворих, але й тим збитком, що завдає ЦД

суспільству. У першу чергу це стосується патології серцево-судинної системи, що є головною причиною інвалідності та смертності хворих.

Мета дослідження. Розробити та обґрунтувати спосіб прогнозування втрати працездатності у хворих на ЦД залежно від ступеня ураження серцево-судинної системи.

Методи дослідження. Визначалися показники, що ускладнюють перебіг захворювання та сприяють інвалідизації: підвищений артеріальний тиск (АТ), наявність ішемічної хвороби серця (ІХС), перенесений інфаркт міокарда (ІМ), порушення мозкового кровообігу, діабетична ангіопатія нижніх кінцівок, ретинопатія, дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ). Для прогнозування ступеня обмеження життєдіяльності розроблена математична формула, у якій враховується величина впливу показників, що ускладнюють перебіг захворювання та сприяють інвалідизації.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними медико-експертної документації частка осіб із серцево-судинною патологією становила 72,4 %. Для визначення відносної величини впливу окремого показника, що впливає на інвалідизацію, введено ваговий коефіцієнт у балах. Величини коефіцієнтів отримані методом експертних оцінок. Шкала вимірювання окремого показника підібрана таким чином, що його вплив змінюється лінійно, по наростаючій. Для кожного показника введено можливий діапазон його зміни — максимальне й мінімальне значення.

Результуючу формулу шукаємо у вигляді:

$$y = \sum_{i=1}^N C_i, \quad (1)$$

Цю величину знайдемо методом інтерполяції меж діапазону показника й величини його вагового коефіцієнта (при цьому величина вагового коефіцієнта відповідає верхній межі діапазону; для нижньої межі вплив вважаємо нульовим)

$$C = \frac{(X - ParMin) \cdot ValMax}{(ParMax - ParMin)}, \quad (2) \quad ValMax = \frac{Koeff}{\sum_{i=1}^N Koeff} \cdot 100\%,$$

Висновки

1. Запропонована методика визначення стану серцево-судинної системи у хворих на ЦД дозволяє оптимізувати й об'єктивізувати огляд хворих при вирішенні медико-соціальних експертних питань.

2. Використання методики дає можливість корекції реабілітаційних заходів та прогнозування показників інвалідності.

УДК: 616-002.5:614(477)(094)

**ВПЛИВ НАСЛІДКІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ
КАТАСТРОФИ НА ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ
ТА ЗАНЕДБАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІННИЦЬКІЙ
ОБЛАСТІ В 1986-2000 РОКАХ.**

Л. І. Борисова

*Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології
Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова*

Аварія на Чорнобильській АЕС призвела до значного погіршення екологічної ситуації в області, що могло вплинути на епідеміологічні показники з туберкульозу (ТБ). Саме тому **метою нашої роботи** було оцінити ситуацію з ТБ у забруднених радіонуклідами та «чистих» районах області в 1986-2000 рр.

Методи та результати дослідження: За вказані роки загальна захворюваність на ТБ зростає з $39,0 \pm 2,1$ в I п'ятирічці (1986-1990 рр.) до $40,0 \pm 2,0$ на 100 тис. населення в III п'ятирічці (1996-2000 рр.), а в забруднених районах – з $42,5 \pm 2,1$ до $45,7 \pm 2,1$ на 100 тис. населення відповідно з I по III п'ятирічки. Проте зростала вона по різному. Серед мешканців відносно «чистих» районів продовжував зменшуватись рівень захворюваності і в II п'ятирічці (1991-1995 рр.) становив $28,9 \pm 1,5$ на 100 тис. населення ($p < 0,001$), хоча надалі почав достовірно ($p < 0,001$) зростати в III п'ятирічці і досяг $40,0 \pm 2,0$ на 100 тис. населення. Серед проживаючого в забруднених зонах населення в був достовірний приріст захворюваності з $37,4 \pm 1,5$ в II п'ятирічці до $45,7 \pm 2,1$ ($p < 0,01$) на 100 тис. населення в III п'ятирічці. Отже, порівнюючи показники між забрудненими та незабрудненими районами достовірна різниця ($p < 0,01$) в бік їх збільшення була виявлена нами лише в II п'ятирічці на радіоактивно забруднених територіях.

Захворюваність на легеневі форми ТБ зростала подібно до загальної і становила на 1996-2000 рр. у «чистих» та забруднених регіонах $35,6 \pm 1,9$ і $42,8 \pm 2,4$ на 100 тис. населення відповідно проти $31,7 \pm 1,7$ і $36,4 \pm 2,1$ у 1986-1990 роках. Серед мешканців незабруднених територій також в II п'ятирічці було достовірним ($p < 0,01$) зниження захворюваності на легеневий ТБ до $26,1 \pm 1,4$ на 100 тис. населення і подальше його зростання в III ($p < 0,001$) п'ятирічці до $35,6 \pm 1,9$ на 100 тис. населення. У жителів забруднених територій в II п'ятирічці зниження показників не

відмічено, але вона достовірно зросла в III ($p < 0,001$) п'ятирічку до $42,8 \pm 2,4$ на 100 тис. населення. При порівнянні показників між різними районами Вінницької області достовірна різниця ($p < 0,025$) була виявлена лише в II п'ятирічці в бік збільшення показників саме на радіоактивно забруднених територіях. Показники бактеріального ТБ до 1992 року не обліковувалися, але починаючи II п'ятирічки в незабруднених районах достовірних змін його не виявлено, тоді як серед мешканців зон радіоекологічного контролю були виявлені достовірні зміни даного показника (з $21,1 \pm 1,0$ до $25,0 \pm 1,2$ на 100 тис. населення) в III ($p < 0,01$) п'ятирічці. При порівнянні показників нами виявлена достовірна різниця в II ($p < 0,005$) і III ($p < 0,005$) п'ятирічках в бік їх збільшення саме на забруднених територіях. Кількість деструктивного туберкульозу в забруднених районах області також почала зростати починаючи з 1986 року. Нами не було виявлено достовірної різниці для цього показника у відносно «чистих» районах області, тоді як серед жителів зон радіоекологічного контролю за цей час він достовірно ($p > 0,05$) зріс (з $14,4 \pm 1,4$ до $19,9 \pm 1,0$ на 100 тис. населення). При порівнянні показників деструктивного ТБ в забруднених та незабруднених районах достовірна різниця була виявлена в II ($p < 0,01$) і III ($p < 0,001$) п'ятирічках в бік збільшення показників на забруднених територіях.

Висновки.

1. В перші п'ять років після аварії на ЧАЕС особливих відмінностей між епідеміологічними показниками з ТБ в не виявлено.
2. В 1991-2000 рр в забруднених та незабруднених районах області виявлені суттєві відмінності за показниками (захворюваність загальна та на легеневий ТБ, бактеріальний та деструктивний ТБ).
3. Епідеміологічна ситуація з ТБ в країні вимагає подальшого моніторингу серед мешканців різних районів Вінницької області.

УДК 616. 36:002:036. 12:085. 371

**ВІРЕМІЯ, ІНДУКОВАНА КОМБІНОВАНИМ
ПРЕВЕНТИВНИМ ЛІКУВАННЯМ ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ З ВИКОРИСТАННЯМ
ПРОТЕФЛАЗИДУ, ІНТЕРФЕРОНУ Б2В, АМІЗОНУ
ТА ЕРБІСОЛУ, – ВАГОМИЙ МОДЕРАТОР ВІЯВЛЕННЯ
В КРОВІ ДНК НВV І РНК НСV З ДОПОМОГОЮ ПЛР**

Б. Г. Бугай, С. М. Андрейчин, М. В. Члек

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

Актуальність теми. Епідемія парентеральних вірусних гепатитів в Україні перебігає як прихована, а дані офіційної статистики не відображають її реальних обсягів. Ситуація постійно погіршується через відсутність національних програм протидії. А медичний персонал і хворі не завжди поінформовані в тонкощах їх діагностики з використанням сучасних методик, включно з полімеразною ланцюговою реакцією (ПЛР).

Мета роботи. Покращити результативність ПЛР в діагностиці хронічних вірусних гепатитів (ХВГ) шляхом проведення превентивної протівірусної терапії.

Матеріали і методи дослідження. Спостерігали 220 хворих на ХВГ (107 чоловіків і 113 жінок). На підставі якісних і кількісних показників полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та імуноферментного аналізу крові (ІФА) НВV виявили в 78, НСV – 77, НВV+НСV – у 65 осіб. Крім гепатобіліарної симптоматики, мали місце ознаки поліморбідності з залученням в патологічний процес інших органів і систем.

Основні результати. В останнє десятиліття в практику лікувально-профілактичних закладів впроваджені високоінформативні методи діагностики ХВГ, серед яких провідне місце посідає ПЛР, діагностичним матеріалом для якої є, головним чином, кров. Реакція буває позитивною тільки при наявності вірусу і тоді лікарі діагностують той чи інший гепатит у фазі реплікації. Негативний результат розцінюють як відсутність вірусного ураження печінки та інших органів. А між тим, є ситуації, коли ДНК НВV і РНК НСV можна виявити лише в біоптатах печінки (27 і 32 % відповідно).

Але за останні 10 років наших спостережень лише 2 пацієнти пройшли цю процедуру вимушено в онкодиспансері з приводу гепатоцелюлярної карциноми. Та практика лікування таких хворих підказала неінвазивний спосіб досягнення позитивних результатів шляхом медикаментозної індукції віремії.

Через 2-4 місяці від початку лікування з приводу ХВГ, у 48 із 137 (35 %) хворих відмічали погіршення самопочуття з ознаками інтоксикаційного синдрому, що викликало у них психоемоційний зрив і апатичне ставлення до перспективи лікування. А повторні дослідження крові з допомогою ПЛР виявляли вже замість одного два віруси (всього 10 випадків), а також зростання числа копій вірусів в одному мл крові. Здебільшого тим другим вірусом був вірус гепатиту С. Тому такий підхід ми використали ще стосовно 36 хворих, серед яких у 22 діагноз ХВГ перед тим був відхилений внаслідок негативної ПЛР, але після превентивної терапії протягом щонайменше одного місяця виявляли один або два віруси гепатитів В і С.

Така ситуація, з нашої точки зору, зумовлена, поступленням в русло крові нуклеїнових кислот вірусів зі зруйнованих внаслідок імунологічного конфлікту клітин-мішеней, в тому числі і з гепатоцитів. Як показали наші спостереження, цей феномен є прогностично кращий на шляху до настання клінічного одужання. Але цих хворих необхідно попередити про такий ровиток подій і застерегти від можливого бажання припинити лікування.

Висновки. 1. У понад 25 % хворих на ХГ В та понад 32 % хворих на ХГ С віремія відсутня, а ДНК HBV і РНК HCV виявляють лише в біоптатах печінки.

2. Превентивна терапія хворих на ХГ з використанням протівірусних препаратів (протекфлазил, інтерферон б2b, амізон ербісоло) на тлі гепатопротекторів (тіотриазолін і дарсил) індукує віремію і підвищує інформативність ПЛР за рахунок верифікації збудника хвороби.

Перспективи подальших досліджень. Дослідження можуть бути продовжені в контексті пошуку нових та ефективних протівірусних препаратів та використання ПЛР без пункційної біопсії печінки.

**ПРОТЕФЛАЗИД: ДОСВІД ДЕСЯТИЛІТНЬОГО
ЗАСТОСУВАННЯ В ТЕРАПІ ПЕЧІНКОВИХ
ТА ПОЗАПЕЧІНКОВИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ**

Б. Г. Бугай, Т. Ю. Чернець, М. В. Члек, О.Л. Хайко

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

Актуальність теми. Хронічні вірусні гепатити (ХВГ) є важливою проблемою медичного і соціального значення на всіх заселених континентах нашої планети, в тому ж числі й в Україні, де кожний п'ятий житель має цю патологію. Тому набирає особливої ваги питання їх лікування в контексті новітніх досягнень науки та практичної медицини. Традиційна для реплікативної фази інтерферонотерапія цих гепатитів не відповідає повністю критеріям ефективності та безпеки, бо супроводжується побічними впливами та ускладненнями у 72 % випадків. Є доказаним факт великої переваги комбінованої терапії над монотерапією інтерфероном і вона рекомендована для практичного застосування.

Мета роботи. Вивчити клініко-лабораторну ефективність поєднаної (протефлазид, інтерферон б2b, ербісол, амізон, тіотриазолін, дарсил) терапії хворих на ХВГ, розробивши оптимальну схему їх лікування.

Матеріали і методи дослідження. Спостерігали 220 хворих на ХВГ (107 чоловіків і 113 жінок). На підставі полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та імуноферментного аналізу крові (ІФА) HBV виявили в 78, HCV – 77, HBV+HCV – у 65 осіб. Крім гепатобіліарної симптоматики, мали місце ознаки поліморбідності з залученням в патологічний процес інших органів і систем.

Основні результати. Протягом десяти років ми апробували 4 схеми противірусної терапії у 173 хворих на ХВГ. Зокрема, в першій групі (n=20) на початку наших спостережень використовували монотерапію інтерфероном б2b дом'язово по 3 млн ОД тривалістю до 2 років. Представники другої групи (n=43) додатково приймали ще й амізон по 0,25 4 рази на добу протягом 1 місяця та ербісол по 2 мл дом'язово 1 раз на добу протягом 1 місяця щоквартально, а в третій групі хворих (n=74)

цей арсенал поповнили ще й протефлазидом (по 5 крапель 3 рази на добу тривалістю до 2 років. У четвертій групі хворих (n=36) застосовували ті ж самі препарати, що і в третій, але парентеральний інтерферон (лаферон) замінили на ентеральний (ліпоферон).

Основним показником ефективності лікування рахували елімінацію з крові ДНК HBV і РНК HCV. В кожній із груп по порядку вона наставала відповідно (у % випадків): 33 і 0/ 38 і 23/ 70 і 30/ 73 і 45 ($\chi^2_{\text{емп}}=63,8$, $p<0,01$). Разом з тим, така комплексна протівірусна терапія HBV– і HCV-інфекцій (та їх поєднань) в третій групі була успішнішою, ніж у двох попередніх, не тільки стосовно ГБС, а й інших поєднаних патологічних проявів, що мали місце у цих хворих, а з пероральним інтерфероном (четверта група) – позбавлена від ускладнень.

Важливим також є те, що таке лікування в рази дешевше від тих медикаментозних комплексів, які є сьогодні чинними в західних країнах.

Отримані результати дозволяють зробити наступні **висновки**:

1. Лікування хворих на хронічні вірусні гепатити повинно бути багатокомпонентним і тривалим (до 2 і більше років), а інколи й позитивним.

2. Терапія за запропонованою нами схемою (паротефлазид в поєднанні з пероральним інтерфероном б2b, амізоном та ербісолом на тлі гепатопротекторів тіотриазоліну і дарсилу) є досить ефективною, має значно менше побічних впливів та в декілька разів дешевша і доступніша, ніж з використанням парентеральних інтерферонів в поднанні з рибавірином та ламівудином.

Перспективи подальших досліджень полягають в тому, щоб виробити тактичні заходи стосовно своєчасної діагностики рецидивів хвороби внаслідок активзації існуючих вірусів чи повторного зараження новими, і в цьому контексті не спізнитися з повторним лікуванням.

УДК 616.12-008.331.1-085.272.4-021.385

**АТОРВАСТАТИН КАЛЬЦІУ – ЗАСІБ ОРГАНОПРОТЕКЦІЇ
В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З
АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

В. В. Буряк¹, В. С. Вишнякова², А. В. Проценко²

¹ *Запорізький державний медичний університет*

² *КУ «6-а міська клінічна лікарня», м. Запоріжжя*

Одними з найбільш зустріваних причин хронічного порушення мозкового кровообігу є атеросклероз церебральних артерій та артеріальна гіпертензія (АГ). При цьому адекватна антигіпертензивна терапія є одним з найбільш важливих етіотропних заходів лікування. Патогенетичний підхід передбачає комплексне використання препаратів ацетилсаліцилової кислоти та статинів.

Мета дослідження: виявити органопротективний ефект статинів у пацієнтів з АГ.

Матеріали і методи: в дослідження було включено 50 пацієнтів з АГ, які склали першу клінічну групу і протягом 26 тижнів отримували амлодипіну бесилат 10 мг/добу та ацетилсаліцилову кислоту 100 мг/добу. Другу клінічну групу становили 50 пацієнтів з АГ, які додатково отримували аторвастатин кальцію 20 мг/добу. Стан васкулярного ремоделювання вивчали за допомогою ультразвукової доплерографії шляхом визначення товщини інтимо-медіального сегменту (ТІМС) загальної сонної артерії (ЗСА).

Отримані результати: до початку лікування у хворих першої та другої груп ТІМС ЗСА була порівняно – $1,04 \pm 0,03$ мм та $1,04 \pm 0,02$ мм відповідно. На тлі вищезазначеної терапії ТІМС ЗСА у пацієнтів першої та другої клінічних груп становила $1,0 \pm 0,02$ мм і $0,91 \pm 0,02$ мм відповідно, що свідчило про вірогідне зменшення даного показника на 12,5% ($p < 0,001$) виключно у представників другої клінічної групи.

Висновки: додатковий прийом аторвастатину кальцію сприяє вірогідній реверсії патологічного судинного ремоделювання і може бути використаний в якості адитивного компонента в комплексній терапії пацієнтів з артеріальною гіпертензією з метою оптимізації органопротективного ефекту.

УДК 616.329/.33-002-06:616.379-008.65]-036.2-036-08

**ГАСТРОЕЗОФАГЕНАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА
У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ:
ПОШИРЕНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО
ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ**

В.І.Вдовиченко, Нкадмі Джігед, А.Л.Демидова

*Львівський національний медичний університет
ім.Данила Галицькогонов .М., 2010)*

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) відноситься до найпоширеніших страждань людини і охоплює до 40-60% загальної популяції в країнах Європи, США та України (Бабак О.Я., Колесникова Е.В., 2012). Цукровий діабет (ЦД), особливо його 2 тип, має місце у 1-2% мешканців і призводить до порушення усіх видів обміну речовин, нефропатії, ураження серцево-судинної, а також і травної систем (Осипенко М.Ф., 2008). Однак поширеність поєднання ГЕРХ та ЦД лишається невивченою (Федів О.І., 2010). Труднощі діагностики ГЕРХ у хворих на ЦД пов'язані з часто безсимптомним її перебігом (Сиротин Б.З. и соавт., 2009). Недостатньо вивчені ендоскопічні та гістологічні особливості слизової оболонки (СО) стравоходу у таких хворих (Степанов Ю.М., 2010). Лишається нез'ясованою лікувальна тактика в разі поєднання згаданих страждань.

Мета роботи – вивчити поширеність ГЕРХ у хворих на ЦД 2 типу, особливості клінічної картини, ендоскопічних та гістологічних даних, розробити лікувальний комплекс, перевіривши його ефективність і безпечність.

Матеріали і методи. Аналізувались результати анкетування 575 хворих (з них 393 з ЦД, 182 – без ЦД). Безпосередньо спостерігались 133 хворих, з яких 77 мали ЦД, а 56 на ЦД не хворіли (контрольна група). Хворим окрім загальноклінічних обстежень виконувалась ендоскопія з біопсією СО дистального відділу стравоходу з наступним фарбуванням і мікроскопією зрізів, 3-годинна внутрішньо стравохідна рН-метрія за В.М.Чорнобровим (2006). Для оцінки ефективності лікування спостерігались 90 хворих на ГЕРХ та ЦД. Хворі отримували, окрім протидіабетичного лікування, омепразол (лозепразол) по 20 мг двічі, ітоприду гідрохлорид (ітомед) по 50 мг тричі на день, а в разі

дуоденогастрального рефлексу (ДГР) – додатково урсодезоксихолеву кислоти (урсосан, PRO.MED.CS Praha) по 250 мг двічі-тричі на день залежно від маси тіла впродовж 4 тижнів при неерозивній і 8 тижнів при ерозивній формі ГЕРХ.

Отримані результати і обговорення. Поширеність ГЕРХ за типовими скаргами (печія) в популяції не залежить від наявності ЦД і становить 75,8% (в контролі 70,9%, $p>0,05$). Другорядні скарги (гикавка, осиплість голосу, відчуття «комка» в горлі) були вдвічі частіше у пацієнтів з ЦД. Позастравохідні прояви ГЕРХ (нічні кардіалгія, кашель, задуха) в 3-7 разів були частішими у хворих на ЦД ($p<0,05$). Частота ерозивного ураження стравоходу не залежала від наявності у хворого ЦД (28,6% і 35,1%, $p>0,05$). З гістологічних ознак, властивих ГЕРХ, більшість має місце у хворих на ЦД. Як показали наші спостереження, під впливом лікування лозепразолом та ітомедом частота головних симптомів ГЕРХ зменшилась в 4-5 разів, а після терапії комбінацією їх з урсосаном при ДГР – в 10 разів. Ефективність загоєння ерозій стравоходу у хворих на ЦД за 4 тижні лікування складала 54,5%, тобто довше ніж в контролі. Цей факт свідчить про необхідність здовження лікування ерозивної ГЕРХ згаданими медикаментами.

