



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ТЕРАПІЇ І СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ННІПО
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ГО «АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ»
ГО «КЛУБ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ»



**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ
«СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ»**

**М. ІВАНО-ФРАНКІВСЬК
18 червня 2020 року**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ТЕРАПІЇ І СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ННІПО
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ГО «АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ»
ГО «КЛУБ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ»

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ
«СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ»**

18 червня 2020 року

м. Івано-Франківськ

Редакційна колегія:

Скрипник Любов Миронівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії і сімейної медицини післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету.

Матковська Наталія Романівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії і сімейної медицини післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету:

Рожко Микола Михайлович – ректор Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, Лауреат Державної премії України

Співголови оргкомітету:

Ерстенюк Ганна Михайлівна – перший проректор Івано-Франківського національного медичного університету, доктор біологічних наук, професор;

Чемний Володимир Зеновійович – заступник директора департаменту, начальник управління організації медичної допомоги населенню та медицини катастроф Івано-Франківської ОДА

Заступники співголови оргкомітету:

Вакалюк Ігор Петрович – проректор з наукової роботи Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;

Федорченко Володимир Михайлович – проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи Івано-Франківського національного медичного університету, кандидат медичних наук, доцент;

Глушко Любомир Володимирович – завідувач кафедри терапії і сімейної медицини навчально-наукового інституту післядипломної освіти ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України.

Пелехан Л.І. – кандидат медичних наук, доцент, директор ННІ-ПО Івано-Франківського національного медичного університету.

Члени оргкомітету

Федоров С.В. – д. мед. н., професор кафедри терапії і сімейної медицини ННПО ІФНМУ;

Гавриш Т.Ю. – к. мед. н., доцент кафедри терапії і сімейної медицини ННПО ІФНМУ;

Скрипник Л.М. – к. мед. н., доцент кафедри терапії і сімейної медицини ННПО ІФНМУ;

Матковська Н.Р. – к. мед. н., доцент кафедри терапії і сімейної медицини ННПО ІФНМУ;

Чаплинська Н.В. – к. мед. н., доцент кафедри терапії і сімейної медицини ННПО ІФНМУ;

Козлова І.В. – к. мед. н., доцент кафедри терапії і сімейної медицини ННПО ІФНМУ;

Позур Н.З. – к. мед. н., доцент кафедри терапії і сімейної медицини ННПО ІФНМУ;

Маковецька Т.І. – к. мед. н., доцент кафедри терапії і сімейної медицини ННПО ІФНМУ.

ЗМІСТ

1. *Альаркан Мохаммад Ахмад*

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ПОДЕРМІЇ
З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ПЕРИФЕРІЙНОГО КРОВО-
ОБІГУ11**

2. *Балашова І.В., Дукова О.Р., Найдьонова О.В., Ковальчук Л.І., Рузанова Є.В.*

**ОЦІНКА ПРОЯВІВ СИНДРОМУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ
ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ПАТОЛО-
ГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ11**

3. *Барила Н.І.*

**ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ ПРИ
ДЕФІЦИТІ ВІТАМІНУ D3 У ПАЦІЄНТІВ З ХСН НА ФОНІ
АНЕМІЇ13**

4. *Вакалюк І.П., Мергель Т.В., Саєчук Н.В., Юсипчук У.В., Нестерак Р.В.*

**ДОСЛІДЖЕННЯ ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТ-
МУ В ПРОГНОЗУВАННІ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У
ХВОРИХ НА БЕЗБОЛЬОВУ ШЕМІЮ МІОКАРДА14**

5. *Вацеба М.О., Галюк Н.М., Деніна Р.В., Лучко О.Р.*

**РІВНІ АДИПОКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОДАГРИЧНИМ АР-
ТРИТОМ, ЗВ'ЯЗОК ІЗ ПЕРЕБІГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА
УРАЖЕННЯМ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ18**

6. *Вишиванюк В.Ю., Яцишин Р.І., Скробач Н.В., Шаповал О.А.*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАКТОФОРУ ДЛЯ УСУНЕННЯ ЗАКРЕ-
ПІВ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ19**

7. *Гайова І.М.*

**ОПТИМІЗАЦІЯ СТАНУ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ ПРИ
ЗАСТОСУВАННІ ВЕРБЕНИ20**

8. *Гайсак М.О., Чайковська Т.В., Дичка Л.В., Ляхова О.Б.*

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ГІПОСЕКРЕ-
ЦІЇ ТА ЛАТЕНТНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ ПРИ
ПЕРЕДДІАБЕТИЧНИХ СТАНАХ21**

9. Гаман І.О., Човганюк О.С.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТФОРМІНУ ПРИ ІНСУЛІНОРЕЗИ-
СЕНТНОСТІ23**

10. Гончаров О.В.