Висновки. Поширеність ГЕРХ за типовими скаргами серед хворих на ЦД становить 75,8%, а позастрвохідних його проявів – 30-43,5%. Більш частими при ЦД є гістологічні ознаки ГЕРХ при аналізі біоптатів СО дистального відділу стравоходу. Лікування комбінацією ласопразолу та ітомеду за відсутності ДГР та з додаванням урсосану при ДГР є ефективним і безпечним, але при ерозивній формі ГЕРХ вимагає здовження вдвоє тривалості лікування.

УДК 616.34-008.87+616.33-002.44

**ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ
ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ З ВИКОРИСТАННЯМ
ПРОКСИУМУ ТА ЛАЦИУМУ**

В.І.Вдовиченко, О.О.Меренцова, А.Л. Демидова, О.А.Бідюк,
Л.П.Лужецька, Н.Л.Копій, Л.Б.Сич

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

У відповідності до останніх Маастрихтських консенсусів, найбільш ефективними схемами потрібної ерадикаційної терапії вважаються комбінація будь-якого блокатору водневої помпи, амоксициліну та кларитроміцину (метронідазолу) впродовж 7-10 днів. Однак ефективність ерадикації в останні роки зменшилась до 70% (Захарова Н.В., 2006), що вимагає корекції лікувальної тактики: подвоєння дози ІПП, здовження тривалості лікування до 10-14 днів, додавання колоїдного вісмуту, включення в схему пробіотиків (Маев І.В. и соавт., 2012).

Мета роботи – вивчити ефективність та безпечність стандартної потрібної терапії, в складі якої в якості ІПП міститься пантопразол (проксиум), та додано пробіотик лаціум.

Матеріали і методи. Спостерігалось 25 хворих (жінок 16, чоловіків 9) віком від 20 до 61 року. У всіх пацієнтів мали місце клінічні та ендоскопічні дані за виразку (19 хворих) та ерозії (6 осіб) шлунка і дванадцятипалої кишки. На У всіх пацієнтів мали місце клінічні прояви і ендоскопічні дані за виразку (19 пацієнтів) ерозії (6 осіб) шлунка і дванадцятипалої кишки. Наявність гелікобактерної інфекції встановлювалась за наявності антигену бактерії в калі експрес-стул тестом. Призначались проксиум по 40 мг двічі на день та антибіотики – кларитроміцин по 500 мг та амоксицилін по 1000 мг двічі на день впродовж 7 днів. Одночасно із згаданими засобами хворі приймали лаціум по 1 саше двічі на день протягом 14 днів. Через 1 місяць після закінчення лікування хворим виконувався повторний стул-тест, за яким оцінювали ефективність ерадикації.

Контролем була група з 20 хворих на пептичну виразку, яка приймала потрібну терапію в складі омепразолу, кларитроміцину та амоксициліну 7 днів.

Отримані результати та їх обговорення. Як показали наші дослідження, під впливом проведеного лікування ефективність ерадикації гелікобактерної інфекції в контрольній групі становила 70% (ерадикація відбулась у 14 з 20 пацієнтів). В основній групі, в якій хворі отримували Проксіум та Лаціум, ефективність ерадикації становила 92% (ерадикація відбулась у 23 з 25 хворих).

В контрольній групі прояви кишкової диспепсії до лікування мали майже кожний третій хворий: болі по ходу кишки – 35%, метеоризм – 30%, діарею – 25%, закрепи -15%, чергування закрепів і діареї – 5%. Подібні прояви до лікування мали і хворі основної групи.

Після стандартного лікування хворих контрольної групи прояви кишкової диспепсії посилились. Так, кількість хворих, що скаржились на болі по ходу кишки зросла з 35 до 40%, метеоризм – з 30 до 45%, діарею – з 25 до 35%, закрепи – з 15 до 20%, чергування діареї і закрепів – з 5 до 15%.

Натомість в основній групі під впливом лікування з використанням лаціума прояви кишкової диспепсії не тільки не виникали, а навпаки зникли (болі по ходу кишки, діарея, закрепи, їх чергування) або зменшились (метеоризм).

Висновки

1. Включення до складу потрібної антигелікобактерної терапії (амоксицилін, кларитроміцин та ППП) лаціума підвищує ефективність ерадикації інфекції з 76% до 92% за рахунок антагоністичних взаємовідносин гелікобактера та бактеріальних штамів препарату.

2. Використання проксіуму в якості ППП замість омепразолу сприяє більшій ефективності лікування через відсутність конкуренції цього препарату з іншими компонентами лікувального режиму.

УДК: 616-091.8:616.76:616.33:616-003.072:616.33-006

**ВИКОРИСТАННЯ ЛЕКТИНОГІСТОХІМІЧНОГО
МЕТОДУ В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ
КИШКОВОЇ МЕТАПЛАЗІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
ШЛУНКА**

Вернигородський С.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Центральне місце у проблемі передракових станів шлунка займає хронічний атрофічний гастрит (ХАГ). Вуглеводні детермінанти глікопротеїнів слизової оболонки шлунка та їх участь в неопластичній трансформації при метапластичних, атрофічних та диспластичних змінах, залишаються недостатньо вивченими як морфологами, так і клініцистами.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей секреції слизу та розподілу лектинових рецепторів в епітеліоцитах слизової оболонки шлунка при повній та неповній кишковій метаплазії у хворих з передраковими станами та на рак шлунка.

Матеріали та методи

Вивчено 144 гастробіопсійних та післяопераційних випадки. Вік обстежених хворих коливався від 19 до 69 років і складав в середньому $42,7 \pm 1,15$ років. Парафінові зрізи товщиною 5-7 мкм фарбували гематоксиліном і еозином, реактивом Шиффа в поєднанні з альціановим синім (рН 1,0 та 2,5), альдегід-фуксином у поєднанні з альціановим синім, а також залізодіаміновим (НІД) методом за Спайсером для верифікації різних типів метаплазії слизової оболонки шлунка (СОШ). Крім того, проводили реакцію з лектинами різної вуглеводної специфічності, міченими пероксидазою хрому, отриманими в лабораторії "Лектинотест" Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

Результати. Обговорення

WGA-лектин є одним з основних прогностично значимих лектинів, який виявив у нашому дослідженні не тільки спорідненість до GlcNAc (N-ацетил-глюкозаміну), але й до сіалових кислот.

WGA-лектин разом з HPA, ConA та SNA-лектинами може бути використаний в диференційній діагностиці повної та неповної кишкової метаплазії. В той час як WGA-лектин підсилює свою афінність при неповній кишковій метаплазії (КМ), SNA та HPA-лектини редукуються в гранулах

келихоподібних клітин та призматичних епітеліоцитах при збереженні реакції в ділянках з повною кишковою метаплазією. ConA – лектин, який в більшості випадків виявляв слабопозитивну реакцію на люмінальній поверхні ПЯЕ при неповній КМ був негативним у випадках з повною КМ. Присутність WGA та ConA-лектинів в епітеліоцитах серед келихоподібних клітин свідчить про змішаний гастро-інтестинальний тип кишкової метаплазії, або неповну КМ.

Подальше вивчення закономірностей експресії рецепторів лектинів може сприяти покращенню діагностично-прогностичних критеріїв, розширенню існуючих уявлень про патогенетичні механізми передракових станів СОШ.

УДК 616-08+616.36+616.36-002

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ФОРМ АНТАЦИДІВ У ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Вишиванюк В.Ю., Скробач Н.В., Шаповал О.А., Попадинець І.Р.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Найчастіша скарга, яка турбує пацієнтів з гастроєзофагальною рефлексною хворобою (ГЕРХ), це печія. Вона є не лише неприємним відчуттям, а й значно погіршує якість життя хворих, знижує працездатність, сама стає причиною стресу. Крім того, за даними сучасних популяційних досліджень, ГЕРХ може бути сприятливим ґрунтом для виникнення новоутворів стравоходу. Тому швидке і своєчасне купування відчуття печіння за грудиною є важливим компонентом якісної терапії цього недугу. Тому метою дослідження стало вивчити ефективність різних форм антацидів у терапії хворих на неерозивну ГЕРХ.

Нами обстежено 40 хворих (середній вік 35,8 роки, мужчин – 16, жінок – 24) з неерозивною ГЕРХ ступеня А. У всіх пацієнтів виявлялися скарги на періодичну печію (від 2-3 разів на день до 2-3 разів на тиждень) різної інтенсивності. Основними сприяючими чинниками були: стрес, хвилювання – у 38 (95,0%) хворих, гостра їжа – у 37 (92,5%), вживання кави, міцного чаю, шоколаду – у 35 (87,5%), переїдання – у 28 (70,0%)

хворих. Серед обстежених частіше зустрічалися денні епізоди печії – у 26 (65,0%) пацієнтів, у решти вона була більш виражена вночі і змушувала хворих прокидатися.

Усі хворі були розділені на дві групи по 20 осіб: 1 група приймала жувальні таблетки «Гавіскон» при потребі, 2 група – «Гавіскон» у вигляді гелю. В результаті дослідження виявлено, що настання ефекту при застосуванні таблеток відбувалося через $25,8 \pm 7,6$ хвилин, тоді як після вживання гелю – $16,4 \pm 4,3$ хвилини. Тривалість дії препарату в 1 групі перевищував її в 2 групі на $2,1 \pm 0,4$ год. У пацієнтів із нічними епізодами печії кращу ефективність виявила таблетована форма препарату, а при денних, коли необхідна швидка, але не обов'язково тривала дія – засіб у формі гелю.

Таким чином, різні форми випуску препарату «Гавіскон» виявили високу клінічну ефективність і можуть бути рекомендовані у терапії хворих на неерозивну форму ГЕРХ.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ

Гаврилюк А.О., Король Т.М., Бенедіктова Н.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність. Хронічні вірусні гепатити (ХВГ) є актуальною проблемою сучасної клінічної медицини як в Україні, так і в світі завдяки їх широкій поширеності та прогресивному перебігу з розвитком важких ускладнень. За оцінками експертів ВООЗ, у світі біля 180 млн. осіб страждають на хронічну HCV-інфекцію, а 350 тис. щорічно помирають від її наслідків. На ХВГ В страждає біля 400 млн. громадян планети і щорічно 500-700 тис. осіб помирають внаслідок цієї інфекції. Значна медична і соціальна небезпека широкого розповсюдження хронічних гепатитів обумовлена також і тим, що у 25-30% хворих захворювання прогресує з розвитком фіброзу, цирозу та раку печінки.

Не з'ясованим також залишається питання щодо оцінки активності печінкового запалення у пацієнтів з постійно нормальними рівнями трансаміназ, які складають вагомую частку хворих на ХВГ.

Мета дослідження. Вивчення зв'язку між морфологічними та біохімічними показниками активності запалення у хворих на ХВГ В, С та В+С.

Матеріали і методи. Було обстежено 255 хворих на ХВГ В, С та В+С, які перебували на амбулаторному або стаціонарному лікуванні у гепатологічному центрі Запорізької області та Вінницькому міському гепатологічному центрі. Усім хворим була проведена черезшкірна трепанобіопсія печінки з подальшим морфологічним дослідженням біоптатів та визначенням індексу гістологічної активності (ІГА) за Knodell R.G., Desmet V. С. та стадії фіброзу печінки за METAVIR. Активність трансаміназ сироватки крові визначали загально прийнятим фотометричним методом, вміст прозапальних цитокінів інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) та фактора некрозу пухлини-альфа (ФНП-6) – імуноферментним методом з використанням тест-систем BSM Diagnostics. Статистичну обробку даних проводили в «MS Excel XP».

Результати. Обговорення. Провідним клінічним критерієм оцінки активності запального процесу в печінці при ХВГ є активність трансаміназ сироватки крові. У хворих на ХВГ С з мінімальною та низькою гістологічною активністю гепатиту рівні АЛТ та АСТ в сироватці крові практично не відрізнялись і вірогідно зростали лише у пацієнтів з помірною гістологічною активністю. У хворих на ХВГ С з високою активністю некрозапальних змін рівень АЛТ сироватки крові був практично вдвічі вищим від такого у пацієнтів з мінімальною та низькою активністю та вірогідно (на 48%) вищим від такого у пацієнтів з помірною активністю. При ХВГ В вірогідне зростання рівнів трансаміназ також виявлялось у хворих з ІГА 9-12 балів. В той же час при мікст-гепатиті В+С істотне зростання рівнів АЛТ та АСТ мало місце лише у пацієнтів з ІГА 13-18 балів, тоді як у пацієнтів з мінімально, низькою та помірною гістологічною активністю рівні трансаміназ були практично співставними.

Отримані нами дані засвідчують, що мінімальна клінічна симптоматика хвороби та відсутність гіперферментемії, яка традиційно асоціюється із ступенем активності гепатиту, не дозволяють оцінити дійсний характер ураження печінки.

Результати наших досліджень показали, що активність трансаміназ сироватки крові хворих на ХВГ С та ХВГ В слабо корелює із сумарним індексом гістологічної активності ($r=0,42 - 0,36$) та важкістю перипортальних / мостовидних некрозів ($r=0,51 - 0,39$). Активність трансаміназ у хворих на мікст гепатит В+С вірогідно не корелює із

сумарним індексом гістологічної активності та його компонентами. Більше ніж у чверті хворих на ХВГ реєструються постійно нормальні рівні трансаміназ сироватки крові. У 25% хворих на ХВГ С, 29% хворих на ХВГ В та 50% хворих на ХВГ В+С з нормальними рівнями трансаміназ ІГА при біопсії виявляється помірна та висока активність запального процесу (більше 9 балів). Рівні прозапальних цитокінів ІЛ-6 та ФНП-6 у хворих на ХВГ В, С та В+С більш тісно корелюють із сумарним індексом гістологічної активності ($r=0,43 - 0,54$), ніж рівні трансаміназ сироватки крові. Вміст ІЛ-6 виявляв більші за модулем зв'язки із активністю портального запалення ($r=0,57 - 0,60$), вміст ФНП-6 – із важкістю перипортальних / мостовидних некрозів ($r=0,50 - 0,57$).

Перспективним напрямком подальших досліджень є, з одного боку, пошук неінвазивних методів оцінки активності печінкового запалення, з іншого боку, – створення нових підходів до аналізу біоптатів та визначення основних напрямків прогресування хронічних гепатитів, що дозволить в майбутньому оптимізувати існуючі підходи до прогнозування перебігу захворювання.

УДК:616.24-002.5-08

УДОСКОНАЛЕННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

А.О. Герман, Л.Д. Тодоріко, А.В. Бойко

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології (зав. – проф., Л.Д. Тодоріко),
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

Вступ. Високий рівень захворюваності на туберкульоз (ТБ) та поширення його мультирезистентних форм спричинений, зокрема, низькою ефективністю лікування хворих, яким вперше встановлено діагноз туберкульозу (51,4%) та з рецидивами захворювання (34,1%). Якісно новий крок патогенетичного лікування ТБ – можливість корекції як імуноендокринних дизрегуляторних розладів, клітинних дисоціацій і метаболічного дисбалансу, так і індукції механізмів екзоцитозу мікобактерій з внутрішньоклітинного паразитування в макрофагах, так званого, «фармакологічного сховища». Доведено, що глутоксим серед

засобів імуноорієнтованої терапії є фактично єдиним лікарським засобом з доведеним позитивним впливом на динаміку туберкульозного процесу.

Мета дослідження. Оцінити ефективність застосування глютоксиму у схемах антимікробної терапії хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ).

Результати та обговорення. Глутоксим, який є структурним аналогом окисленого глутатіону, має високу біодоступність, модулюючи дію на внутрішньоклітинні процеси тілового обміну, сприяє ініціації системи цитокінів, підвищує ефективність макрофагально-фагоцитарної реакції та опірність клітин до різноманітних токсичних факторів. Глутоксим показав високу ефективність в комплексному лікуванні пацієнтів хворих на МРТБ. Препарат призначали по 3 мл 3% розчину 10 ін'єкцій через день у складі комплексної антимікобактеріальної терапії за програмою лікування МРТБ (4-та категорія). Аналіз клінічно-рентгенологічних показників у динаміці лікування глютоксिमом показав ефективність препарату як регулятора природного імунітету у схемах патогенетичної терапії хворих на мультирезистентний туберкульоз.

УДК 615.241+616.33-008.3

ЗАСТОСУВАННЯ МОТИЛУМА У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ДИСПЕПСІЮ

Глушко Л.В., Шевчук І.М., Чаплинська Н.В., Симчич Х.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра терапії та сімейної медицини факультету післядипломної
освіти*

Диспепсичний синдром супроводжує захворювання шлунка та органів шлунково-кишкового тракту. Основною причиною диспепсії є порушення рухової функції шлунка і кишечника та уповільнення евакуації харчових мас із шлунка.

Мета дослідження: оцінити вплив мотиліума на симптоми диспепсії у хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.

Обстежено 42 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, які були розділені на 2 групи. Першу групу склали 20 хворих, яким

проводилась протививразкова терапія. В другу групу увійшли 22 хворих, які на фоні традиційної терапії отримували мотиліум у дозі 10 мг 3 рази на день за 15 хвилин до їжі протягом 2 тижнів. Аналіз клінічних показників проводився при поступленні та через 2 тижні після проведеного лікування.

При обстеженні хворі скаржились на біль в епігастральній ділянці (87%), здуття живота (18%), нудоту (96%), блювання (34%), метеоризм (56%). За результатами фіброгастроскопії у всіх хворих були виявлені виразки розмірами від 0,3?0,3см до 0,7?0,8см. Аналіз отриманих даних показав, що як у першій групі хворих (котрі одержують традиційну терапію), так і в другій групі пацієнтів біль в епігастральній ділянці минув на 2-3-й день лікування. У хворих першої групи блювання не спостерігалось на 3-й день лікування, в той час як у другій групі пацієнтів припинилось після 1-ого дня лікування ($p < 0,05$). Нудота у першій групі хворих зменшилася на 3-й день лікування і зникла на 6-й день, а у другій групі пацієнтів цей показник статистично достовірно не спостерігався з 3-ого дня ($p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, мотиліум можна з успіхом застосовувати у хворих з синдромом виразкової диспепсії.

УДК: 612.017.1-07:[612.273.2.067:612.82]-053.31

**ДІАГНОСТИКА ЗМІН СТАНУ ІМУНІТЕТУ У НЕМОВЛЯТ
З ПЕРИНАТАЛЬНИМИ ГІПОКСИЧНИМИ
УРАЖЕННЯМИ МОЗКУ В АНАМНЕЗІ ЗАЛЕЖНО
ВІД МОТОРНОГО ВІКУ**

Н.Г. Гончарова, А.О. Світлицький

Запорізький державний медичний університет

Актуальність теми визначається поширенням за останні роки частоти перинатальних гіпоксичних уражень центральної нервової системи (ПГУ ЦНС) серед дітей країн СНД і, зокрема, України .

За останнє десятиріччя вчення про ПГУ ЦНС поповнилося новими науковими даними про стан імунної системи дітей в залежності від тяжкості клінічної картини ПГУ ЦНС, але вони стосуються, переважно, гострого періоду захворювання. Відомості про характер імунних порушень у

відновлювальному періоді ПГУ ЦНС виявилися нечисленними. Необхідність дослідження показників імунітету в залежності від рівня моторного розвитку дітей з ПГУ ЦНС (за даними моторного коефіцієнту) трактується нестачею знань у цій галузі, а також необхідністю своєчасного раннього діагностування порушень імунної системи у цієї групи хворих.

У зв'язку з цим метою дослідження стало визначення достовірних корелятивних залежностей між станом імунної системи та моторним віком дітей у відновлювальному періоді хвороби. Разом з цим, розробка об'єктивних критеріїв відбору дітей до планової імунореабілітації також стала пріоритетним напрямком дослідницької роботи.

Згідно з поставленими задачами, обстежено 130 дітей з ПГУ ЦНС. Групу контролю склали 20 умовно здорових дітей грудного віку (I і II група здоров'я). Усі групи були рандомізовані за статтю і віком. Для оцінки розвитку моторної сфери визначали моторний вік (МВ) і моторний коефіцієнт (МК) (Монтгомері Т.Р., 1993). Методом радіальної імунодифузії за Manchini (1968) визначали кількість сировоткових імуноглобулінів А, М, G. Стан клітинної ланки імунітету вивчали стандартним методом. Функціональну активність нейтрофілів визначали за здатністю відновлювати нітросиній тетразолій. Активність комплементу вивчали за методом Резнікова Л.С. (1967).

Дослідження проводилося у двох групах хворих 1-го року життя у відновлювальному періоді перинатального гіпоксичного ураження ЦНС. Першу групу спостереження склали діти з грубою затримкою моторного розвитку (коефіцієнт моторного розвитку (МК) <60), 2-гу – діти з МК більше за 60, серед яких більшість (70,3%) мала МК, відповідний показникам здорових дітей (МК = 100) ($p < 0,05$).

Встановлено, що в обох групах відмічалися зазначені вище тенденції – зниження кількості Ig, А і G, підвищення абсолютного вмісту активних Т-лімфоцитів, порівняно з контролем ($p < 0,05$). При цьому у дітей 1-ї групи зростала і відсоткова кількість активних Т-лімфоцитів ($p < 0,05$), що вказує на більш глибокі порушення клітинної ланки імунітету. Фагоцитарна активність нейтрофілів перевищувала показники в обох групах хворих ($p < 0,05$).

При низьких значеннях МК (1-а група, МК=42,07±2,39) усі вірогідні кореляції між МК і відсотковим вмістом В-лімфоцитів, активних Т-лімфоцитів і резистентних до теофіліну Т-лімфоцитів були від'ємними ($p < 0,05$), що підкреслює готовність таких хворих до аутоімунних процесів та інфекційних хвороб.

У дітей з високим рівнем моторного розвитку (2-га група, МК=90,77±2,16) позитивні кореляційні залежності між МК і абсолютною кількістю Т- і 0-лімфоцитів ($p < 0,05$) визначають роль клітинного пулу у нейрореабілітаційних процесах. Відсутність вірогідних кореляцій між МК і високим рівнем захворюваності на гострі респіраторні захворювання на 1-му році життя у дітей 1-ї групи дозволило визнати ці процеси самостійними, незважаючи на те, що діти з МК нижче 60, хворіють на гострі респіраторні захворювання частіше, ніж діти з МК, більшим за 60 ($p < 0,05$).

Таким чином, результати дослідження продемонстрували пряму залежність недостатності специфічного адаптивного імунітету від рівня моторного розвитку, що, з урахуванням частоті інфекційної захворюваності дітей з ПГУ ЦНС, визначає перспективність проведення їм своєчасної імунореабілітації.

КОРЕКЦІЯ ПРОСТАГЛАНДИНОВОГО ДИСБАЛАНСУ ЗА УМОВ ПОРУШЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНОГО КРОВОПЛИНУ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ ТА СИНДРОМ РЕЙНО (РЕЗУЛЬТАТИ 6-МІСЯЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ).

Господарський І. Я., Зарудна О.І., Рега Н.І., Зарудний О.М.,
Господарська Х.О., Волинець К.В.

*Кафедра клінічної імунології, алергології та загального догляду за
хворими. ТДМУ ім. І.Я.Горбачевського*

Мікроангіопатії та їх клінічні еквіваленти – найбільш характерні ознаки більшості захворювань сполучної тканини та ізольованого синдрому Рейно, що спричиняють виразкування шкіри фаланг пальців, остеоліз нігтьових фаланг та порушення їх функції. При цьому регуляція судинного тонуусу – мультифакторіальне явище, яке залежить від балансу спастичних та антиспастичних біологічно-активних речовин. Важливе місце у цьому процесі належить простагландинам.

Аналог природнього PGE1, який використовується в медичній практиці, має судинорозширюючу (на рівні артеріол, прекапілярних

сфінктерів), антиагрегантну та ангиопротекторну дію. Покращує мікроциркуляцію та периферичний кровобіг, сприяє відкриттю колатеральних судин. Знижує периферичний опір, артеріальний тиск, рефлекторно підвищує частоту серцевих скорочень, що приводить до підвищення хвилинного об'єму крові. Покращує реологічні властивості крові, сприяючи підвищенню еластичності еритроцитів та зменшуючи адгезію/агрегацію тромбоцитів. Має фібринолітичний ефект. Вказані біологічні ефекти вкрай необхідні пацієнтам із системною склеродермією, синдромом Рейно для корекції патологічних проявів.

Мета дослідження: вивчити ефективність PGE1 та провести аналіз тривалого (6-місячного) спостереження за хворими на ССД та ізольований СР, які отримували терапію синтетичними простагландинами.

Для реалізації мети обстежено 10 хворих на ССД та 10 – на ізольований СР. В дослідження включались пацієнти з наявністю трофічних розладів шкіри кистей і стоп. Усі обстежені – жінки. Середній вік пацієнтів $38,45 \pm 1,16$ років. Тривалість хвороби в середньому $7,23 \pm 0,43$ років..

Поряд із стандартним лікуванням пацієнти отримували аналог природнього PGE1 в дозі 200 мкг внутрішньовенно у 200 мл фізіологічного розчину щоденно протягом 10 днів. Стан хворих оцінювали при поступленні, через 10 днів та 6 місяців з початку спостереження за клініко-лабораторними показниками та даними ультразвукового дослідження судин рук і ніг з доплерографією.

Слід зазначити, що через 10 днів з початку лікування усі пацієнти відмітили покращення переважно за рахунок потепління шкіри кистей і стоп та зменшення відчуття дискомфорту. Усі пацієнти з ізольованим синдромом Рейно та 7 хворих на ССД відмітили зменшення частоти ішемічних атак, підвищення резистентності до впливу холоду. У всіх пацієнтів констатовано редукцію трофічних розладів шкіри кистей і стоп..

Ультразвукове дослідження судин рук і ніг з доплерографією, проведене на початку дослідження, свідчить про магістральний кровотік, однак з потовщенням стінок магістральних судин, звуженням їх просвіту та фрагментарним порушенням пошарової диференціації. Після проведеного лікування відмічено розширення просвіту судин та посилення магістрального кровоплину. Результати тривалого спостереження протягом 6-и місяців свідчать, що має місце стабілізація процесу, не було рецидивів виразкування шкіри фаланг, пацієнти свідчать про підвищення резистентності до впливу холоду.

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ПРИ ВИБОРІ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА ПРИ ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГЕПАТИТ С БЕЗ ОЗНАК ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Господарський І.Я., Волинець К.В., Рега Н.І., Зарудна О.І.,
Городецький В.С., Креховська-Лепявко О.М., Мазур Л.П.,
Локай Б. А., Коноваленко С.О.

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

Нами було проліковано 57 пацієнтів з гепатитом С без ознак цирозу та супутньої патології печінки та жовчовивідних шляхів. Пацієнти були розділені на три групи котрим окрім стандартної протівірусної терапії до лікування було додано гепаторотектори. Перша група з 19 чоловік приймала гепатопротектор на основі аргініну, друга 20 чоловік – орнітину, третя 18 чоловік – адеметіоніну.

Курс лікування гепатопротекторами становив 30 днів

При аналізі результатів відзначений чіткий позитивний ефект від прийому усіх гепатопротекторів. Проте відмічена відмінність вираженості ефекту між групами. Так вираженість астеничного синдрому, який до кінця лікування повністю зник у 43% хворих і зменшився в інших в 1 групі, на 59% в 2, та на 55% в 3. Шкірний свербіж повністю зник у 24% хворих, що мали його до початку терапії, і зменшився у 30% достовірно лише у 3 групі пацієнтів. Важливо підкреслити, що через 2-3 тижні після закінчення терапії відзначено зменшення свербіжу ще у 15% хворих. Жовтяниця повністю зникла у 18 пацієнтів, що мали її до початку лікування, зменшилася у 82% хворих також достовірно лише у 3 групі.

Вплив на біохімічні показники виразвся в зниженні білірубіну на тлі лікування на 21% та активності лужної фосфатази – 18%, також достовірно лише у 3-тій групі, і гамма-глутамілтранспептидази (гамма-ГТП) – на 14% у 1 групі, на 11% у 2-тій, та на 19% у 3-тій. Також відмічено значне зниження активності трансаміназ у всіх трьох групах. Так зниження активності АЛТ в 1 групі становило 42%, в 2 – 38%, в 3 – 51%; АСТ в 1 групі становило 40%, в 2 – 41%, в 3 – 53%. Також був відмічений вплив на показники рівня сечовини в 1 групі становило 22%, в 2 – 41%, в 3 – 35%

При спостереженні за хворими протягом 3 місяців після закінчення терапії відзначений позитивний віддалений результат: вираженість

свербежу, показники білірубину, гамма-ГТП, АЛАТ АсАТ залишалися в тих же межах, що і до кінця курсу терапії, що дає підстави говорити про ефективність у поліпшенні параметрів якості життя у хворих з гепатитом С без ознак цирозу.

УДК:616.24:612.015.6:616-07

**ПОШИРЕНІСТЬ ДЕФЦИТУ ВІТАМІНУ D У ХВОРИХ
З ГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНИМИ ФОРМАМИ
ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
ЛЕГЕНЬ КРИМСЬКОГО РЕГІОНУ В ОСІННЬО-
ЗИМОВИЙ ПЕРИОД (ЖОВТЕНЬ-ЛЮТИЙ)**

Гришин М.М., Іванцова Н.Л., Хренов О.А., Федосєєва В.М.,
Кушнір С.П.

*Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського”,
м. Сімферополь.*

На дефіцит вітаміну D в тій чи іншій мірі виразності страждає до 50 % населення планети [Holick M., 2008]. Відносити хронічні неспецифічні запальні захворювання легень (ХНЗЛ) до захворювань, розвиток яких асоційований з дефіцитом вітаміну D, стали тільки в останні роки [Janssens W. и соавт., 2009]. І хоча у відношенні поєданого перебігу ХНЗЛ і D-дефіциту проблема “причина–наслідок” залишається предметом наукової дискусії, все більше дослідників відносять ХНЗЛ до захворювань, при яких використання вітаміну D в диференційованій терапії є перспективним направленням [Black P.N., Scragg R., 2005; Wright R.J., 2005].

Метою дослідження стало вивчення поширеності D-недостатності / дефіциту у хворих з гнійно-деструктивними формами ХНЗЛ Кримського регіону в осінньо-зимовий період (жовтень-лютий).

Під спостереженням перебувало 96 хворих з гнійно-деструктивними формами ХНЗЛ (хронічним абсцесом легені, бронхоектатичною хворобою і кістозною хворобою легень) у фазі загострення захворювання. Визначення вмісту 25(ОН)D₃ в сироватці крові проводилось з використанням набору для визначення вітаміну D 25-ОН в плазмі і сироватці ELISA (Immunodiagnostik, Bensheim, Німеччина).

У 96 хворих з гнійно-деструктивними формами ХНЗЛ у фазі загострення захворювання виявлено зниження вмісту прегормональної форми вітаміну D – 25(OH)D₃ на 67,5 % (p < 0,001), у фазі ремісії – на 53,1 % (p < 0,001). При аналізі ступеня виразності D-дефіциту (за містом 25(OH)D₃) нами встановлено, що у 21 % хворих вміст 25(OH)D₃ в сироватці крові був нижче 10 нг/мл, що відповідає D-дефіциту; у 34 % хворих рівень указанного метаболіту в сироватці крові був у діапазоні 20–10 нг/мл (D-вітамінна недостатність); у 45 % хворих досліджуваний показник був у діапазоні < 40 нг/мл, що укладається в діапазон “гіповітаміноз D” [Holick M., 2003].

Таким чином, нами встановлено, що поширеність D-недостатності/дефіциту (вміст 25(OH)D₃ < 20 нг/мл) у хворих з гнійно-деструктивними формами ХНЗЛ у фазі загострення, жителів Кримського регіону в осінньо-зимовий період (жовтень-лютий) досягає 55 %.

УДК 616.61 – 002.3 – 085 – 036.8] – 037

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

С.В. Дзига, Н.Ю.Шевченко

*Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського*

Одним із актуальних і до кінця не вирішених питань практичної нефрології є прогнозування ефективності лікування найбільш поширених захворювань нирок, зокрема хронічного пієлонефриту (ХПН).

Мета дослідження: визначення клініко-лабораторних критеріїв, які б дали змогу прогнозувати ефективність лікування пацієнтів вказаного профілю.

Для виконання поставленої мети обстежено 111 пацієнтів (89 жінок, 22 чоловіків) із активною фазою хронічного необструктивного пієлонефриту без порушення азотовидільної функції нирок різного віку, статі та тривалості захворювання. При виборі методів статистичного дослідження користувалися рекомендаціями J.D. Finn (1974).

Кореляційний аналіз проводили за принципами Н.С. Мисюк и соавт. (1975) та R.V. Darlington (1990). Для спростування нульової гіпотези з метою розробки критеріїв прогнозування ефективності терапії використовували критерії Фішера та Дарбіна–Ватсона.

Суть методу регресійного аналізу за Пірсоном у нашому випадку полягала в аналізі зв'язків між декількома незалежними змінними (регресорами) та залежною змінною (ефективністю лікування (Y), яку виражали в балах).

При побудові моделей ми враховували, що використаний нами оціночний тест Фішера є робастним стосовно відхилення від останнього припущення. Однак основне концептуальне обмеження методу покрокового регресійного аналізу дозволяє знайти тільки математичні залежності, а отримані дані – тільки наблизитися до виявлення причинно-наслідкових зв'язків. Для подолання цього однією з умов побудови нашої моделі стало обмеження критерію Фішера числом 2, (а не 4, як це прийнято при класичному варіанті побудови регресивних моделей). При цьому ми виходили з положення, що при більших значеннях цього числа в модель могли бути включені не тільки такі показники, які корелювали між собою на рівні коефіцієнта кореляції понад 0,5 ($P < 0,05$). У свою чергу, це заважає враховувати менш значущі, але достовірні взаємозв'язки (R.A. Fisher, 1936).

У результаті статистичної обробки клініко-лабораторних даних визначено рівняння (Y), яке дає змогу прогнозувати ефективність лікування стандарт-терапією, причому максимальну слід очікувати за величини 13-15 балів, середню – 10-12 балів, мінімальну – менше 10 балів:

Y (ефективність лікування) = 2,09 x (стать – умовне позначення: чоловіки – 1, жінки – 0) – 0,02 x (середньомолекулярні пептиди на довжині хвилі 254 нм у сечі в ум.од.) + 0,06 x (середньомолекулярні пептиди на довжині хвилі 280 нм у сечі в ум.од.) – 0,62 x (Т-лімфоцити загальні в %) + 0,12 x (тривалість захворювання – умовне позначення: до 5 років – 0, 5-10 років – 1, понад 10 років – 2) + 0,27 x (еритроцитарний індекс ендогенної інтоксикації в од.) + 0,80 x (Т-лімфоцити з властивостями супресорів в %) + 0,61 x (0-клітини в %) + 0,39 x (кількість лейкоцитів у крові – умовне позначення: до $8,0 \cdot 10^9 \text{ л}^{-1}$ – 0, понад $8,0 \cdot 10^9 \text{ л}^{-1}$ – 1) – 2,25 x (Ig M в г/л) – 1,17 x (Ig G в г/л) – 0,04 x (середньомолекулярні пептиди на довжині хвилі 280 нм в еритроцитах в ум.од.).

За отримання сумарної величини Y меншою 10 балів в лікувальний комплекс слід додатково включати такі середники як імуномодулятори та сорбенти.

Висновки. Застосувавши методи регресійного аналізу та покрокової регресії, нами визначена можливість прогнозування ефективності лікування пацієнтів із ХПН без порушення азотовидільної функції нирок. Дворічне практичне використання запропонованого методу дозволило скоротити тривалість лікування пацієнтів вказаного профілю на 1,5-2 дні за рахунок призначення оптимально ефективного медикаментозного комплексу з перших днів їх перебування в стаціонарі.

УДК:616.24.5-085:615.038

**TARC/CCCL17-ЗАЛЕЖНА ЕКСПРЕСІЯ CD14+-РЕЦЕПТОРА
ЛІМФОЦИТАМИ У ХВОРИХ ІЗ ХОЗЛ ПІСЛЯ
КЛІНІЧНОГО ВИЛІКОВУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ЛЕГЕНЬ**

Іванова Я. В.

*Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського”,
м. Сімферополь*

В рамках “цитокінової” патогенетичної концепції в сучасній фтизіопульмонології в останнє десятиріччя все більше уваги приділяється тому, що при запаленні процесі екстравазації клітин– учасників запальної реакції (перш за все– лейкоцитів) з наступним селективним накопиченням в тканинах контролюється спеціалізованими медіаторами імунітету – хемотактичними цитокінами, або хемокінами [Amrani Y. и соавт., 2000]. До найменш вивчених хемокінів в пульмонології відноситься TARC (thymus and activation regulated chemokine, тимус-асоційований регуляторний хемокін) – один з небагатьох хемокінів з очевидною хемоаттрактантною активністю у відношенні Th2-клітин (Th2-хемокін). Залишається також нез’ясованою патогенетична роль різних типів хемокінів у патогенезі хронічного запалення повітроносних шляхів [Haddad J.J. и соавт., 2002]. Разом з тим з моменту ідентифікації ролі TARC та його рецептора CCR4 в патогенезі різних захворювань, цей хемокін стали розглядати в якості можливої майбутньої мішені для створення нових ліків [Hodge S. и соавт., 2001].

Під спостереженням перебувало 137 хворих чоловічої статі, розподілених на дві групи: в 1-у групу ввійшли 44 пацієнти, котрі страждають на ХОЗЛ (I-II ступеня тяжкості), у 2-у групу – 42 хворих із ХОЗЛ (I-II ступеня тяжкості), котрі перенесли різні форми туберкульозу (ТВС) легень.

Концентрацію TARC/CCL17 в сироватці крові визначали імуноферментним методом з використанням комерційних наборів (R&D Systems, Minneapolis, USA). При постановці “навантажувальних” вітральних експериментів використаний людський рекомбінантний TARC/CCL17 (TARC human, recombinant, Sigma-Aldrich, USA). Для визначення рівня експресії антигена CD14 на CD19⁺-лімфоцитах зразки забарвлювали в прямому двокольоровому імунофлуоресцентному тесті моноклональними антитілами (МКА) Anti-Leu-M3, міченими флуоресцеїнізотиоціанатом (FITC) і Anti-Leu-12, міченими фікоеритрином (Becton Dickinson).

Нами виявлено підвищення рівнів TARC/CCL17 в системному кровотоку тільки у хворих 2-ї групи (на 8,1 %, $p < 0,02$). Статистично значимих відмінностей у величині досліджуваного показника в системному кровотоку у хворих 1-ї і 2-ї груп нами не виявлено. В цілому одержані нами результати підтверджуються результатами досліджень Feng Y. и соавт. (2011), які установили, що рівень TARC в периферичній крові при активному туберкульозі легень суттєво зростає (до 249,8 пг/мл) і знижується до періода реконвалесценції.

У хворих 1-ї групи вміст лімфоцитів, що експресують CD14⁺-рецептори, підвищений (в контрольній групі CD14⁺-позитивні клітини не виявляються) і достовірно зростає під впливом преінкубації клітин з TARC/CCL17 (преінкубація клітин проводилась з 30 мкг/мл людського рекомбінантного TARC/CCL17 на 95,5 % ($p < 0,001$). У хворих 2-ї групи досліджуваний показник статистично значимо (на 102,3 %, $p < 0,001$) вище, ніж у хворих 1-ї групи і достовірно підвищується в експерименті з преінкубацією мононуклеарів з TARC/CCL17 (на 71,2 %, $p < 0,001$).

Указані факти свідчать, що TARC/CCL17-індукований рівень В-лімфоцитів, які експресують CD14⁺-рецептори у хворих із ХОЗЛ, котрі перенесли ТВС легень, є важливою умовою для проявів патофізіологічної дії LPS і, як наслідок, наростання виразності субклінічної системної запальної реакції.