**РІВЕНЬ РОЗЧИННОЇ ФОРМИ МІЖКЛІТИННОЇ АДГЕЗИВ-
НОЇ МОЛЕКУЛИ-1 У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВО-
РОБУ II СТАДІЇ24**

11. Деніна Р.В., Барила Г.Г., Вацеба М.О., Волинський Д.А., Короліук В.Д.

**ФАКТОРИ РИЗИКУ КОНТРАСТ ІНДУКОВАНОЇ НЕФРО-
ПАТІЇ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРО-
МОМ25**

12. Єрмоленко С.А.

**СОЛЕЧУТЛИВІСТЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕР-
ТЕНЗІЮ26**

*13. Зарицька З.В., Белінський М.В., Федоров С.В., Позур Н.З., Регіс Аб-
дельбассет*

**ДІАГНОСТИЧНИЙ ПОШУК ПРИ МІНОСА: КЛІНІЧНИЙ
ВИПАДОК27**

14. Кіндрат Г.В., Гаврилюк Н.С.

**ПРОГНОЗУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШ-
КОВОГО ТРАКТУ ЗА СТАНОМ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ.....28**

15. Колесник Т.В., Надюк А.В.

**ІНДЕКС АУГМЕНТАЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧ-
НОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЮ
ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ29**

16. Левандовська Х. В., Налужна Т. В.

**АНАЛІЗ ЗМІНИ КОНЦЕНТРАЦІЇ КОПЕПТИНУ ТА ST2 У
ХВОРИХ З ДЕКОМПЕНСОВАНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДО-
СТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАР-
ДА ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ ЯНТАРНОЮ КИСЛОТОЮ
ТА ПРЕПАРАТАМИ АРГІНІНУ30**

17. Лемко І.С., Гайсак М.О., Дичка Л.В., Кудик В.Г.

**МОЖЛИВОСТІ ПРЕВЕНТИВНОЇ БАЛЬНЕОЛОГІЧНОЇ
КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ В УМОВАХ ПОЛІ-
МОРБІДНОСТІ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ32**

18. Литвинюк О.П.

**ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ34**

19. Макар О.Р.

**АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ УНІВЕРСИТЕТ-
СЬКИХ КЛІНІК В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ
ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ35**

20. Матіяшук І.Г., Амосова К.М., Яременко О.Б., Захарова В.І., Коляден-
ко Д.І.

**АСОЦІАЦІЯ ПОРУШЕННЯ ВАЗОРЕГУЛЮВАЛЬНОЇ
ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ З МАРКЕРАМИ ЗАПАЛЕННЯ ТА
АУТОАНТИТІЛАМИ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВО-
НИЙ ВОВЧАК36**

21. Матковська Н.Р., Глушко Л.В., Гавриш Т.Ю., Скрипник Л.М., Костюк В.М.

**ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ НЕЙРО-
ЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО
ТРАКТУ37**

22. Нищук-Олійник Н.Б., Федоров С.В., Позур Н.З.

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ СТА-
БІЛЬНОЇ ІХС ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ38**

23. Потапенко М.С., Сиволап В.В.

**ЧИННИКИ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З ШЕМІЧНИМ ПОШКО-
ДЖЕННЯМ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ІХС ПІД ЧАС НЕ-
КАРДІАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ
ПУХЛИН ГОЛОВИ ТА ШИЇ40**

24. Пришляк О.Я., Бойчук О.П., Матвіюк О.Я., Гуровська Н.П.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ, АСОЦІЙОВАНИХ З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ КОРУ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ В ЕПІДСЕЗОНІ 2018-2019 РР. НА ПРИКАРПАТТІ41

25. Ромаш І.Б.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ НАДМІРНОЇ ДЕННОЇ СОНИЛИВОСТІ, ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ КЛІНІКОЮ, РІВНЕМ ГРЕЛІНУ ТА ДАНИМИ 24-ГОДИННОГО ВНУТРІШНЬО-СТРАВОХІДНОГО РН-МОНІТОРИНГУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ПОЄДНАНУ ІЗ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ43

26. Рудник В.Т., Федоров С.В., Чаплинська Н.В., Симчич Х.С., Скрипник Л.М.

САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ПОРОДІЛЛІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК44

27. Середюк Л.В., Вакалюк І.П.

ДИНАМІКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ47

28. Сиволап В.В., Новіков Є.В., Потапенко М.С.

ВПЛИВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ З ДОДАВАННЯМ СТАТИНІВ НА ПІЗНІ ПОТЕНЦІАЛИ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ НА ГХ48

29. Синько У.В., Вакалюк І.П., Середюк Н.М., Середюк В.Н.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ ТА ПОКАЗНИКІВ СПИРОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХОЗЛ49

30. Скрипник Л.М., Матковська Н.Р., Рудник В.Т., Кулаєць В.М.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКА51

31. Сміянова Ю. О.

ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА52

32. Ткаченко Ю.В.

СТАН НЕРВОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХСН ІШЕМІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ СТАТИНАМИ54

33. Ференц І.М., Бичкова С.В., Бичков М.А.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ЖОВЧНИХ КИСЛОТ НА АТФАЗНУ АКТИВНІСТЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ І СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ55

34. Чайка А.О., Волошина О.Б., Ковальчук Л.І., Найдьонова О.В., Афанасєва Я.С., Богатирьова Т.В.

ДІАГНОСТИКА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОНТРОЛЮ ЛІКУВАННЯ НЕЛІСОВАСТЕР PULORI ІНФЕКЦІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ57

35. Чаплинська Н.В., Рудник В.Т., Гавриш Т.Ю., Позур Н.З., Маковецька Т.І.

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ: КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ58

36. Шейко С.О., Колб Н.О.

ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ З ІЗОЛЮВАНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ60

37. Яцишин Р.І., Камінський В.Я.

**ДИНАМІКА С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ В СЕЧІ ХВОРИХ
НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ62**

38. Matvyyeva SL

**INFLUENCE OF SODIUM SELENITIS ON IMMUNOLOGICAL
INDICES OF PATIENTS WITH LUNG TUBERCULOSIS AND
SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM63**

39. Matkovska NR., Virstiuk NG.

**CHANGES IN THE HAEMOSTASIS SYSTEM OF PATIENTS
WITH ALCOHOLIC CIRRHOSIS OF THE LIVER
ASSOCIATED WITH OBESITY64**

40. Olena Bondareva, Sergiy Fedorov

**HYPERGLYCEMIA AT ADMISSION AS THE MAIN
PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE
CORONARY SYNDROME AND DIABETES65**

41. Sikora Anastasiia, Fedorov Sergiy, Pityk Olena

**ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC
HEART FAILURE66**

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ПІОДЕРМІЇ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ПЕРИФЕРІЙНОГО КРОВООБІГУ

Альаркан Мохаммад Ахмад

Ужгородський національний університет, Україна

Відомо, що піодермії досить часто важко піддаються лікуванню та мають високий потенціал до рецидивів.

Метою дослідження було оцінити терапію хворих на піодермії із урахуванням стану периферійного кровообігу.

Матеріал та методи. Обстежено 111 хворих на піодермії. Дуплексне дослідження периферійного кровообігу проведено на апараті Philips HD 11 за допомогою конвексного датчика з частотою 5 МГц.

Результати. У якості засобів, коригуючи стан периферичного кровообігу та, відповідно, сприяючи усуненню клінічних проявів піодермій, було застосовано нафтидрофурил («Енелбін 100-Ретард») і стандартизований екстракт Гінкго білоби («Білобіл»), котрі володіють вазомодулюючою активністю. Встановлено, що у хворих на фурункули основної групи досягнутий відчутний вазомодулюючий ефект. Зокрема, в підпахвовій і поверхневій стегновій артеріях як швидкісні, так й індексні показники зберігали свої референтні значення. В той же час, в плечовій, ліктьовій, променевій, підколінній, передній і задній великоберцові артеріях Vps, Ved, S/D, RI та RI піддавались вірогідній корекції, сягаючи контрольних величин. При хронічних поверхневих піодерміях на верхніх кінцівках ці показники також набували фізіологічних значень. Але, відбувалось певне уповільнення, незважаючи на достовірність корекції, стану кровообігу усіх ділянок нижніх кінцівок. Тотожні вірогідні зміни реєструвались і у пацієнтів з хронічними, глибокими піодерміями.