УДК 616-008.853.4 + 576.315.42 + 616-076.5 + 616.611-002

**КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ СТАНУ
НЕЙТРОФІЛІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ
ХВОРОБОЮ НИРОК, ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ**

В.Я. Камінський

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Однією з основних причин хронічної хвороби нирок (ХХН) є гломерулонефрит (ГН), в патогенезі якого вагому роль відіграють нейтрофіли. Метою даного дослідження стало вивчення кореляційних зв'язків між різними індексами функціонального стану хроматину (ФСХ) нейтрофілів у хворих на ХХН, ГН. Обстежено 75 хворих на ХХН, ГН (38 чоловіків та 37 жінок) віком від 19 до 64 років (середній вік становив $38,7 \pm 9,8$ року). З метою верифікації морфологічної форми захворювання хворим проводили біопсію нирки. До контрольної групи ввійшли 30 практично здорових людей. Для цитогенетичного дослідження готували мазки периферійної крові, які після висушування і фіксації забарвлювали за Фольгеном у модифікації Л.Є. Ковальчук та співавт. (1994). У кожному препараті вивчали по 100 інтерфазних ядер з наступною оцінкою їх структурних характеристик: індекс хроматизації (ІХ), ядерцевий індекс (ЯІ), індекс статевого хроматину (СХ) та індекс морфологічно змінених ядер (МЗЯ). Як показали результати дослідження, у хворих спостерігалися зміни всіх індексів каріограми порівняно з практично здоровими особами. При кореляційному аналізі у хворих чоловіків виявлено негативний кореляційний зв'язок середньої сили між ІХ та ЯІ ($r = -0,48$; $p < 0,01$), що свідчить про компенсаторну узгодженість між гетерохроматизацією та активністю ядерцевого апарату. У цих же пацієнтів спостерігалось порушення контролюючої функції відповідних локусів Х-хромосоми, що доводить середня позитивна кореляція між ЯІ та СХ ($r = 0,40$; $p < 0,05$). У хворих жінок зафіксовано позитивний кореляційний зв'язок середньої сили між ЯІ та МЗЯ ($r = 0,37$; $p < 0,05$), що підтверджує компенсаторне зростання ролі ядерцевого апарату при збільшенні кількості морфологічно змінених ядер. Таким чином, встановлено кореляційні особливості структурно-функціональних показників нейтрофілів у хворих на ХХН, ГН.

УДК 578.26:579.835.12

**ПЕРШІ ОНКОГЕНИ БАКТЕРІЇ CAGА, VАСА
І АСОЦІЙОВАНИЙ З НИМИ ПАТОГЕНЕЗ
ХЕЛІКОБАКТЕРНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗУ**

К.В. Кованов, Е.М. Кованова, С.І. Климнюк, М.С. Творко

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

До останнього часу з канцерогенезом, викликаним хелікобактеріями, не асоціювалися фактори патогенності бактерії, будь-які генетичні структури, не з'ясованими залишалися молекулярні механізми канцерогенезу.

Експериментальними дослідженнями останніх років встановлено, що фосфорилування білка CagA, продукта гена cagA хелікобактера, відбувається за допомогою клітинних тирозинкіназ та тирозин фосфатаз. Такий тип фосфорилування може відігравати роль пускового механізму для багатоступеневого процесу генетичних і епігенетичних змін, каскаду злоякісного переродження клітин.

CagA вважається першим ідентифікованим бактеріальним онкопротеїном, пов'язаним із шлунковим канцерогенезом. Онкогенні властивості мають cagA позитивні штами хелікобактера.

У 2007 році у *Helicobacter pylori* виявлено нову детермінанту вакуолізуючого цитотоксину – і-регіон і встановлено, що асоціація і1 з алелями vacA гену s1m1 характерна для аденокарциноми шлунка.

Особливістю онкогену cagA є фосфорилування його продукта CagA із використанням тирозинових протеїнкіназ і фосфатаз родини Src клітини, в той час як при фосфорилуванні у вірусів білок pp60src має фосфорилуючі властивості.

Субодиниця A VacA активує систему тирозинкінази клітини, що в свою чергу активізує різноманітні метаболічні шляхи. Продукція вакуолізуючого цитотоксину асоціюється з алелями vacA s1m1, так само як і онкогенність хелікобактера. Достовірно доведено, що дистальний рак і лімфома шлунка частіше асоціюються саме з цими алелями.

За нез'ясованим досі механізмом активація vacA завжди асоціюється з активацією cagA гена. Відомо, що канцерогенез може індукуватися якнайменше двома генами.

Особливістю генів *sagA*, *vacA* є те, що на відміну від ретровірусів вони одночасно кодують і фактори патогенності хелікобактерій, які спричиняють хелікобактеріози, що не пов'язані з онкогенезом.

Хелікобактери *sagA* позитивні мають канцерогенний потенціал в результаті фосфорилування *СagA*; внаслідок ендоцитозу хелікобактери набувають здатність до інтеграції їх онкогенів в хромосому клітини спричиняють інсерційний мутагенез.

Унікальність генів *sagA*, *vacA*, свідчить про неможливість їх походження від прокаріотів. Ймовірно припустити походження їх від протоонкогенів людини, подібно до вірусних.

Тривалий латентний період від 10 до 40 років характерні для онкозахворювань вірусного і хелікобактеріального походження; хелікобактери мають власні трансформуючі гени 1, отже, подібно до вірусів, пряму дію.

Вірулентні штами хелікобактера можуть активізувати рецептор епідермального фактора росту (EGFR).

Морфологічні зміни клітин: вакуолізуючий цитотоксичний ефект, «колібри фенотип», кишкова та шлункова метаплазії, можна вважати, очевидно, проявами специфічної цитопатичної дії бактеріальних онкогенів.

За механізмом рекомбінації у біоплівках, онкогени *sagA*, *vacA* можуть передаватися іншим бактеріям, що сприятиме горизонтальному їх поширенню і збільшенню у майбутньому частки канцерогенних хелікобактеріозів.

Найбільшу прогностичну небезпеку для онкогенезу становлять бактерії генотипу *sagA*, *vacA* типу 1 фенотипу *tox+* алелей *vacA s1m1*, з і1 регіоном. Для їх визначення можна застосовувати генотипування, а також тест на вакуолізуючу цитотоксичність.

УДК: 616.24-022.7-079.4

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ У ПРАКТИЦІ ФТИЗІАТРА

Н.С. Кравченко, О.І. Градова, С.М. Похіяк

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
Тернопільський обласний комунальний протитуберкульозний диспансер*

Встановлення етіології легеневої дисемінації є одним із складних і актуальних розділів діагностики у пульмонології. Виділяють понад 150 нозологічних одиниць для яких характерне “розсіювання” вогнищ в легеневій тканині. Серед них – альвеоліти, гранулематози, колагенози. Значні труднощі виникають при встановленні злоякісної природи дисемінації, особливо коли неможливо виявити пухлину в інших органах (первинний карциноматоз).

Наводимо клінічне спостереження. Хворий Л., 53 роки. Захворів поступово. Впродовж 2-х місяців відмічав кашель з виділенням слизового харкотиння, загальну слабкість, субфебрильну температуру. Раніше нічим не хворів. На момент госпіталізації загальний стан хворого близький до задовільного. Периферичні лімфатичні вузли і щитоподібна залоза не збільшені. Тони серця чисті, ритмічні. Пульс 76 за 1 хв., ритмічний. АТ – 130/100 мм. рт. ст. Над легенями перкуторно ясний легеневий звук, дихання везикулярне, нечисленні сухі хрипи з обох сторін. ЧД-18 за 1 хв. Живіт м’який, неболючий. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 1,5 см. Показники загального аналізу крові, сечі, біохімічного аналізу в межах норми, МБТ в харкотинні не виявлено. УЗД органів черевної порожнини без особливостей. Оглядова рентгенографія органів грудної клітки, томограма легень зріз 8 см: в обох легенях на всьому протязі визначається дисемінація вогнищевих тіней, малої інтенсивності, різної величини з нечіткими контурами (“падаючий сніг”). Корені інфільтровані. Встановлено діагноз: ВДТБЛ (19.01.12) (дисемінований) ф. Інфільтрації, Дестр– МБТ– М– К– Резист 0 Гіст 0 Кат 1 Ког 1 (2012). Гіпертонічна хвороба II стадія, II ступеня. Призначено лікування антибактеріальними препаратами згідно категорії. Через 1 міс. 3 тижні лікування після переохолодження стан хворого раптово погіршується. Скарги на підвищення температури тіла до 38,8°C, біль в грудній клітці, задишку при фізичному навантаженні. Над легенями перкуторно ясний легеневий

звук, дихання жорстке, дифузно множинні сухі хрипи. Загальний аналіз крові: ер. $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв– 131 г/л, лейкоц.– $16,2 \times 10^9/л$, п – 9%, е– 3 %, с – 73%, л– 6%, м-9%, ШОЕ – 26 мм/год. Цифрова флюорографія від 13.03.12: прогресування процесу. Збільшення кількості вогнищевих тіней зливного характеру в нижніх відділах обох легень. Антибіограма від 13.03.12 – виділено стрептокок негемолітичний, чутливий до цефалоспоринів, азитроміцину. Клініко-рентгенологічні дані розцінено як двобічну полісегментарну пневмонію на фоні дисемінованого туберкульозу легень. Хворому призначено лікування антибіотиками згідно результатів чутливості, дезінтоксикаційну терапію. Загальний стан поліпшився, однак 20.03.12 раптово з'явилася виражена задишка, знизився АТ до 40/20 мм. рт. ст. Хворий переведений у відділення інтенсивної терапії, 22.03.12 наступила смерть. Діагноз посмертний: тромбоемболія легеневої артерії. Двобічна полісегментарна пневмонія. Дисемінований туберкульоз легень. ДН II-III ст. Гіпертонічна хвороба II ст. Патологоанатомічний діагноз: 1– злоякісне новоутворення легень (гістологічно-аденокарцинома); 2 – метастази в печінку, селезінку, серце, очеревину. Ракова інтоксикація: токсикодистрофічні зміни міокарду, нирок, печінки, токсична селезінка. Тромбоемболія легеневої артерії. Кардіопульмональний шок; 3. Старі вогнища кальцинатів внаслідок перенесеного туберкульозу.

Труднощі даного випадку зумовлені відсутністю первинної пухлини (первинний карциноматоз), метастази пухлини в інші органи з'явилися в термінальній стадії. На початку захворювання клініко-рентгенологічна картина, задовільний стан хворого на фоні значної дисемінації в легенях були характерні для дисемінованого туберкульозу, а прогресування злоякісного процесу подібне на клініку пневмонії. За наявності дисемінації в легенях і відсутності МБТ в харкотинні, особливо в осіб похилого і старечого віку, необхідно використовувати додаткові методи обстеження, зокрема комп'ютерну томографію з контрастуванням.

УДК 616.12–008.46-02-073.7-074-085.22

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ САРТАНІВ В ЯКОСТІ МОНОТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Н.М. Кузьмінчук

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

Актуальність теми. Протягом останніх десятиліть в Україні прогресивно зростає захворюваність на артеріальну гіпертензію (АГ). Висока поширеність АГ серед дорослого населення за останнє десятиріччя зростає майже вдвічі і становить приблизно 40%, зумовлює високу частоту виникнення різних серцево-судинних катастроф. В Україні нараховується 11 340 580 чоловік з підвищеним артеріальним тиском (АТ). Актуальність пошуку нових підходів до діагностики та лікування артеріальної гіпертензії, удосконалення існуючих методів дослідження здобуває важливе значення в сучасних умовах.

Метою дослідження була оцінка ефективності препаратів групи сартанів в якості монотерапії стабільно контролювати артеріальну гіпертензію у хворих протягом одного місяця, а також розробка способу контролю за проведеною терапією.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 25 амбулаторних пацієнтів віком від 45 до 55 років з тривалістю захворювання 2 – 7 років з легкою есенціальною АГ без попередньої історії систематичного контролю АТ та супутньої патології. З них 10 жінок і 15 чоловіків. Усім хворим було проведено загальноклінічне обстеження, вимірювання артеріального тиску, загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові (визначений рівень загального білірубіну та його фракцій, рівень трансаміназ, сечовини, креатиніну, загального білка), вимірювався рівень глюкози крові, ультразвукове дослідження внутрішніх органів, ехокардіографія. На основі проведених досліджень вторинна гіпертензія була виключена. Середній рівень АТ на момент початку дослідження: систолічний — 154,4 мм рт.ст., діастолічний — 93,4 мм рт.ст. Всім пацієнтам призначали препарат з групи сартанів в дозі 50 мг на добу одноразово. Ефективність препарату оцінювалася з даними клінічного та об'єктивного обстеження та показників рівня АТ. Контрольні вимірювання АТ проводились на 5, 10, 20 і 30-й дні лікування. Спостерігалася позитивна динаміка зниження рівня АТ.

| АТ (мм рт.ст.) | Вихідний рівень | 5-й день лікування | 10-й день лікування | 20-й день лікування | 30-й день лікування |
|-------------------|--------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Систолічний | 154,4 | 139,3 | 135,2 | 134,3 | 133,2 |
| Діастолічний | 93,4 | 89,1 | 84,2 | 83,5 | 82,2 |

Таким чином отримані результати показали, що препарати групи сартанів здатні ефективно знижувати і стабільно контролювати АТ у пацієнтів з легкою есенціальною АГ і можуть бути рекомендовані для монотерапії легкої есенціальної АГ.

УДК: 616.36-003.826-85.244]-036.8

ЕФЕКТИВНІСТЬ АДЕМЕТІОНІНУ В ЛІКУВАННІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ

Т.Б.Лазарчук, Л.І.Складанюк, Т.В.Войцехівська, І.О.Сивирин

*Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського*

Поширеність неалкогольної жирової хвороби (НЖХП) серед осіб з ожирінням сягає 74-100 % переважно за рахунок стеатозу. Проте в 20-47 % розвивається стеатогепатит. Популяційні дослідження свідчать, що близько 80% кріптогенних цирозів печінки є наслідком НЖХП. Тому рання діагностика НЖХП і адекватне лікування є актуальним у сенсі подовження життя та покращення його якості.

Для аналізу відібрали 21 особу, які госпіталізовані у гастроентерологічне відділення ТМКЛ №2 з приводу цитолітичного синдрому невірусного, неалкогольного (за SAGE) походження. Співвідношення жінок і чоловіків – 3,2/1; середній вік – (56,7±8,1) роки. Усі мали надлишкову вагу або ожиріння I-II ступенів. Гіперглікемію натще діагностовано в 28,6%, порушення толерантності до глюкози – в 19,0%, в 47,6 % – порушень вуглеводного обміну (ВО) не виявили, один пацієнт отримував терапію з приводу цукрового діабету (метформін). Порушення жирового обміну у вигляді гіпертригліцеридемії діагностовано в 85,7%. У віх пацієнтів наявні УЗ-ознаки жирової дистрофії печінки, а у 52,4% – холецистокалькульоз переважно II-III ступеня. Залежно від стану ВО

хворі розподілені на 2 групи: I група (n=11) – пацієнти із ознаками порушення ВО, II група (n=10) – пацієнти без ознак порушення ВО. Усі отримували комплексну терапію із адеметіоніном (800 мг/добу в/в № 10, далі – 800 мг/д per os). Аналіз динаміки цитолітичного синдрому через 1 місяць засвідчив сповільнення редукції АЛаТ в I групі проти II, що підтверджує існуючу точку зору про ведучу роль метаболічних порушень у розвитку НЖХП і вимагає пошуку найбільш оптимальних диференційованих діагностично-лікувальних підходів.

УДК 616.36-004-036-06:616.12-005.4

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Г.В. Лихацька

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

За останні десятиліття в Україні відмічається чітка тенденція до росту хронічних захворювань печінки. Зокрема, поширеність цирозу печінки (ЦП) збільшилась на 60,0%. Дослідження останніх років довели про порушення функції печінки при ішемічній хворобі серця (ІХС). Тому ІХС може відіграти значну роль у прогресуванні хронічної печінкової патології, формуванні та прогресуванні ЦП.

Мета дослідження – вивчити особливості перебігу ЦП в поєднанні з ІХС.

Обстежено 30 хворих на ЦП та 20 практично здорових осіб. Середній вік обстежених хворих становив $(58,0 \pm 1,2)$ років, чоловіків було 19 (63,3%), жінок – 11 (37,7%). Особливості перебігу ЦП вивчали в трьох вікових групах: 25-44 роки (14 хворих), 45-59 (10 хворих), понад 60 років (6 хворих). Діагноз встановлювали за класифікацією Міжнародної робочої групи і Всесвітнього конгресу гастроентерологів (Лос-Анжелес, 1994) та МКЗ – 10. Діагноз ІХС встановлювали згідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів. Використовували клінічні, лабораторні та інструментальні дослідження при даній патології.

Хворих на ЦП поділили на групи: 1-ша (16 хворих) на ЦП з ІХС; 11-га (14 хворих) – на ЦП без ІХС.

У обстежених хворих на ЦП переважала алкогольна етіологія – у 52,4%, вірусну – діагностовано в 32,5%; неалкогольний стеатогепатит – у 12,7%. Аналіз вікових категорій хворих на ЦП різної етіології виявив, що алкогольний ЦП трапляється в більш молодому віці – (52,6±1,9) років. При вірусному ЦП середній вік був вищим – (58,8±1,8) років, $p < 0,05$. Формування ЦП внаслідок неалкогольного стеатогепатиту спостерігалось у людей старших 55 років (середній вік 61,9±2,8 років). Субкомпенсований ЦП діагностовано в 66,4% хворих, декомпенсований – у 33,6%. У 79,0% пацієнтів діагностовано мінімальну та в 3,0% – помірну активність ЦП.

Результати досліджень показали, що у хворих 1-ої групи були більш виражений астено-вегетативний (97,4%), диспепсичний (84,3%), цитолітичний (94,6%), холестатичний (73,6%) синдроми в порівнянні з 11-ою групою – відповідно – (91,1%), (71,4%), (81,1%), (70,2%). Аналіз вираженості клінічних симптомів залежно від віку не виявив їх прямої залежності.

Висновки: 1. У хворих на цироз печінки в поєднанні з ішемічною хворобою серця діагностували більше вираження астено-вегетативного, цитолітичного і холестатичного синдромів без суттєвої різниці у хворих різних вікових груп.

2. Цироз печінки переважає алкогольної етіології в більш молодому віці, частіше у чоловіків.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні нових методів лікування даної патології.

УДК 616.1-004:616.379-008.64

МОЖЛИВОСТІ ФЕНОФІБРАТА В КОРЕКЦІЇ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

Т.О. Маланчук, А. П. Павленко, В.А. Гдаль

*Київ, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Київський міський клінічний ендокринологічний центр*

Відомо, що порушення ліпідного обміну (гіперліпідемія, дисліпідемія) є одним з визначальних чинників розвитку атеросклерозу та його часто

фатальних ускладнень – раптової коронарної смерті, гострого інфаркту міокарда, нестабільної стенокардії, інсультів. Гіполіпідемічна терапія має за мету корекцію рівнів загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ) крові, що доведено визначає зниження ризику кардіоваскулярних ускладнень і поліпшує прогноз виживання хворих.

Метою нашого дослідження стала оцінка можливостей корекції дисліпідемій у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу за допомогою фенофібрата. Пацієнти з означеною патологією належать, як відомо, до категорії хворих, що мають дуже високий ризик кардіоваскулярних подій. Цей ризик ще вищий, якщо у пацієнта є супутня артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця (ІХС), ожиріння.

Нами обстежено 65 хворих на ЦД 2-го типу (28 чоловіків, 37 жінок) віком 51-75 років (середній вік – 64,1 роки), у яких спостерігалася така супутня патологія: АГ – у 46 (70,8%) чоловік, у 7 (10,7%) в анамнезі був Q-інфаркт міокарда, у 12 (18,4%) – транзиторні ішемічні атаки, гіпотиреоз – у 18 (27,7%), ожиріння – у 48 (73,8%) хворих. З приводу супутньої патології пацієнти отримували відповідне адекватне лікування. Щодо виявлених порушень ліпідного спектру крові: рівень ЗХС становив у середньому $7,3 \pm 1,2$ ммоль/л, ХС ЛПНЩ – $3,9 \pm 0,9$ ммоль/л, ТГ – $6,5 \pm 0,2$ ммоль/л. Особливу нашу увагу привернули хворі (27 пацієнтів), які протягом останніх 3-6 місяців вже отримували гіполіпідемічну терапію аторвастатином 20-40 мг добу, на тлі чого при досягнутих цільових рівнях ЗХС зберігався високий рівень ТГ, досягаючи в окремих випадках 11 ммоль/л. Ці хворі склали першу групу у нашому дослідженні. Другу групу склали 38 хворих, які попередньої терапії статинами не отримували. Усім хворим після ретельного клініко-лабораторного обстеження було призначено фенофібрат у дозі 250 мг на добу протягом 8 тижнів.

Фенофібрат продемонстрував високу клінічну ефективність у пацієнтів обох груп. У 62 (95,4%) хворих було досягнуто суттєве покращення показників ліпідного обміну (як при комбінованій, так і при монотерапії), зокрема у більшості хворих було досягнуто цільових рівнів ТГ. Не спостерігалось жодного випадку побічних ефектів, зокрема, міопатії. Це дозволяє зробити висновок про патогенетичну обґрунтованість і доцільність застосування фенофібрата у хворих на ЦД 2-го типу з дисліпідеміями.

Перспективами подальших наших наукових досліджень є поглиблене вивчення впливу гіполіпідемічної терапії на прогноз хворих з поєднаною патологією внутрішніх органів.

УДК 616.24-002-085.33036.8

**КЛІНІКО–ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ
АМОКСИКЛАВУ У СТУПІНЧАСТІЙ
АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ
ПНЕВМОНІЮ**

І.М.Марків

*ДВНЗ „ Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського ”*

Негоспітальна пневмонія (НП) сьогодні залишається однією із найгостріших медико – соціальних проблем сучасного суспільства. Актуальним є вивчення різних схем антибіотикотерапії НП з точки зору їхньої клінічної ефективності і економічної рентабельності.

Мета роботи – провести клініко – економічний аналіз лікування хворих на НП неважкого перебігу методом ступінчастої антибіотикотерапії із використанням захищеного амінопеніциліну – амоксиклаву.

Ступінчаста антибіотикотерапія (step – down therapy) – це метод лікування хворих, який передбачає послідовне двохетапне застосування антибактеріальних препаратів. На першому етапі антибіотик вводиться парентерально (внутрішньовенно, або внутрішньом’язево). При досягненні позитивного ефекту від парентеральної антибіотикотерапії переходять до перорального прийому антибактеріального препарату.

Нами проведений ретроспективний аналіз медичних карт 86 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу НП неважкого перебігу. Результати аналізу показали, що всім пацієнтам були проведені лабораторно – інструментальні обстеження та призначене медикаментозне лікування, об’єм і структура яких, в основному, відповідали вимогам чинних нормативних документів. В залежності від отриманого лікування, обстежених були розділені на дві групи. Контрольну групу склали 39 хворих (I група), комплексне лікування яких передбачало застосування амоксиклаву у режимі ступінчастої терапії: протягом перших 3 – 4 днів – по 1,2 г амоксиклаву 3 рази на день внутрішньовенно (в середньому $3,1 \pm 0,9$ днів), після цього – по 1,0 г 2 рази на день перорально протягом 6 – 8 днів (в середньому $7,1 \pm 1,8$ днів). Групою порівняння були 47 пацієнтів (II група), які отримували у складі медикаментозної терапії амоксиклав по 1,2 г 3 рази на день внутрішньовенно протягом 7 – 10 днів (в середньому $8,7 \pm 2,0$ днів). Лікування всіх хворих

обидвох груп було успішним і закінчилось клінічною ремісією. Середній термін перебування пацієнтів у стаціонарі становив у I групі $10,4 \pm 2,2$ днів, у II групі – $10,3 \pm 1,9$ днів ($P > 0,5$).

Для оцінки клініко – економічних аспектів медичної допомоги цим хворим була використана методика “ мінімізації витрат ”, яка передбачає порівняння затратності альтернативних лікувальних технологій за умови їхньої однакової терапевтичної ефективності. При цьому враховуються сумарні витрати на виконання лабораторних та інструментальних методів дослідження, медикаментозне лікування і перебування хворого у стаціонарі (готельні послуги, харчування, оплата праці медичного персоналу). Проведені розрахунки показали, що у I групі загальні витрати на лікування одного пацієнта у стаціонарі становили $1256,35 \pm 93,22$ грн., у II групі ці витрати були вищими – $1626,72 \pm 103,55$ грн. ($P_{1-2} < 0,01$). Середня вартість курсу ступінчастої антибіотикотерапії одного пацієнта I групи дорівнювала $392,98 \pm 30,27$ грн. ($315,35 \pm 25,12$ грн. – вартість інфузій амоксиклаву і $76,62 \pm 5,88$ грн. – вартість таблетованого препарату), тоді як вартість курсу інфузійної антибіотикотерапії амоксиклавом одного хворого II групи становила $765,30 \pm 42,50$ грн. ($P_{1-2} < 0,001$).

Результати проведеного дослідження показали, що лікування хворих на НП неважкого перебігу методом ступінчастої антибіотикотерапії із використанням амоксиклаву за своєю ефективністю не поступається традиційній інфузійній терапії і характеризується меншою вартістю. Перспективним виглядає вивчення ефективності і економічної рентабельності ступінчастої антибіотикотерапії НП іншими антибіотиками.

УДК 616.34-02.-008

МІКРОБІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В КИШЕЧНИКУ ПРИ РІЗНИХ СУБТИПАХ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ

О.О. Меренцова, О.П. Корнійчук, В.І. Вдовиченко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Синдром подразненої кишки (СПК) – функціональне захворювання товстої кишки, поширеність якого охоплює 5,7-22,1% загальної популяції

в залежності від регіону. В патогенезі цього захворювання велике значення надають змінам мікробної флори кишечника.

Метою даного дослідження було вивчення якісних і кількісних змін кишкової мікрофлори у хворих на СПК з діарейним та констипаційним субтипами СПК.

Обстежено 215 хворих, з яких 77 страждали на закрепи та 138 – на проноси. Мікробіологічне дослідження проводили відповідно до існуючих методичних рекомендацій (2000 р.).

Встановлено, що у осіб, які страждають на діарею, спостерігається як зниження кількісних показників, так і частота висівання окремих представників нормосимбіонтів кишечника (біфідобактерії, лактобактерії та ешерихії) у порівнянні з особами, що страждали на закрепи. В більшій кількості визначався протей. У хворих з закрепами частіше та в більшій кількості спостерігалась активація гемолітичних ешерихій, з більш частими висівами кластридій. У кожного п'ятого мікробіологічні зміни були відсутні, тоді як у пацієнтів з діарейним субтипом СПК лише в 1,44%. Дисбактеріоз 1 ступеня виявлено у 56% обстежених з закрепами, тоді як при діарейному субтипі цей показник становив 75%. Дисбактеріоз 2-3 ступеня зустрічався практично з однаковою частотою в обох групах хворих (у 6-10% при закрепах та 8-16% при проносах).

Виявлені зміни в складі мікрофлори товстої кишки у більшості хворих на СПК свідчать про необхідність включення в лікувальний комплекс пробіотичних препаратів.

УДК: 616.24+616.056.52+616-085:615

**РІВЕНЬ АДИПОНЕКТИНУ В СИСТЕМНОМУ
КРОВОТОКУ У ХВОРИХ З ГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНИМИ
ФОРМАМИ ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСА
МАСИ ТІЛА**

М.А.Міндрул

ДУ “Донецький державний медичний університет”, м. Донецьк

У ряді про- і антизапальних цитокінів в останнє десятиріччя велика увага приділяється цитокіну адипонектину, який володіє протективними

властивостями: перешкоджає ожирінню, чинить протизапальну й антиатерогенну дію, перешкоджає розвитку метаболічного синдрому тощо. [Шварц В., 2009]. Зниження секреції адипонектину призводить до порушень обміну речовин, характерних для метаболічного синдрому та відіграє патогенетичну роль при цукровому діабеті і серцево-судинних захворюваннях [Ouchi N. и соавт., 2011].

Основною метою дослідження стало наукове обґрунтування доцільності використання й оцінка клінічної ефективності застосування системної терапії ожиріння в комплексному лікуванні гнійно-деструктивних форм хронічних неспецифічних захворювань легень, включаючи передопераційну підготовку. В даній роботі нами представлені результати вивчення у подібних хворих рівня адипонектину в плазмі крові.

Під спостереженнями перебувало 68 хворих з гнійно-деструктивними формами ХНЗЛ чоловічої статі, які лікувались в обласній клінічній туберкульозній лікарні м.Донецьк. У всіх обстежених осіб при надходженні в стаціонар зареєстровано загострення захворювання, включаючи клініко-ендоскопічні ознаки вторинного гнійного бронхіту.

Всі обстежені хворі були розподілені на наступні групи: 1-а група – 36 хворих з ХНЗЛ (19 хворих з хронічним абсцесом легень, 9 хворих з бронхоектатичною хворобою, 8 хворих з кістозною хворобою легень) та з індексом маси тіла (ВМІ) 18,5-24,9; 2-а група – 32 хворих із ХНЗЛ (17 хворих з хронічним абсцесом легень, 9 хворих з бронхоектатичною хворобою, 6 хворих з кістозною хворобою легень) і з ВМІ ? 30,0. Контролем служили 19 здорових донора чоловічої статі у відповідному віковому діапазоні (здорові особи). Вміст в плазмі крові адипонектину визначали методом імуноферментного аналізу з використанням тест-системи “Adiponectin (human) EIA Kit” (Cayman Chemical Company, США). Оптичну щільність кінцевої ферментативної реакції визначали фотометрично.

Нами встановлено, що рівень адипонектину в плазмі крові в групі здорових осіб становить $5,82 \pm 0,30$ мкг/мл, а у хворих чоловічої статі 1-ї і 2-ї груп при надходженні підвищений відповідно до $16,80 \pm 0,65$ мкг/мл і $11,55 \pm 0,48$ мкг/мл ($p < 0,001$).

Указані факти свідчать, що перебіг гнійно-деструктивних форм ХНЗЛ при ожирінні у осіб чоловічої статі характеризується глибоким порушенням адипокінового гомеостазу (в порівнянні з хворими з нормальним ВМІ) – зниженням рівня антизапального цитокіну – адипонектину в плазмі крові.

УДК 616.127-005.8-085:615.837.3

**ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКУ
У КОМПЛЕКСІ ПОСТІНФАРКТНОЇ
ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ**

С.А. Новіков

Одеський національний медичний університет

Ультразвук (УЗ) є фізичним фактором протизапальної дії, що широко використовується під час лікування різних захворювань. Однак питанням про його використання у хворих на інфаркт міокарду (ІМ) присвячені лише окремі повідомлення.

Мета роботи – вивчення впливу УЗ на мікроциркуляцію хворих на ІМ у підгострій стадії та можливість включення його у реабілітаційний комплекс пацієнтів, у котрих перебіг основного захворювання ускладнився кардіоплевогрудинним варіантом постінфарктового синдрому Дресслера.

Мікроциркуляція вивчалась методом бульбарної мікроскопії, з оцінюванням у балах, стану стінок мікросудин, кровотоку у них, периваскулярних змін та розрахунком сумарного показника – кон'юнктивального індексу (КІ). Ефективність реабілітації оцінювалась на підставі динаміки толерантності до фізичних навантажень методом велоергометрії.

Спостерігались 62 хворих на ІМ, що поступили на санаторний етап реабілітації. У всіх хворих на 2-3 тиждень захворювання була відмічена поява кардіалгії типу «плече-кисть» та «передня грудна стінка», еозинофілії у периферичній крові та підвищенням рівню С-реактивного протеїну, що дозволяло трактувати їх, як прояв постінфарктового синдрому. Патологічні зміни мікроциркуляції характеризувались зменшенням кількості функціонуючих капілярів, звуженням розміру артеріол, уповільненням кровотоку в них та периваскулярним набряком. КІ був підвищеним у середньому до $12,1 \pm 0,7$ од.

Пацієнти були розділені на 2 групи – по 31 у кожній. Реабілітаційний комплекс включав розширення рухової активності та ЛФК по загально визнаній методиці, приймання бета-адреноблокаторів, інгібіторів АПФ, антитромбоцитарних препаратів, статинів. Для лікування постінфарктового синдрому пацієнти 1-ї (контрольної) групи отримували

нестероїдний протизапальний препарат (НПЗЗ) – диклофенак по 100 мг на добу та, паралельно, гастропротектор Нексіум у добовій дозі 20 мг; 2-ї (основної) – УЗ потужністю 0,2-0,4 Вт/см² у неперервному режимі за лабільною методикою, тривалістю 10 хв на область лівих над- та підключичних ямок, ключиці, плечового суглобу, на курс 10 процедур. Отримані результати оброблялись статистично з оцінкою вірогідності на підставі критерію Ст'юдента.

У пацієнтів основної групи курс УЗ сприяв зниженню інтенсивності больових відчуттів та кардіофобічних реакцій. На цьому тлі реабілітація проводилась з оптимальною інтенсивністю, що дозволило підвистити потужність порогового навантаження при велоергометрії з 49,8±4,2 Вт до 73,3±4,9 Вт (p<0,001). При заключній бульбарній мікроскопії відмічено зниження КІ з 12,1±0,6 до 9,6±0,4 од (p<0,001) за рахунок артеріальної вазодилатації, прискорення кровотоку та зменшення периваскулярного набряку.

У контрольній групі хворих аналогічний ефект був менш вираженим, виразно проявляючись пізніше, що створювало умови для формування у пацієнтів кардіофобічних невротичних реакцій. КІ знизився з 12,1±0,7 до 9,9±0,5 (p<0,01) у більшому ступені за рахунок зменшення вираженості периваскулярного набряку, ніж судинного та внутрішньосудинного компонентів. Фізична реабілітація, яка проводилась з меншою інтенсивністю, підвищила толерантність до фізичного навантаження, що проявлялось достовірним зростанням порогової потужності з 48,6±4,0 Вт до 62,8±4,6 Вт (p<0,02), однак приріст даного показника – 14,2±0,8 Вт був достовірно меншим ніж у основній групі – 23,5±0,8 Вт (p<0,01).

Таким чином, проведення дослідження показало, що курсове застосування УЗ позитивний впливає на перебіг відновлюючого процесу у хворих на ІМ у підгострій стадії, при наявності запальної реакції у сполучних структурах верхнього плічового поясу та порушенні мікроциркуляції, а також дозволяє знизити медикаментозне навантаження на хворого та уникнути гастропатій, ризик появи яких зростає при одночасному призначенні НПЗЗ та антитромбоцитарних препаратів під час лікування постінфарктного синдрому.

УДК:616.24.5+616-85

**ПРЕПАРАТ КВЕРЦЕТИН В СКЛАДІ ЛІПОФЛАВОНУ
МАЄ СУБСТРАТ ВПЛИВУ НА СЛИЗИСТІЙ ОБОЛОНЦІ
БРОНХІВ ПРИ ІНГАЛЯЦІЙНОМУ ЗАСТОСУВАННІ
У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

Н.В.Обухова

ДУ “Донецький державний медичний університет “, м. Донецьк

До факторів, що сприяють поглибленню цитокінового дисбалансу у хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) відносять, зокрема, перенесений туберкульоз (ТВС) легень, що виступає в якості клінічного маркера наростання регіонарного (тканини бронхів) дисбалансу цитокінового гомеостазу (Тимченко О.Б., 2008). Спроби використання терапевтичної “анти-TNF-стратегії” у хворих із ХОЗЛ, котрі перенесли ТВС (або з прихованим ТВС) розкрили головне ускладнення анти-TNF-терапії – реактивацію прихованої ТВС інфекції (Hamdi H. и соавт., 2006; Saliu O. и соавт., 2006). В цьому зв’язку особливий інтерес, на нашу думку, заслугове використання в лікуванні хворих з ХОЗЛ, котрі перенесли туберкульозний процес, препаратів з антицитокіновою активністю, не відносяться безпосередньо до анти-TNF-препаратів.

Велика увага дослідників, особливо в останні роки, приділяється нетоксичним поліфенольным сполукам – флавоноїдам, біологічна активність яких *in vivo* пов’язана з їх здатністю опосередковано (через антиоксидантний ефект) модулювати цитокіновий потенціал, відновлювати остеобластогенез через активацію, незалежну від рецепторів естрогену, взаємодіяти з вільними радикалами, обривати ланцюгові вільнорадикальні реакції, інактивувати ліподіоксиди, ліпоксиди; змінювати активність різних ферментів (Tabak C. и соавт., 2001). В невеликому ряду водорозчинних форм кверцетину особливе місце займає ліпофлавонон – кверцетин, включений в унікальну систему доставки – ліпосому. Останнє дозволяє добитися: водорозчинності кверцетину; активної penetрації кверцетину у вогнище запалення завдяки високій біодоступності ліпосомальної форми доставки; синергізму ефектів кверцетину і ліпосомальної форми фосфатидилхоліну, що супроводжується достовірним підсиленням антиоксидантного, цитопротекторного й ендотелійпротекторного ефекту

(Дудниченко А.С. та співавт., 2001). У вітральних експериментальних моделях доведено, що фосфатидилхолінові ліпосоми чинять модулюючий вплив на LPS-стимульований синтез TNF- β , IL-1 ν і TGF- ν 1 клітинами епітелію бронхів хворих із ХОЗЛ, котрі перенесли ТВС легень і протікаючим в поєднанні з анемією (Лимарев В.А., Гришин М.М., 2011).

Нами з метою відповіді на питання, чи має препарат кверцетин в складі ліпофлавоноу субстрат впливу на слизистій оболонці бронхів, проведено порівняльне дослідження препаратів ліпофлавоно (фосфатидилхолінові ліпосоми + кверцетин) і ліпін (фосфатидилхолінові ліпосоми) на функціональну активність клітин епітелію бронхів. Для цього нами проведено порівняльне дослідження впливу указаних препаратів на проліферативну активність епітелію бронхів.

Під спостереженням перебувало 54 хворих із ХОЗЛ (I-II ступеня тяжкості, стабільний перебіг), яких розподілили наступним чином: в 1-у групу ввійшли 26 хворих із ХОЗЛ, 2-у групу склали 28 хворих із ХОЗЛ, котрі перенесли різні форми ТВС легень. Для культивування клітин епітелію бронхів (отримували з мокротиння) використаний метод краткострочних органних культур за Лурія Е.А. (1972).

Установлено, що у здорових осіб відсоток мітозів на 300 епітеліальних клітин (ПІ), отриманих із БАЗ, становить $21,71 \pm 0,74$. У хворих 1-ї групи ПІ знижений на 42,8 % ($p < 0,001$), а у хворих 2-ї групи – на 62,7 % ($p < 0,001$). Установлено також, що наявність перенесеного ТВС легень є суттєвим “фактором обтяження” порушень репаративної регенерації бронхіального епітелію у хворих із ХОЗЛ.

В досліді із введенням в культуральне середовище фосфатидилхолінових ліпосом (ліпіну) у здорових осіб ПІ суттєво не змінюється, а у хворих 1-ї і 2-ї груп – зростає відповідно на 35,7 % ($p_1 < 0,001$) і на 43,7 % ($p_1 < 0,001$). В експериментальній моделі з введенням в культуральне середовище ліпофлавоноу (в порівнянні з ліпіном) ПІ зростає відповідно на 15,3 % ($p_2 < 0,02$) і на 40,6 % ($p_2 < 0,001$).

Таким чином, нами встановлено, що препарат кверцетин в складі ліпофлавоноу має субстрат впливу на слизистій оболонці бронхів, підтвердження чому є статистично більш значимий вплив ліпофлавоноу (фосфатидилхолінові ліпосоми + кверцетин) в порівнянні з ліпіном (фосфатидилхолінові ліпосоми) на функціональну (проліферативну) активність клітин епітелію бронхів. Препарат фосфатидилхолінові ліпосоми має субстрат впливу на слизистій оболонці бронхів за даними наукової літератури (Лимарев В.А., 2009).

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СІОФОРУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ТА ГІПЕРІНСУЛІНІЗМОМ НА СТАДІЇ ПРЕДІАБЕТУ

Пасечко Н.В., Наумова Л.В., Смачило І.П., Боб А.О.,
Гаврилюк М.Є., Голик І.В.

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

Вступ. Проведені епідеміологічні та клінічні спостереження дають підставу стверджувати, що в Україні до 2015 року буде налічуватися близько 19,4% жінок та 7,4% чоловіків з ожирінням у віці 15-70 років. Результати вивчення взаємозв'язку топографії жирової тканини і метаболічних порушень дозволили розглядати абдомінальне ожиріння, як самостійний фактор ризику цукрового діабету 2 типу і серцево-судинних захворювань.

Матеріали і методи. У схему обстеження хворих включали антропометричні дані (ІМТ), об'єм талії (ОТ), об'єм стегон (ОС), співвідношення ОТ/ОС, визначення маркерів синдрому інсулінорезистентності, проводили стандартний глюкозо-толерантний тест. Результати дослідження та їх обговорення.

Всі обстежувані були жінки віком 25-50 років і масою тіла 91-130 кг, об'ємом талії більше 108 см, ОТ/ОС більше 0,95. Першу групу (34 особи) склали жінки які крім модифікації способу життя отримували препарат з групи метформінів, і другу (20 пацієнток) – жінки які отримували лише немедикаментозне лікування.

Крім модифікації способу життя та корекції харчування, хворим І групи, було призначено препарат з групи метформінів в початковій дозі 850 мг два рази на добу, при недостатньому зниженні маси тіла дозу поступово збільшували до 1000 мг три рази на добу. За період спостереження, який складав 6 місяців, нами відмічено поступову втрату маси тіла 2,5-3,5 кг/міс у першій групі. У групі порівняння відмічено зниження маси на 0,5-0,7 кг/міс. із стабілізацією даного показника через 6 місяців без подальшого схуднення.

При проведенні біохімічного дослідження крові виявлено зниження рівня холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності у всіх пацієнток, проте нормалізація ліпідограми спостерігалася лише у пацієнток

першої групи, у осіб контрольної групи нормалізація показників відмічалася лише у 17% пацієнток.