Висновок. Лікування піодермій слід проводити з урахуванням стану периферійного кровообігу.

ОЦІНКА ПРОЯВІВ СИНДРОМУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Балашова І.В., Дукова О.Р., Найдьонова О.В., Ковальчук Л.І., Рузанова Є.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Останнім часом, все більше уваги приділяється визначенню проявів синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) серед

дітей. НДСТ, будучи мультифакторіальною фоною патологією, фенотипічно проявляється поліорганными порушеннями, перш за все, з боку, серцево-судинної, нервової систем, органів опори і руху, служить конституційною основою даних порушень.

Мета дослідження: оцінити ступінь вираженості синдрому НДСТ у дітей з диспластичним сколіозом I – II ступеня.

Матеріали та методи дослідження: Під нашим спостереженням знаходилось 88 дітей віком від 5 до 18 років, що мали сколіоз грудно-поперекового відділу хребта I – II ступеня. Визначали ступінь вираженості синдрому НДСТ. За показаннями проводили лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, аналіз сечі, визначення екскреції глікозаміногліканів з сечею та ін.), інструментальні обстеження (рентгенографія хребта та суглобів та ін.), призначалась консультація необхідних спеціалістів.

Результати дослідження: У всіх пацієнтів було виявлено наступні фенотипічні прояви синдрому НДСТ: торакодіафрагмальний синдром – у 62 (70,5 %) пацієнтів, вертеброгенний синдром – 56 (63, 6 %) дітей, синдром розладу вегетативної нервової системи – 43 (48,9 %) пацієнтів, синдром порушень з боку серцево-судинної системи (аритмічний, метаболічний, судинний, клапанний, тромбо-геморагічний синдроми) – 32 (36,4 %) спостереженнях, синдром патології стопи – 32 (36,4 %) дітей, астеничний синдром – 31 (35,2 %) дитини, синдром патології шлунково-кишкового тракту – 23 (26,1 %) дітей, синдром гіпермобільності суглобів – 20 (22,7 %) дітей. За ступенем важкості у більшості пацієнтів діагностували II ступінь синдрому НДСТ (59 (67,0 %) спостережень).

Висновки:

1. Всі пацієнти, які знаходились під нашим спостереженням, мали прояви мезенхімальної недостатності. Найбільш розповсюдженими були зміни з боку опорно-рухового апарату, вегетативної нервової та серцево-судинної систем.

2. Комплексна оцінка ступеня вираженості НДСТ та подальша корекція мезенхімальної недостатності є важливою складовою при формуванні індивідуальної програми лікування дітей з патологією опорно-рухового апарату.

3. Під час профілактичних оглядів та диспансеризації дітей з НДСТ, для виявлення соматичних порушень в план обстеження необхідно включати не тільки оцінку ступеня вираженості мезенхімальної недостатності, а також, за показаннями, лабораторні та інструментальні методи дослідження, зокрема, електрокардіографію, ехокардіографію, кардіоінтервалографію, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та нирок, рентгенографію хребта та суглобів, ультразвукову доплерографію судин та ін.

Оцінка ступеня вираженості дисплазії сполучної тканини має важливий прогностичний характер щодо можливого розвитку або прогресування поліорганної патології у дитини.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ ПРИ ДЕФІЦИТІ ВІТАМІНУ D3 У ПАЦІЄНТІВ З ХСН НА ФОНІ АНЕМІЇ

Барила Н.І.

ІФНМУ, м. Івано-Франківськ, Україна

Встановлено, що поширеність ХСН зростає із збільшенням віку, а похилий вік, в свою чергу, характеризується поліморбідністю, коли супутні стани змінюють клінічну картину, перебіг і прогноз ХСН. Сприяючими факторами можуть також бути дефіцит вітаміну D3, (ДВД3) зміни характеристик еритроцитів периферичної крові (ЕПК), зокрема, анемічний синдром або «згущення» крові. Дослідження, проведені на популяційному рівні, підтверджують наявність у хворих ХСН U-подібної залежності між рівнем гемоглобіну, гематокриту і смертністю, тобто як низький, так і високий рівень гемоглобіну і гематокриту асоційований з поганим прогнозом. ДВД3 не тільки обтяжує перебіг ХСН, а й є самостійним чинником ризику для гематологічних змін у таких пацієнтів. Причини і фактори, що сприяють змінам ЕПК у пацієнтів з ХСН на фоні ДВД3, висвітлені в сучасній літературі недостатньо, що ускладнює можливість їх корекції. Це послужило приводом для проведення даного дослідження. Мета роботи: вивчити біохімічні та морфометричні особливості ЕПК у пацієнтів ХСН на фоні ДВД3.