Висновки. Ефективність лікування аліментарно-конституційного ожиріння залежить від коректності дозування препаратів з групи метформінів, оптимальною слід вважати дозу 850-1000 мг два рази на добу. Використання даних препаратів при ожирінні, порушенні толерантності до вуглеводів відтягує перехід предіабету в маніфестну форму цукрового діабету, шляхом зниження маси тіла та нормалізації показників ліпідного та вуглеводного обміну.

УДК 616-08+616.348.002

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

Петрина В.О., Шаповал О.А.

Івано-Франківський національний медичний університет

На сьогодні доведена ефективність вивчення оцінки якості життя (ЯЖ) хворих для отримання інформації про індивідуальну реакцію людини на захворювання та лікування.

Мета дослідження: оцінка методу вивчення ЯЖ у розробці алгоритму ведення хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК).

Матеріали та методи: 32 хворих на НВК, що пройшли анкетування зі застосуванням міжнародного опитувальника за визначенням ЯЖ хворих на запальні захворювання кишечника (IBDQ).

Результати дослідження групи хворих на НВК свідчать про зниження ЯЖ за всіма показниками (кишковими, системними, емоційними і соціальними), що складало $44,19 \pm 3,45$, $19,65 \pm 2,47$, $55,67 \pm 6,27$ і $20,5 \pm 1,27$ балів відповідно. Максимально можливі значення на підставі опитувальників складають 70, 35, 84 і 35 балів відповідно для кожного з показників. Однією з перших в спостережуваній групі хворих у період загострення хвороби порушується кишкова функція ($46,1 \pm 2,7$ балів) та різко знижуються показники соціальної та психоемоційної сфер ($25,8 \pm 1,9$, $62,6 \pm 3,6$ балів відповідно). Після ефективно підбраної та проведеної терапії зі застосуванням внутрішньокишкового введення препаратів показники,

які визначають ЯЖ, у середньому підвищились до $168,9 \pm 3,23$ балів ($p < 0,05$).

Оцінка ЯЖ пацієнтів на НВК – важливий компонент дослідження, що дає цінну інформацію про фізичне, психологічне і соціальне функціонування хворого. Використання міжнародних опитувальників у групі хворих на НВК у динаміці (не менше 2 разів на рік) дає найкращу можливість оцінити ЯЖ та прогнозувати перебіг захворювання.

УДК 616.36-004-06:616.36-008.6]-074

АНАЛІЗ РІВНЯ КОЛАГЕНУ IV У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ З РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА

О.Є. Самогальська, О.В. Баб'як

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет»

Враховуючи, що результати міжнародних мультицентрових і вітчизняних досліджень виявили високу достовірність кореляції між активністю процесів фіброгенезу та рівнем у сироватці крові колагену IV, дослідження і аналіз даного показника є важливим для оцінки стану хворих на цироз печінки (ЦП).

Метою нашого дослідження було вивчення рівня колагену IV хворих на ЦП з різним індексом маси тіла (ІМТ). Для виконання завдань дослідження обстежено 117 хворих на ЦП стадії субкомпенсації, з них – 86 з алкогольним ЦП (АЦП), 31 – з НСV-асоційованим вірусним ЦП (ВЦП) (група порівняння). Контрольна група, репрезентативна з основною за віком і статтю, складалася з 20 практично здорових осіб (ПЗО). Середній вік обстежених хворих становив $(48,2 \pm 7,33)$ років, тобто превалювали пацієнти працездатного віку, що підкреслює не тільки медичне, а і соціальне значення проблеми діагностики і лікування ЦП. Чоловіків було 76 (65,0 %), жінок – 41 (35,0 %).

Діагноз встановлювали за класифікацією Міжнародної робочої групи і Всесвітнього конгресу гастроентерологів (Лос-Анжелес, 1994) та МКЗ-10. Всім хворим визначали ІМТ за формулою Кетле. У обстежених хворих зареєстровано вірогідне підвищення рівня колагену IV в 7,5 рази порівняно з ПЗО ($p < 0,05$) без суттєвої різниці в групах АЦП і ВЦП ($p > 0,05$), вірогідно

вище значення показника у жінок ($p < 0,05$). При АЦП у хворих з надмірною вагою зафіксовано вірогідно вище значення показника ($p < 0,05$), що може свідчити про відповідні більш глибокі фібротичні процеси в печінковій тканині. Кореляційний аналіз виявив наявність прямого зв'язку рівня ІМТ і колагену ІV тільки у жінок з АЦП. Таким чином, за рівнем профіброгенного маркера колагену ІV можна допустити більш несприятливий перебіг АЦП у жінок з надмірною вагою.

УДК 616.24-002-085.33.035.1

**ДИНАМІКА СТРУКТУРИ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ
НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ
ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ
БАГАТОПРОФІЛЬНОГО СТАЦІОНАРУ**

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

*ДВНЗ „ Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського ”*

Діагноз негоспітальної пневмонії (НП) вважається безумовним показанням до призначення антибіотиків як основи лікування цього захворювання. Чинні клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю “ Пульмонологія ” детально регламентують вибір препаратів, їхніх комбінацій і схем застосування.

Мета роботи – порівняльний аналіз структури антибіотикотерапії при лікуванні хворих на НП у терапевтичному відділенні багатопрофільної лікарні у 2007 – 2008 рр. і у 2010 – 2011 рр.. Нами проведено ретроспективне вивчення 162 випадків лікування хворих на НП із неважким перебігом. Вік пацієнтів – від 17 до 72 років (у середньому $48,3 \pm 7,9$ року), чоловіків було 98, жінок – 64. 82 хворих (І група) лікувались з приводу пневмонії у 2007 – 2008 рр., 80 хворих (ІІ група) – у 2010 – 2011 рр..

Результати аналізу показали, що хворим І групи було призначено 134 антибактеріальні препарати (в середньому по 1,63 на 1 пацієнта), при цьому монотерапія застосовувалась у 34 (41,5 %) хворих, два антибіотики отримували 44 (53,7 %) обстежених, три препарати – 4 (4,9 %) пацієнти.

Найчастіше використовувались: аугментин – 27 (32,9 %) чол., левофлоксацин – 19 (23,2 %) чол., сумамед – 11 (13,4 %) чол., цефтріаксон – 10 (12,2 %) чол., азитроміцин – 8 (9,8 %) чол.. У якості монотерапії найбільше призначались аугментин і левофлоксацин. Найпоширенішою комбінацією препаратів було призначення аугментину з левофлоксацином (у 14 хворих), інші поєднання антибіотиків застосовувались довільно і безсистемно.

Аналіз структури антибіотикотерапії у пацієнтів II групи засвідчив, що для їхнього лікування було призначено 124 препарати (в середньому по 1,55 на 1 пацієнта). У вигляді монотерапії антибіотики були призначені 41 (51,3 %) хворому, двома препаратами лікувались 35 (43,8 %) обстежених, три антибіотики отримували 3 (3,8 %) пацієнти, чотири – 1 (1,3 %) хворий. Частота використання препаратів була наступною: аугментин (амоксиклав) – 31 (38,8 %), левофлоксацин – 11 (13,8 %) обстежених, сумамед – 26 (32,5 %), цефтріаксон – 24 (30,0 %) хворих, азитроміцин – 13 (16,3 %) пацієнтів. У вигляді монотерапії найчастіше застосовувались аугментин і сумамед. Найпоширенішою комбінацією препаратів було застосування аугментину (амоксиклаву) із цефтріаксоном (20 хворих).

Проведене аналітичне дослідження показало, що за період з 2007 – 2008 рр. по 2010 – 2011 рр. структура антибіотикотерапії хворих на негоспітальну пневмонію в умовах терапевтичного відділення багатопрофільної лікарні зазнала позитивної динаміки. Свідченням цього є збільшення частоти призначення захищених пеніцилінів (аугментину і амксиклаву), макролідів (сумамеду і азитроміцину), цефтріаксону. Також раціональнішим стало застосування комбінацій антибіотиків. До недоліків слід віднести невиправдано часте застосування фторхінолонів, неправильний вибір препаратів, поліпрагмацію.

УДК: 616.33002.2

**КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ
ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ ТЕРАПІЇ ГАСТРОПАТІЙ,
АСОЦІЙОВАНИХ З ПРИЙОМОМ НЕСТЕРОЇДНИХ
ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ**

О.Є. Самогальська, М.П. Гаріян, В.О. Лихацька, І.М. Марків,
В.Ф. Тюріна, І.В. Мерецька, З.П. Мандзій

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет»

Приєм нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) супроводжується рядом побічних ефектів, перше місце серед яких посідають дистрофічні й запальні зміни слизової оболонки травного каналу, що проявляється ерозіями і виразками шлунка та дванадцятипалої кишки, тобто розвитком гастропатій. Лікування гастропатій, індукованих НПЗП, є не лише актуальною проблемою, але і складним завданням, оскільки в більшості хворих не вдається відмінити НПЗП у зв'язку з високим ризиком загострення захворювання, із приводу якого пацієнт їх систематично приймає. Основною метою роботи було у хворих з гастропатіями дослідити клініко-фармакологічну ефективність призначення їм антисекреторних препаратів різних груп.

Проаналізовано 60 карт хворих на гастропатію. З них чоловіків 24, жінок – 36. Вік хворих від 32 до 68 років. Основні скарги хворих: біль, нудота, здуття живота, загальна слабкість. Для лікування хворих на гастропатію були призначені схеми лікування які включали фамотидин – 15 хворих, омепразол (омез) – 15 хворих, езомепразол (нексіум)– 15 хворих, фамотидин і тіотриазолін – 15 хворих. Проведено аналіз ефективності лікування на 10, 15 і 20 день.

У хворих на гастропатію через 10 днів від початку лікування фамотидином симптоми зберігалися у 9 осіб з 15, через 15 днів симптоми залишалися у 4 хворих. Таким чином, достатньо 20 днів лікування фамотидином для значного покращання стану хворих. Вартість курсу лікування: 14грн.

Результати терапії омепразолом свідчать про повільну динаміку симптомів, тільки на 15 день від початку лікування зникли прояви хвороби у 6 з 15 хворих, у 3 пацієнтів залишався больовий синдром. Тобто для зняття симптоматики необхідно 20 днів лікування. Після проведеного

лікування гастропатій, виявлено, що лікування омепразолом в порівнянні з езомепразолом і фамотидином, є хоч і дешевшим, але більш тривалим. Клінічні симптоми у хворих повністю зникли на 20 день. Витрати на курс лікування становили 23,2 грн.

У хворих на гастропатію через 5 днів від початку лікування езомепразолом симптоми зберігалися у 2 осіб з 15, через 10 днів тільки у 1 хворого відмічалася загальна слабкість. Таким чином, достатньо 10 днів лікування езомепразолом для значного покращання стану хворих. Вартість курсу лікування: 241,80 грн.

Таким чином, використання езомепразолу за найкоротший термін сприяє зникненню симптомів гастропатії, при цьому вартість її найвища з 3-х наведених схем.

Вартість лікування фамотидином виявилася найнижчою, тому ми посилили цю схему препаратом з вираженими антиоксидантними властивостями – тіотриазоліном. У хворих на гастропатію через 10 днів від початку лікування фамотидином і тіотриазоліном симптоми зберігалися тільки у 1 хворого 15. Таким чином, достатньо 10 днів лікування фамотидином і тіотриазоліном для значного покращання стану хворих. Витрати на курс терапії склали 43 грн.

Висновки. 1. Для зняття симптомів гастропатії найбільш ефективними виявилися схеми з використанням езомепразолу (нексіуму) і сумісне використання фамотидину і тіотриазоліну. 2. Вартість курсу лікування фамотидином і тіотриазоліном в 6,6 рази менше за курс лікування езомепразолом і може застосовуватися для лікування гастропатій.

УДК 616.233-002:616.24-002.5

ПОЄДНАННЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

І.О. Сем'янів, О.В. Підвербецька, І.В. Єременчук

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Туберкульозний процес у бронхах виявляється при всіх клінічних формах ТБ. Він є невід'ємною компонентою патоморфологічних змін при ТБ і в уражених ділянках легень спостерігається у 100% випадків.

Мета дослідження: встановити особливості перебігу бронхообструктивного синдрому у хворих на туберкульоз легень.

Результати та обговорення: у хворих з вперше діагностованим туберкульозом легень (ВДТБ) бронхообструктивний синдром (БОС) спостерігається більш ніж у половині випадків, а в разі тривалості захворювання понад 4 роки – у 80%. У більшості випадків у хворих з поширеними формами туберкульозу (ТБ) легень бронхообструкція носить генералізований характер, а морфологічною ознакою є запальні зміни у бронхах специфічного генезу, які виявляються методом бронхоскопії практично у 88% пацієнтів.

Клінічні прояви БОС у хворих на ТБ легень схожі на симптоми бронхіальної обструкції при хронічному обструктивному захворюванні легень, однак при цьому має місце цілий ряд відмінних ознак.

Результати клінічного аналізу показали, що маніфестною ознакою БОС була задишка (у 84,9% випадках). БОС у хворих на ТБ негативно впливає на ефективність лікування відповідних категорій пацієнтів.

БОС при туберкульозі проявляється низкою характерних клінічних ознак: експіраторна задишка, кашель, загальна слабкість. У більшості хворих бронхообструкція генералізована з переважанням порушення бронхіальної прохідності у дистальних і середніх відділах дихальних шляхів, а обов'язковою морфологічною ознакою є наявність запальних змін.

ЧАСТОТА УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ ТА НИРОК У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

Сміян С.І., Даньчак С.В., Франчук М.В.

*Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського*

Актуальність. Подагра — хронічне захворювання, пов'язане з порушенням обміну сечової кислоти, яке клінічно проявляється рецидивним артритом, утворенням тофусів, ураженням внутрішніх органів. За даними епідеміологічних досліджень, на подагру страждає до 0,3 % дорослого населення планети, 90% з них становлять чоловіки (Коваленко В.М., Шуба Н.М., 2003;). Приблизно у 30% хворих

виявляються ознаки захворювання нирок при цьому 22-25% хворих на подагру гинуть від хронічної ниркової недостатності (Синяченко О.В., 2007). Також беручи до уваги спільну етіологію подагри та уражень гепатобіліарної системи актуальним є дослідження стану органів гепатобіліарної системи у зазначеної категорії пацієнтів. За епідеміологічними даними ознаки ураження паренхіми печінки спостерігаються в 25 % випадків.

Мета дослідження. Вивчити частоту подагричного ураження печінки та нирок, їх вплив на клінічний перебіг та прояви подагри.

Матеріал і методи. Дана робота базується на результатах обстеження 102 хворих на подагру. Всю групу обстежених склали чоловіки (100%) віком від 39 до 72 років. Середній вік обстежених становив $52,2 \pm 0,65$ років. Рентгенологічні зміни I ступеня присутні у 15% пацієнтів, II ступеня у 66% пацієнтів, III ступеня у 17,65 пацієнтів. Легкий перебіг захворювання спостерігався у 17% пацієнтів, середній у 56,65% пацієнтів, перебіг важкого ступеня у 25% хворих. Працездатність збережена у 23%, а втрачена у 76% пацієнтів. ІМТ знаходився в межах норми 2% пацієнтів, надлишок маси тіла виявлено у 33% пацієнтів і ожиріння виявлено у 66% пацієнтів. Збільшення розмірів печінки констатовано у 35 % хворих, болючість при пальпації у правому підребер'ї – у 32% обстежених. За результатами лабораторних досліджень у 68 % хворих виявлені ознаки, які свідчили про ураження печінки. Зокрема, незначне підвищення рівня загального білірубіну виявлено в 25% пацієнтів, холестерину – у 68%, дисліпідемія у 97%. Ураження нирок у вигляді нефролітіазу виявлено у 34% пацієнтів, протеїнурія у 21%. Причому ці зміни асоціювалися з тривалістю захворювання, наявністю тонусів та артеріальної гіпертензії.

Висновок. Таким чином хворим на подагру притаманні ураження печінки та нирок які на початкових етапах хвороби мають прихований характер, також частота та вираженість ураження останніх зростають із збільшенням тривалості захворювання, віку пацієнтів та супутніх станів.

УДК 616.36.361-085

**ЗАСТОСУВАННЯ НУКЛЕЇНАТУ НАТРІЮ
В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ
З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

Н.А. Хабарова, А.В. Єпішин, П.Я. Шерстюк, Н.І. Ілляш

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

У літературі є повідомлення про позитивний вплив нуклеїнату натрію при лікуванні захворювань внутрішніх органів.

Метою нашої роботи було визначити стан імунної системи та ефективність комплексної терапії із застосуванням нуклеїнату натрію на перебіг хронічних запальних захворювань біліарної системи у людей похилого віку.

Обстежено 75 хворих похилого віку з хронічними запальними захворюваннями біліарної системи (ХЗЗБС). Хронічний холецистит було виявлено у 33 хворих, хронічний холецистогепатит – у 15, хронічний холецистопанкреатит – у 27 пацієнтів. Серед хворих чоловіків було 25, жінок 50. За віком пацієнти були від 60 до 74 років, але переважна більшість (61,3%) була віком від 60 до 65 років. Тривалість хвороби у 52,0% не перевищувала 10 років.

Імунні дослідження проводились загальноприйнятими методами при поступленні і виписці хворих із стаціонару. В якості норми служили імунні показники 15 здорових осіб обох статей віком від 60 до 72 років. Отримані результати були близькими до даних, які приводяться в літературі.

Результати імунологічних досліджень показали, що у хворих на ХЗЗБС у період загострення хвороби спостерігались суттєві зміни системи Т- і В-лімфоцитів. Особливістю зрушень в системі клітинного імунітету було: Т-лімфопенія на фоні зміни регуляторних субпопуляцій (послаблення Т-супресорної, а іноді і Т-хелперної ланок), підвищення сенсibiliзації лімфоцитів до тканинних антигенів жовчного міхура, печінки, підшлункової залози ($P < 0,05-0,01$).

Зміни показників гуморального імунітету проявлялися в достовірному збільшенні кількості В-лімфоцитів, IgM, IgG, титру протитканинних антитіл і циркулюючих імунних комплексів сироватки крові ($P < 0,05-0,01$). Вміст сироваткового IgA достовірно не змінювався ($P > 0,2$). При дослідженні

природних факторів захисту (комплементу, лізоциму сироватки крові) виявлено значне їх зниження ($P < 0,01$). Найбільш виражені зміни в імунному статусі спостерігалися при приєднанні до хронічного холециститу реактивного гепатиту або панкреатиту.

Всі хворі, враховуючи форму захворювання, отримували комплексне лікування: антибактеріальні засоби, спазмолітики, жовчогінні, ферментні препарати, гепатопротектори, вітаміни (базова терапія).

38 хворим похилого віку на фоні базової терапії призначали нуклеїнат натрію по 250 мг в середину чотири рази на добу протягом 3-х тижнів. Контролем для них служили 50 хворих із аналогічними клінічними та імунологічними змінами, яким проводилась лише базова терапія.

Дослідження показали, що лікування з використанням нуклеїнату натрію сприяло більш помітному поліпшенню показників імунітету та більш швидкому зникненню клінічних проявів хвороби порівняно з загальноприйнятою терапією, що дозволило скоротити тривалість стаціонарного лікування на 5-6 днів.

Підводячи підсумок результатів дослідження, можна зазначити, що позитивні результати, отримані при клінічному використанні нуклеїнату натрію в лікуванні хворих похилого віку на ХЗЗБС, переконують в перспективності подальшого вивчення його терапевтичних можливостей. Правильне поєднання загальноприйнятої терапії та нуклеїнату натрію, на нашу думку, є оптимальним при лікуванні хронічних запальних захворювань біліарної системи.

УДК 616.1-02+612.662.9

МОЖЛИВОСТІ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКІВ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ КАТАСТРОФ У ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ

Чабан Т.І., Маринець В.М.

*Кафедра внутрішніх хвороб ПВНЗ „Київський медичний університет
УАНМ”*

Актуальність теми: В Україні за останні 25 років поширеність серцево-судинних захворювань серед населення зросла в 3 рази, а рівень

смертності від них — на 45 %. Для вживання конкретних і ефективних заходів серед населення необхідно мати повну й достовірну інформацію щодо поширеності факторів ризику як у популяції в цілому, так і в окремих статтево-вікових групах.

Мета роботи: Оцінити ризик захворіти на серцево-судинне захворювання або отримати ускладнення уже наявної хвороби у жінок клімактеричного періоду.

Методи: У дослідження було включено 42 жінки, які перебували в менопаузі більше 5 років і звернулися на амбулаторний прийом з приводу підвищення артеріального тиску. Використовувались система оцінки 10-ти річного ризику ішемічних подій PROCAM, шкала 10-ти річного ризику виникнення фібриляції передсердь FLEMINGHAM та шкала 10-ти річного фатального ризику серцево-судинних захворювань SCORE.

Результати: Середній вік учасниць $65,5 \pm 1,5$ р., середній вік останньої менструації 52 ± 2 р., середній артеріальний тиск 131 ± 13 мм рт ст., середній систолічний артеріальний тиск 188 ± 12 мм рт ст, середній діастолічний артеріальний тиск 106 мм рт ст., середній рівень тригліцеридів $2,4 \pm 0,3$ ммоль/л, середній рівень ліпопротеїдів високої щільності $1,1 \pm 0,08$ ммоль/л, середній рівень ліпопротеїдів низької щільності $3,44 \pm 1,8$ ммоль/л. Гіпертонічною хворобою хворіла 41 жінка (97,6%), цукровим діабетом 8 жінок (19%), перенесли інфаркт міокарда 7 жінок (16,6%), курцями були 6 жінок (14,2%), гіперліпідемію мали 26 жінок (61,9%), ожиріння мали 19 жінок (45,2%). За шкалою FLEMINGHAM: 18(43,0%) жінок на протязі майбутнього 10-ліття мають ризик виникнення фібриляції передсердь понад 30%, 7(16,6%) жінок більше 20%, 8(19,0%) жінок більше 10% та 9(21,4%) жінок мали менше 10%. За допомогою системи PROCAM отримано такі результати: 4(9,5%) жінки мали ризик виникнення серцево-судинних катастроф понад 30%, 15(35,7%) жінок мали ризик понад 20%, 9(21,4%) більше 10% та 14(33,4%) менше 10%. За шкалою 10-ти річного фатального ризику серцево-судинних захворювань SCORE 27(64,3%) жінок мали дуже високий та високий рівень ризику – понад 5-8%, 15(35,7%) жінки мали помірний – 4-5% та низький рівень ризику <4%.

Висновок: Результати цього дослідження показали високий ризик захворіти на серцево-судинне захворювання або отримати ускладнення від наявного захворювання протягом наступних 10-ти років жінок клімактеричного періоду. особливо це залежить від способу життя, правильності харчування, маси тіла, ліпідів, рівня артеріального тиску та

куріння. Тому в першу чергу сімейні лікарі мають робити акцент у пацієток під час клімаксу на ці фактори ризику і намагатись знизити їх за допомогою зміни способу життя.

УДК 616.61—092+616.1—02

ПІДВИЩЕНИЙ РІВЕНЬ КРЕАТИНІНУ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Чабан Т.І., Гонтаренко Н.М.

*Кафедра внутрішніх хвороб ПВНЗ „Київський медичний університет
УАНМ”*

Вступ: Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я серцево–судинні захворювання (ССЗ), посідаючи перше місце за поширеністю, є провідною причиною смертності у більшості розвинутих країн світу і в Україні, проте в українському суспільстві обізнаність щодо факторів ризику від них дуже низька, а смертність – дуже висока. Щороку в Україні 6 з 10 смертей спричинені саме серцево-судинними захворюваннями.

Мета роботи: Оцінити ризик ускладнень серцево-судинних захворювань, за допомогою системи оцінки 10-ти річного ризику ішемічних подій PROCAM та шкалою 10-ти річного ризику виникнення фібриляції передсердь FLEMINGHAM.

Методи дослідження: Для даної роботи було використано такі характеристики: вік хворих, стать, ліпідограма (рівень холестерину, ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), тригліцериди), індекс маси тіла, систолічний та діастолічний артеріальний тиск, куріння, цукровий діабет, спадковість, рівень креатиніну.

Результати: У дослідженні приймали участь 43 пацієнти з артеріальною гіпертензією з них 35(81,4 %) чоловіків та 8(18,6%) жінок. Вік хворих коливався від 50 до 80 років, у середньому 62 ± 1 роки. Середній систолічний АТ - 170 ± 10 мм.рт.ст. та діастолічний 98 ± 5 мм.рт.ст. Кількість курців склало 12 хворих (28%) – всі чоловіки.

З надмірною вагою в тому числі з ожирінням -33(76,7%) хворих. Середня вага для чоловіків складала 89 ± 2 кг, для жінок 80 ± 2 кг. Середній рівень загального холестерину становив $4,6 \pm 1$ ммоль/л, тригліцериди- $2,1 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПВЩ- $1,6 \pm 0,5$ ммоль/л та ЛПНЩ- $2,5 \pm 0,4$ ммоль/л. Спадковість серцево-судинних захворювань мали 23(53,5%) пацієнтів, які не знали про можливий спадковий фактор у розвитку в них ССЗ – 8(18,6%) та які не мали цього фактору -12(27,9%) хворих. Підвищений рівень креатиніну відмічався у 14(32,5%) хворих. За даними фрамінгемської шкали отримати фібриляцію передсердь протягом наступних 10 років більше 8% – мали 8 (8,5%) хворих, 8-12% – 7 (16,1%) хворих, 16-22% – 6(13,5%) хворих та >30% – 22 (51,1%) – хворих. За шкалою PROCAM отримати ішемічні події протягом наступних 10 років мали <10 % у 25,6% хворих, 10-20 у 48, 8% хворих, 20-30 і більше у 25,6% хворих. Усі 14 пацієнтів з підвищеним рівнем креатиніну мали найвищий ризик тобто >30% за обома шкалами.

Висновки: Підвищений рівень креатиніну є незалежним фактором для отримання протягом наступних 10 років життя гострі коронарні події : гостре порушення мозкового кровообігу, гострий інфаркт міокарду, транзиторні ішемічні атаки, фібриляцію передсердь та інші. Тому раннє визначення рівня креатиніну в крові відіграє важливе значення для подальшої адекватної тактики лікування.

УДК 616-071+575.191+616.24

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВІКУ МАНІФЕСТАЦІЇ ПРИ УСПАДКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Н.В. Чернюк, Л.Є. Ковальчук

ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”

Упродовж останніх років пріоритетного значення набуває вивчення особливостей формування та перебігу мультифакторних захворювань, зокрема хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) з наступним попередженням його виникнення і розвитку в нащадків. Метою дослідження було оцінювання ступеня ризику розвитку ХОЗЛ за

допомогою аналізу родоводів хворих із врахуванням віку маніфестації хвороби у батьків і дітей та визначенням показника антиципації. Методи дослідження: загальноклінічні обстеження, клініко-генеалогічний метод. Проаналізовано такі родинні пари: батьки-діти, батьки-дочка, батьки-син, мати-дочка, мати-син, батько-дочка, батько-син, мати-нащадок, батько-нащадок. Захворюваність на ХОЗЛ у родовах обстежених коливалася від 12,09 % до 33,87 % і в середньому складала 25,13 %. Детальний аналіз родоводів 339 хворих на ХОЗЛ показав, що серед них 28,61 % (52,57 % чоловіків і 47,43 % жінок), мали спадково обтяжений анамнез щодо бронхолегеневої патології. При цьому тип успадкування в 87,98 % випадків був автосомно-домінантним. Порівнянням ступеня генетичної обтяженості хворих за статтю виявлено близьку до вірогідної перевагу спадково схильних осіб серед жінок ($\chi^2=3,19$; $p=0,074$). У родичів першого, другого і третього ступенів споріднення ХОЗЛ зустрічалося з частотою 47,15, 18,65 і 12,14 %. У жінок генетична обтяженість за трьома ступенями споріднення дорівнювала відповідно 49,34, 19,57 і 15,43, у чоловіків – 38,56, 21,93 і 11,89 %. До групи ризику щодо виникнення ХОЗЛ належали особи, в родовах яких хвороба зустрічалася не менше ніж у 3,31 % родичів I-го і 1,98 % – II-го ступенів спорідненості. Проведений аналіз віку маніфестації ХОЗЛ у хворих із спадковою схильністю показав, що захворювання у них виникало раніше, ніж у батьків. Діапазон мінливості різниці маніфестації ХОЗЛ у хворих жінок коливався від 7 до 12 років та у чоловіків – від 6 до 13 років порівняно з їх батьками при середньому значенні відповідно $(9,02 \pm 1,25)$ і $(8,51 \pm 1,44)$ років. У хворих матерів хворі діти народжувалися частіше в 1,42 рази, ніж у батьків ($p < 0,05$). Окрім того, у цих матерів частіше хворіли дочки (в 1,28 рази, $p > 0,05$), порівняно з синами. Більша ймовірність захворіти на ХОЗЛ була в синів, батьки яких мали бронхо-легеневу патологію – в 1,86 рази порівняно з такою щодо хворих дочок ($p < 0,05$). У родовах хворих чоловіків майже з однаковою частотою хворіли батько і мати. На противагу, у хворих жінок матері хворіли в 2,29 рази частіше, ніж батьки ($p < 0,05$). Між віком маніфестації захворювань у родичів виявлено пряму залежність. Коефіцієнт кореляції за цією ознакою між батьками–нащадками становив $r=0,30$ ($p < 0,05$). Серед сибсів також виявлено кореляційні зв'язки середньої сили ($r=0,47$ і $0,53$, $p < 0,05$), що може вказувати на важливу роль подібних чинників середовища. Таким чином, запропонований комплекс клініко-генеалогічних досліджень дозволяє виявляти групу ризику осіб схильних до бронхо-легеневої патології та

забезпечує розвиток персоналізованого напрямку медицини з урахуванням генетичних, середовищних та регіональних факторів.

Висновки. 1. Проведений аналіз ступеня генетичної спорідненості серед родичів трьох-чотирьох поколінь підтвердив мультифакторну природу та полігенний характер успадкування захворювання переважно за автосомно-домінантним типом. 2. Доведено, що у 41,01 % пацієнтів хвороба передавалася за материнською, у 29,02 % – за батьківською та у 18,00 % – за обома лініями. 3. Встановлений ефект антиципації при успадкуванні ХОЗЛ, що проявлявся тим, що в обстежених нащадків захворювання починалося раніше, ніж у їх батьків і супроводжувалися тяжчою симптоматикою.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають у вивченні клініко-генеалогічних параметрів та віку маніфестації при успадкуванні хронічного обструктивного захворювання легень, поєданого з артеріальною гіпертензією.

УДК: 616.37-002-036.11-06:616.15-005-07

**ДІАГНОСТИЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ
ЕНДОТЕЛІОЦИТІВ У КРОВІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ
ПАНКРЕАТИТ**

Чорномидз А.В.

*Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського*

Актуальність. В останній час спостерігається значне збільшення захворюваності на гострий панкреатит, що зумовлює актуальність даної проблеми. Загальні результати лікування хворих незадовільні і диктують необхідність в удосконаленні тактичних підходів і рішень. Тому пошук нових діагностичних маркерів прогнозування перебігу гострого панкреатиту є важливим завданням що ставлять перед собою більшість дослідників у галузі панкреатології. Мета дослідження полягає у визначенні діагностичної та прогностичної цінності визначення кількості циркулюючих ендотеліальних клітин (ЦЕК) у крові хворих на гострий панкреатит.

Матеріали і методи. Обстежено 58 хворих на гострий панкреатит. У 32 хворих діагностовано набрякову форму, а у 26 – деструктивні форми захворювання. Контрольну групу склали 32 практично здорових обстежених. Визначення кількості десквамованих ендотеліальних клітин проводили за методом J. Hladovec et al. в модифікації Сівак В.В., Тимофієвої Н.В та ін. Статистична обробка отриманих результатів проводилась з допомогою програм “Microsoft Office Excel 2007” та “STATISTICA 8.0”. З метою отримання значення показника для розподілу між групами використали побудову класифікаційного дерева за CART-алгоритмом. Критичний рівень значимості при перевірці статистичних гіпотез у даному дослідженні приймали рівним 0,05. Додатково визначали чутливість і специфічність діагностичного тесту, обчислювалась позитивна та негативна діагностична цінність запропонованого дослідження.

Результати. Встановлено, що при набряковій формі гострого панкреатиту на початку захворювання відмічається зростання кількості ЦЕК більш як в 2 рази в порівнянні із контрольною групою. На третю добу цей показник практично не змінювався ($p > 0,05$) і при виписці із стаціонару знижувався, хоча і залишався вище норми. Кількість у крові циркулюючих ендотеліальних клітин при панкреанекрозі зростає найбільше на 3 добу захворювання, і ці показники значно вищі у порівнянні із групою хворих на набрякову форму панкреатиту. При виписці із стаціонару у пацієнтів із панкреанекрозом рівень ЦЕК перевищує нормальні показники більш як в 2,5 рази. При оцінці отриманих результатів встановлено підвищення рівня в усіх хворих на гострий панкреатит. У порівнянні із контролем специфічність тесту становить 93,75%. Встановлено, що при зростанні рівня ЦЕК на початку захворювання вище $11,8 \times 10^4$ /мл варто прогнозувати важкий перебіг панкреатиту. Чутливість даного прогностичного тесту становить 64%, специфічність – 78,1%, позитивна прогностична цінність – 39%, негативна прогностична цінність – 43,8%. На третю добу захворювання важкий перебіг панкреатиту діагностували при кількості ЦЕК більше $12,3 \times 10^4$ /мл. Чутливість тесту в даному випадку становить 96%, специфічність – 96,9%. Достовірною є також прогностична цінність визначення динаміки зміни рівня ЦЕК на першу та третю добу захворювання. Так, при зростанні рівня даного показника варто діагностувати важкий перебіг панкреатиту (чутливість – 92%, специфічність – 90,6%, позитивна прогностична цінність – 44,2%, негативна прогностична цінність – 60%), а, відповідно, при зниженні кількості ЦЕК на третю добу захворювання діагностують набрякову форму

панкреатиту (чутливість – 78,1%, специфічність – 96%, позитивна прогностична цінність – 51%, негативна прогностична цінність – 12,5%).

Висновки. Визначення кількості циркулюючих ендотеліоцитів у крові може бути використано як додатковий маркер діагностики гострого панкреатиту, а також, як важливий показник, що дає можливість спрогнозувати перебіг захворювання.

ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ В ГОСТРУ СТАДІЮ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Швед М.І., Прокопович О.А, Михайлів Л.М., Мартинюк,
Л.П.Сидоренко О.Л.

*Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського*

Мета: визначити диференційно-діагностичні ознаки розвитку порушень функціонування печінки в гостру стадію інфаркту міокарда (ІМ).

Матеріали і методи. Обстежено 161 хворого на ІМ віком від 36 до 82 років. Групу контролю склали 30 практично здорових осіб. Критеріями виключення з дослідження були супутні гострі та хронічні захворювання печінки в анамнезі та діагностовані в процесі дослідження; зловживання алкоголем; декомпенсація серцевої діяльності (ХСН ІІА – ІІІ ст.); вроджені та набуті вади серця; тривалий прийом гепатотоксичних препаратів; наявність онкологічних та інфекційних захворювань; цукровий діабет, проведена тромболітична терапія.

Оцінку функціональної здатності печінки проводили за рівнями: загального білка, альбуміну, фібриногену білірубіну, холестерину, активністю АсАТ і АлАТ, γ -ГТП, ЛФ. Визначали вміст малонового альдегіду (МА), SH-груп, активність супероксиддисмутази (СОД), каталази, церулоплазміну, рівні Т- і В-лімфоцитів та їх субпопуляцій, імуноглобулінів (Ig) А, М, G, циркулюючих імунних комплексів (ЦК), б-фактор некрозу пухлин (б-ФНП), ультразвукове (УЗД) дослідження печінки та математико-статистичні дослідження.

Результати дослідження і їх обговорення. У 116 хворих (72 %) на ІМ діагностували функціональні порушення печінки (ФПП). Слід

відмітити, що ураження печінки переважно розвивались на фоні ІМ, який супроводжувався більш вираженими процесами післяінфарктного ремоделювання серця ($p < 0,05$).

Суб'єктивно ФПП проявлялися астено-вегетативним – у 97,4 %, диспепсичним синдромами – у 84,5 % та зниженням апетиту – у 78,5 %. За клініко-інструментальними даними, збільшення печінки виявлено у 113 осіб (97,4 %), що супроводжувалась болючістю в 70 хворих (60,3 %) та ущільненням її консистенції в 48 хворих (41,4 %). У 84,5 % даної групи виявлено «малі печінкові симптоми»: згладженість сосочків язика, гіркога в роті, почервоніння долоней, субіктеричність шкіри та склер, телеангіектазії тощо.

В біохімічному аналізі відмічалось підвищення вмісту загального білірубіну ($21,26 \pm 1,78$ мкмоль/л) (переважно за рахунок прямого білірубіну ($7,92 \pm 0,16$ мкмоль/л)), активності АлАТ ($0,81 \pm 0,01$ ммоль/(л·год)) та АсАТ ($0,89 \pm 0,16$ ммоль/(л·год)), що свідчило про наявність цитолітичного синдрому. Окрім цього, в обстежуваних даної групи збільшувалась активність γ -ГТП ($52,94 \pm 3,57$ ум. од./л) та ЛФ ($1,21 \pm 0,06$ мкмоль/л), що свідчило на користь синдрому холестазу. Слід відмітити також наявність діагностованих порушень синтетичної функції печінки, зокрема білковоутворювальної, про що свідчить зниження загального білка (60,29 г/л), альбуміну (32,02 г/л) та протромбінового індексу (80,59 %).

Доведено, що виразність порушень окисно-відновної рівноваги та імунологічного дисбалансу прямо корелює зі ступенем зрушень гемодинаміки та клініко-лабораторними ознаками розладів функціонального стану печінки. Особливістю даних уражень печінки є те, що в основі їх патогенезу лежить ішемія гепатоцитів, тому при адекватній і своєчасній антиоксидантній терапії та імунокорекції можна попередити незворотні зміни в печінці та міокарді.

Таким чином, у хворих на гострий ІМ з порушеннями функціонального стану печінки та вираженим зсувом окисно-відновної рівноваги доцільним є включення до комплексної терапії антиоксиданта біофлавоноїда кверцетину, при переважанні вторинного імунодефіциту – препарату рибонуклеїнової кислоти.

ВПЛИВ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ НА СОНОГРАФІЧНУ КАРТИНУ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ

Швед М.І., Михайлів Л.М, Мартинюк Л.П., Прокопович О.А.,
Сидоренко О. Л.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Вступ. Артросонографія – сучасний високочутливий неінвазивний метод діагностики артритів різної етіології. Проте потребує подальшого вивчення її використання для контролю ефективності лікування подагри. На даний момент залишається не вивченою можливість зворотнього розвитку мікрокристалічних включень сечової кислоти у хрящах, м'яких тканинах та кістках під впливом медикаментозної терапії. Заслугове подальшого вивчення можливість прогнозування перебігу суглобових уражень, контролю ефективності заходів вторинної профілактики подагри.

Метою нашої роботи було визначення впливу тривалого прийому алопуринолу та лозартану на морфометричні показники уражених суглобів та структуру гіалінового хряща.

Матеріали і методи. Нами обстежено 138 хворих на подагру: 102 чоловіки (73,9 %) та 36 (33,4 %) жінок. Вік пацієнтів коливався від 39 до 69 років і становив в середньому ($54 \pm 1,4$) роки. Урикозстатичну терапію (алопуринол 200 мг на добу) отримували усі пацієнти. Так як у 54 осіб (39,13 %) було діагностовано супутню АГ, для корекції артеріального тиску їм додатково було призначено лозартан (50-100 мг на добу). Групою контролю служили 20 практично здорових осіб.

УДЗ опорно-рухового апарату проводили на апараті «Aloka SSD-5000» згідно сучасних рекомендацій (Backhaus M. et al., 2001; EULAR, Working Party on Imaging in Rheumatology, 2005). За даною методикою, оцінюються кісткові суглобові поверхні (зміни поверхні субхондральної кістки – наявність кист, ерозій, інших дефектів), висота суглобової щілини, товщина і кровотік синовіальної оболонки, навколосуглобові м'які тканини, наявність випоту, тофусів, зміни зв'язкового апарату тощо.

Результати та їх обговорення. Лікування алопуринолом та лозартаном не впливає на висоту суглобової щілини і товщину гіалінового хряща. Проте тривалий прийом алопуринолу протягом 6 місяців покращує структуру суглобового хряща у 70,3 % пацієнтів, за рахунок зменшення мікрокристалічних включень. Комбіноване застосування алопуринолу з

лозартаном дозволяє вже через 8 тижнів достовірно знизити частоту виявлення мікрокристалічних включень в гіалінових хрящах уражених суглобів. Вказані зміни знаходяться в тісній кореляції ($r=0,718$) з рівнем сечової кислоти у пацієнтів, які приймали алопуринол та лозартан.

Тофуси були більш резистентними до медикаментозної терапії, проте в окремих випадках при комбінованому використанні алопуринолу і лозартану та у хворих з нетривалим анамнезом захворювання спостерігався їх зворотній розвиток.

Висновки: Тривалий прийом алопуринолу (понад 2-6 місяців) приводить до нормалізації рівня урикемії та зменшення проявів запального синдрому. Додаткове включення у програму лікування лозартану дозволяє скоротити регрес сонографічних проявів суглобового синдрому до 8 тижнів.

Перспективи подальших наукових досліджень. Доцільно провести артросонографічне дослідження для оцінювання віддалених результатів при тривалому прийомі алопуринолу та лозартану.

УДК 612.015-02:616.36-004-06:616.12-005.4]-055

БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ

М.І. Швед, Т.В. Бойко, Г.В. Лихацька, В.О. Лихацька, О.К.Хайко

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Проблема хронічних захворювань печінки на сьогодні є однією з найбільш важливих і визначається, насамперед, тяжкістю прогнозу, складністю діагностики та лікування, має загальномедичне і соціальне значення.

Мета дослідження – вивчити біохімічні показники у хворих на цироз печінки в поєднанні з ішемічною хворобою серця залежно від статі.

Обстежено 32 хворих на цироз печінки (ЦП) та 20 практично здорових осіб. Вік хворих коливався від 25 до 65 років. Серед хворих було 18 (56,3%) чоловіків і 14 (43,7%) жінок. Тривалість захворювання була від 1 до 30 років. Хворі були поділені на 2 групи: 1-ша група 18

хворих на цироз печінки з ішемічною хворобою серця (ІХС); 11-га – 14 пацієнтів на ЦП без ІХС. Діагноз встановлювали на основі клінічних, лабораторних та інструментальних даних.

Аналіз рівня основних біохімічних показників у хворих 1-ої групи виявив більш значні зміни, а саме: рівень білірубіну перевищував контрольні показники у 3,5 разу; рівень АлаТ – у 1,6 разу; рівень лужної фосфатази – у 2,2 разу; у хворих 11-ої групи відповідно – у 2,1 разу, 1,1, 1,8. Відзначено дисліпідемію яка проявляється зростанням рівня холестерину ліпопротеїдів низької густини при зниженні рівня холестерину ліпопротеїдів високої густини більш виражено у хворих 1-ої групи ($p < 0,05$). При цьому у чоловіків рівень холестерину ліпопротеїдів низької густини був вищий ніж у жінок ($p < 0,05$).

Висновки: 1. У хворих на цироз печінки в поєднанні з ішемічною хворобою серця біохімічні показники 1-ої групи були більш змінені, ніж у хворих 11-ої групи;

2. У чоловіків рівень холестерину ліпопротеїдів низької густини був вищий ніж у жінок.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні нових методів діагностики даної патології.

УДК 616.611-002-092-07

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ

Т.Г. Шеховцева, М.О.Долінна

Запорізький державний медичний університет

Гострий післяінфекційний гломерулонефрит – порівняно рідке в наш час захворювання, яке розвивається переважно у дитячому та юнацькому віці та складає 0,3 випадка на 100 тис. осіб/рік.

Останні чотири десятиріччя захворюваність на гострий гломерулонефрит (ГН) суттєво знизилась завдяки покращенню харчування та санітарно-гігієнічних умов, а також широкому застосуванню антибіотиків.

Мета дослідження: аналіз клінічного перебігу ГН та його наслідків.

Матеріали та методи: у 2005-2012 рр. в умовах нефрологічного відділення обласної лікарні нами обстежено 28 юнаків (18-23 років), які в дитинстві (8-12 років тому) перенесли ГГН. Пацієнти були направлені військоматом для уточнення характеру вірогідної патології нирок.

Отримані результати: більшість пацієнтів (86%) захворіла між 6 і 10 роками. Етіологічний фактор ГГН було встановлено в 84% випадках (стрептококова інфекція – фарингіт, тонзиліт, піодермія, скарлатина, рідше пневмонії). Захворювання виникало, як правило, через 2 тижні після фарингіту, тонзиліту або через 3-4 тижні після шкірної інфекції.

ГГН протікав у двох формах: розгорнутій (циклічній), коли були присутні всі ознаки захворювання, і моносимптомній, коли мав місце тільки ізольований сечовий синдром.

Циклічна форма (власне гостронєфритичний синдром) спостерігався у 6 пацієнтів (21%). Хворі мали набряки до ступеня анасарки (у трьох випадках), які супроводжувались олігурією, помірною протеїнурією, гематурією, АГ (частіше легкою), поєднаних зі зниженням швидкості клубочкової фільтрації та невеликим підвищенням рівня сечовини і креатиніну (в трьох випадках).

Моносимптомна форма спостерігалась у 22 пацієнтів (79%), функція нирок залишалась збереженою. Сечовий синдром характеризувався мінімальною, рідше – низькою протеїнурією, мікрогематурією.

Гематурія спостерігалась в усіх випадках, у 8 хворих (30%) визначалась макрогематурія.

Всі пацієнти лікувались в умовах нефрологічного відділення дитячої лікарні. Набряки і АГ регресували протягом 1-2 тижнів, сечовий синдром зникав через 4-5 тижнів від початку лікування, лише у 3 пацієнтів він зберігався більше двох місяців.

У подальшому впродовж тривалого часу пацієнти перебували на обліку в дитячого нефролога. За весь час спостереження (дані амбулаторних карт) аналізи сечі і функція нирок були нормальними.

Висновки: аналіз клінічного перебігу ГГН показав, що в останнє десятиріччя відмічається збільшення питомої ваги субклінічних форм ГГН. Моносимптомна форма зустрічається частіше, ніж циклічна, у 4 рази. Перебіг типового варіанта завершується повною ліквідацією патологічних симптомів.

Гематурія – постійна, обов'язкова ознака ГГН.

Раптово зареєстровані ознаки нефритичного синдрому при відсутності анамнестичних даних про зміни в аналізах сечі, дозволяють, в першу чергу, думати про ГГН.

ГГН закінчується, як правило, одужанням.

ДІАСТОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАПРУЖЕННЯ

Ярема Н. І., Припхан І. Б., Савченко І.П., Радецька Л.В., Коцюба
О. І., Балабан А. І.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Мета дослідження – встановити особливості порушень діастолічної функції лівого шлуночка (ДФЛШ) та варіабельності ритму серця (ВРС) у хворих на стабільну стенокардію напруження III ФК, гіпертонічну хворобу та при поєднанні цих патологій. Обстежено 60 хворих на стенокардію напруження III ФК та гіпертонічну хворобу, середній вік яких склав $53,3 \pm 1,0$ років. До 1 групи увійшло 14 хворих із гіпертонічною хворобою II стадії (8 чоловіків і 6 жінок). Порушення ДФЛШ діагностовано у 9 пацієнтів, нормальні показники ДФЛШ – у 5 хворих. До 2 групи увійшло 16 пацієнтів із стенокардією напруження III ФК (10 чоловіків та 6 жінок). Діастолічна дисфункція лівого шлуночка (ДДЛШ) діагностована у 9 хворих, а нормальні параметри ДФЛШ – у 7 пацієнтів. До 3 групи увійшло 30 хворих із поєднанням стенокардії напруження III ФК та гіпертонічної хвороби (12 чоловіків та 18 жінок). Діастолічна дисфункція лівого шлуночка (ДДЛШ) діагностована у 16 пацієнтів цієї групи, а нормальні параметри ДФЛШ – у 14 хворих. Контрольна група – 20 практично здорових осіб такого ж віку і статі. Проведені клінічні та інструментальні методи обстеження, включаючи ехокардіографію та холтеровське моніторування ЕКГ з оцінкою ВРС.

У хворих усіх груп було виявлено зниження показників ВРС порівнянно із контрольною групою, проте найбільш виражені зміни показників виявлені у 3 групі: достовірне зниження загальної потужності спектру ТР відповідно на 30,9 % у 1 групі, на 42,3 % у 2 групі та на 52,4 % у 3 групі хворих, потужності високочастотних коливань HF відповідно на 33,4 %, на 45,1 % і на 53,2 % та зниження стандартного відхилення RR інтервалів SDANN відповідно на 23,7 % , на 37,2 % та на 43,1%. При цьому симпато-вагусний індекс LF/HF був вищий у всіх групах порівняно із контрольною та становив $2,7 \pm 1,4$ у 1 групі, $3,4 \pm 1,5$ у 2 групі та $3,82 \pm 0,88$ у 3 групі пацієнтів. При порівнянні показників ВРС у всіх групах обстеження виявилось, що у пацієнтів із поєднанням стенокардії напруження III ФК та гіпертонічної хвороби ТР була достовірно нижчою

порівняно з 1 та 2 групами, при цьому у 3 групі пацієнтів HF була на 21,9 % і 18,3 % відповідно, а LF на 8,9 % і 7,7 % нижчою у порівнянні з 1 та 2 групами, що обумовило значно вищий індекс LF/HF у 3 групі і свідчить про більш виражену гіперсимпатикотонію у цих пацієнтів. У 3 групі хворих було виявлено прямий кореляційний зв'язок між зниженням показників E/A і TP($r=0,36$) та E/A і HF($r=0,40$).

Отже, у хворих при поєднанні стабільної стенокардії напруження та артеріальної гіпертензії відмічається суттєве зниження спектральних і часових показників ВРС з гіперсимпатикотонією, що свідчить про порушення вегетативних механізмів регуляції серцевої діяльності і це необхідно враховувати у тактиці медикаментозного лікування хворих на ІХС з артеріальною гіпертензією. Встановлено кореляційний зв'язок середньої сили між показниками діастолічної і вегетативної дисфункції у хворих на стенокардію напруження III ФК з артеріальною гіпертензією.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ОКСИГЕНАЦІЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, УСКЛАДНЕНИЙ АНГІОПАТІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Ярема Н.І., Балабан А.І., Савченко І.П., Радецька Л.В.,
Коцюба О.І., Припхан І.Б.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

За оцінкою спеціалістів ВООЗ, на сьогодні у світі понад 180 млн. людей хворіють на цукровий діабет, в Україні нараховують понад 1 млн. хворих. У 95 % хворих виникають діабетичні ангіопатії, які є причиною ранньої інвалідизації та смерті, незважаючи на застосування сучасних методів лікування. Порушення оксигенації крові відіграє провідну роль в патогенезі цього стану.

Мета нашої роботи – дослідити ступінь оксигенації крові у хворих на цукровий діабет 1 і 2 типу, ускладнений ангіопатією нижніх кінцівок.

Нами було остежено 10 здорових осіб, 15 хворих на цукровий діабет 1-го типу та 16 пацієнтів 2-го типу. Тривалість основного захворювання становила від 10 до 20 років. Усі хворі знаходились в стадії субкомпенсації і мали I-II ступінь ангіопатії. Ступінь оксигенації артеріальної крові

визначали за допомогою пульсоксиметра, венозної – за допомогою оксиметра. Для цього проводився забір 1 мл крові із поверхневої вени тильної поверхні стопи. Кров вливали в пробірку з вазеліном, поміщали в оксиметр, де завдяки інтенсивному перемішуванню вмісту пробірки на екрані пристрою визначався ступінь оксигенації венозної крові. Різницю між показниками оксигенації артеріальної і венозної крові склав об'єм спожитого кисню тканинами нижніх кінцівок. Дані обстеження проводилися при поступленні хворих та на 14 день перебування у стаціонарі.

У контрольній групі (здорові особи) при визначенні показників оксигенації крові об'єм спожитого кисню тканинами нижніх кінцівок становив $49,51 \pm 0,13$ мл/хв (при нормі 50 мл/хв). У хворих на цукровий діабет, ускладнений ангіопатією нижніх кінцівок, до отримання лікування було виявлено зниження об'єму спожитого кисню до $32,48 \pm 0,085$ мл/хв. Після проведеного лікування (альфа-ліпоева кислота, вітаміни групи В) у цих же хворих відзначалося підвищення досліджуваного показника на 8 %.

Висновки. Таким чином, отримані результати переконливо свідчать про доцільність дослідження оксигенації крові у хворих на цукровий діабет, ускладнений ангіопатією нижніх кінцівок. Зниження об'єму спожитого кисню свідчить про підвищену потребу тканин нижніх кінцівок в кисні в результаті значного зниження їх кисневого метаболізму.

УДК 616.33+616.342)-002.44-06:616.12-008.331.1]-072.1

**СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ДО
ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОФІБРОСКОПІЇ ПАЦІЄНТІВ-
ЧОРНОБИЛЬЦІВ, ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ,
ПОСДНАНУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

О.Я.Яцкевич, М.О.Абрагамович

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львівський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту
населення*

Одним з найпоширеніших і найточніших методів діагностики уражень стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки і сьогодні залишається

езофагогастроуденофіброскопія (ЕГДФС), перед проведенням якої в Україні, переважно, використовується місцева анестезія ротоглотки розчинами анестетиків (лідокан тощо). Наш досвід засвідчив, що проведення вказаної премедикації до верхньої ендоскопії пацієнтам-чорнобильцям, хворим на пептичну виразку гастродуоденальної зони (ПВ ГДЗ), поєднану з гіпертонічною хворобою (ГХ), яким притаманний астено-невротичний синдром, недостатньо ефективно, а тому потребує удосконалення.

Мета – вивчення сприйняття ЕГДФС пацієнтами, потерпілими внаслідок аварії на ЧАЕС, котрі хворіють на ПВ ГДЗ, поєднану з ГХ, з використанням модифікованої премедикації із застосуванням офіційних седативних розчинів, що містять етиловий ефір б-бромізовалеріанової кислоти, фенобарбітал та олію м'яти (код АТС N05C B02).

Анкетовані 40 пацієнтів-чорнобильців (30 чоловіків та 10 жінок, віком 37-65 років) після ЕГДФС. Усіх пацієнтів поділили на дві рівні групи по 20 хворих: I (дослідна) група – місцева анестезія спреєм 10,0% лідокаїну (СЛ) + внутрішньо 30-35 крапель седативного засобу (СЗ) за 60 хв. до ЕГДФС ; II (контрольна) група – тільки місцеве знечулення СЛ. В анкетах відповіді хворих щодо переносимості обстеження оцінювали на «добре», «задовільно» та «незадовільно».

Встановлено, що на «добре» перенесли обстеження 15 хворих I групи та дев'ять II групи ($p < 0,05$), на «задовільно» – три і п'ять пацієнтів, відповідно, та на «незадовільно» – два хворих I групи та шість хворих II групи ($p < 0,05$). Отже, достовірна більшість пацієнтів-чорнобильців, хворих на ПВ ГДЗ, поєднану з ГХ, ЕГДФС з використанням для премедикації СЛ та СЗ, переносить краще, ніж без СЗ.

Висновок – для підготовки до ЕГДФС пацієнтів-чорнобильців, хворих на ПВ ГДЗ, поєднану з ГХ, доцільно використовувати модифіковану премедикацію із застосуванням офіційних седативних розчинів, що містять етиловий ефір б-бромізовалеріанової кислоти, фенобарбітал та олію м'яти (код АТС N05C B02).

УДК: 616-071: 616.24

**ПРИНЦИПИ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В ЛІКУВАННІ
ХОЗЛ: ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД НА ОСНОВІ
КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ КЛІНІКИ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Л.П. Ротарь, О.Я. Тягай, В.С. Бірюков

Одеський національний медичний університет

Дана робота присвячена актуальній медико-соціальної проблемі - оптимізації лікування хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). За даними МОЗ України, у 2010 р. в країні було зареєстровано 420 083 випадки захворювань ХОЗЛ серед дорослого населення (від 18 років і старше), що на 11% більше, ніж у 2009 р. За даними звіту Центру медичної статистики МОЗ України за 2009 рік, показник лікарняної летальності ХОЗЛ у 12,6 разів вище, ніж БА. За прогностичною даними ВООЗ, ХОЗЛ займають 5-е місце в світі по соціально-економічному збитку до 2020 року.

Не дивлячись на удаваний прогрес в полегшенні страждань людей з ХОЗЛ на рівні вторинної та третинної медичної допомоги, збільшення показників захворюваності та поширеності ХОЗЛ свідчить про малу ефективність превентивних профілактичних заходів на рівні первинної медичної допомоги і очевидну спірність в інтерпретації тригерних механізмів ХОЗЛ. Метою даного дослідження є розробка концепції індивідуального підходу в лікуванні ХОЗЛ на основі виявлення фенотипічних відмінностей в клініці цього захворювання.

Суб'єктом дослідження стали пацієнти, які страждають на ХОЗЛ і знаходяться протягом 10 років під наглядом Одеського міського пульмонологічного відділення. Об'єкт дослідження - клінічна та параклінічна симптоматика захворювання у зіставленні її з толерантністю або чутливістю до проведеної терапії і наслідків захворювання. Методологічною основою дослідження є клінічне та параклінічне обстеження пацієнтів, методи доказової медицини (кластерний аналіз, розрахунки факторів ризику і відносини шансів, визначення сили впливу лікарської терапії, оцінка якості життя хворих на ХОЗЛ людей), методологія моделювання діагностичних алгоритмів.

За 10-річний період роботи пульмонологічного міського відділення нами проліковано близько 2000 хворих на ХОЗЛ. Статистичній обробці

піддалися дані про перебіг захворювання 360 пацієнтів з ХОЗЛ. Всі пацієнти отримали стандартну терапію, рекомендовану наказом МОЗ України № 499 від 2003 р. і уточненого наказом № 433 від 03.07.06 р.

Нами виявлена суттєва неоднорідність клінічної симптоматики та результативності проведеної терапії, що відображено в таблиці 1.

Таблиця 1

Клінічні фенотипи ХОЗЛ та їх корекція.

| № | Фенотип ХОЗЛ | Профілактичні заходи на первинній ланці |
|---|--|--|
| 1 | Природжене, «HLA - детерміноване ХОЗЛ» | Можлива пренатальна діагностика, медико-генетичне консультування |
| 2 | А. Бактеріально обумовлене ХОЗЛ Б. ХОЗЛ курця В. Екологічне (пилоче) ХОЗЛ | 1. Правильне призначення антибіотиків. 2. Здоровий спосіб життя. 3. Діючі заходи з охорони праці 4. Стимуляція мукоциліарного кліренсу 5. Лікування наркотичної залежності |
| 3 | А. Імунодефіцитне ХОЗЛ Б. Кардіовакулярне ХОЗЛ В. ХОЗЛ при системних захворюваннях | 1. Первинна та вторинна профілактика основного захворювання. 2. Своєчасне лікування основного захворювання. |
| 4 | Ятрогенне ХОЗЛ | Аналіз лікарських помилок і розробка діагностичних алгоритмів |

Висновки:

1. ХОЗЛ є поліморфним клінічним синдромом, який ускладнює необоротну фазу ураження легень (фазу декомпенсації).

2. Усунення ознак ХОЗЛ є симптоматичним лікуванням, спрямованим на підвищення якості життя хворої людини, а не патогенетичним радикальним лікуванням.

3. Кластеризація клінічних і параклінічних проявів синдрому ХОЗЛ здатне виявити фенотипічні особливості захворювання та індивідуалізувати, таким чином, патогенетичну терапію.

УДК 616.72-007.24-06:616-008.9]-074

МАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ І ЛЕПТИН У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

О.О. Якименко, Л.Н. Єфременкова, О.Я. Тягай, О.Є. Кравчук, В.В. Дець, Н.М. Антипова, В.В. Тбілелі, К.С. Чернишова, Г.О. Жеребко

Одеський національний медичний університет

Вступ. Важливим моментом розв'язання проблеми деформуючого остеоартрозу (ДОА) є вивчення особливостей патогенезу і взаємозв'язку з модифікованими факторами ризику виникнення та прогресування хвороби. Адипокини - біологічно активні речовини, які виділяє жирова тканина, беруть участь в ураженні органів при метаболічному синдромі (МС). Одним з адипокинів, роль яких в ураженні органів і систем при МС інтенсивно вивчається, є лептин.

Дослідження є фрагментом наукової теми кафедри пропедевтики внутрішніх захворювань і терапії ОНМедУ.

Метою дослідження є вивчення асоціації індексу маси тіла, показників інсулінорезистентності та запалення з рівнем лептину у 62 хворих на МС за наявності (32 хворих) і відсутності (30 хворих) ДОА колінних суглобів.

Вміст С-реактивного білка та лептину визначали за допомогою імуноферментного методу. Вірогідність різниці показників обчислювали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Виявлено, що хворі на остеоартроз характеризуються вірогідно більш високим рівнями С-реактивного білка (10,4 проти 7,5 мг/л); лептину (чоловіки - 7,5 і 6,1 мг/мл; жінки - 16,9 і 14,7 мг/мл) при порівнюваних показниках індексів маси тіла (34,11 і 34,11) та НОМА (4,9 і 4,5).

Висновок. Таким чином, у хворих на ДОА при МС спостерігається більш високий рівень маркерів запалення та лептину, ніж у хворих без остеоартрозу, що може служити доказом участі лептину в патогенезі остеоартрозу при МС.

Підп. до друку 02.12.2012. Формат 60×84/16
Папір офсет. № 1. Гарн. Times.
Ум. друк. арк. 6,28.
Обл.-вид. арк. 6,84. Тираж 100 пр. Зам № 208.

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

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