Матеріали та методи. Обстежено 100 (65 чоловіків та 35 жінок) Хворі на ХСН + ДВД3 у віці від 54 до 65 років (середній вік $59,5 \pm 5,5$ років). З них 75 чол. віднесені до дослідної групи (ДГ) і 25 чол. - до контрольної групи (КГ). Діагноз ХСН + ДВД3 встановлювали на підставі клінічних, біохімічних та електрокардіографічних характеристик згідно з критеріями клінічної класифікації, запропонованої Українським товариством кардіологів. В усіх пацієнтів під час госпіталізації відзначені клінічні прояви ХСН II А стадії за Василенком-Стражеско, II-III функціонального класу (ФК), яка розвинулася на фоні ішемічної хвороби серця (у 62,3% пацієнтів) і / або артеріальної гіпертензії (АГ) (37,7% пацієнтів). Для визначення структурних змін і виявлення оборотних і необоротних форм ЕПК, а також їх співвідношення обстежена еритроцитарна маса 140 пацієнтів з ХСН в скануючому

електронному мікроскопі по загальноприйнятій методикою. При цьому в клінічній лабораторії визначали рівень гемоглобіну, гематокриту, феритину, вітаміну В12, фолієвої кислоти (ФК), С-реактивного білка високої чутливості (СРБ-вч), N-термінального попередника мозкового натрійуретичного пептиду (NT-proBNP), рівень холестерину (ХС).

Результати. Виявлено, що у всіх пацієнтів з ХСН і ДВДЗ 80,0% ЕПК мають зменшені розміри (6,4-6,8 мкм). При цьому, співвідношення оборотних і необоротних форм ЕПК тісно корелює з віком хворих і рівнем ДВДЗ. Однак статевої залежності не виявлено. У третини пацієнтів з ХСН виявляються ознаки гемоконцентрації, а наявність необоротно змінених ЕПК збільшує її зустрічальність в 1,5 рази. У 76% обстежуваних пацієнтів жіночої статі і 80,0% чоловіків виявлена анемія, яка не супроводжується зниженням рівня феритину, вітаміну В12 і ФК. У 50,0% таких пацієнтів виявлено вище середнього рівень СРБ-вч, середній рівень NT-proBNP і незначна кількість ХС, але їх ЕПК характеризуються практично нормальними розмірами, які складають 7,0-7,2 мкм. Висновок. Морфологічна перебудова ЕПК з перекалібровка і змінами співвідношення їх різних форм, найімовірніше, носить компенсаторний характер по відношенню до наявної гіпоксемії і ДВДЗ. Це поєднується з відносно невисоким рівнем NT-proBNP і ХС. Беручи до уваги те, що рівень натрійуретичного пептиду відображає вираженість проявів ХСН, його відносно низькі значення у пацієнтів з анемією або тенденцією до гемоконцентрації при ДВДЗ можна розглядати, як позитивний результат компенсаторно-приспосувальних процесів в плані збільшення рівня носіїв кисню. Висновок. Виявлена анемія у пацієнтів з ХСН на фоні ДВДЗ, очевидно, відповідає критеріям «анемії при хронічних захворюваннях».

ДОСЛІДЖЕННЯ ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ В ПРОГНОЗУВАННІ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У ХВОРИХ НА БЕЗБОЛЬОВУ ШЕМІЮ МІОКАРДА

Вакалюк І.П., Мєргель Т.В., Савчук Н.В., Юсипчук У.В., Нєстерак Р.В.
Івано-Франківський національний медичний університет, м.Івано-Франківськ, Україна

На сьогоднішній день боротьба з раптовою серцевою смертю є одним з найважливіших завдань сучасної охорони здоров'я. Турбулентність серцевого ритму (ТСР) – вагомий предиктор серцевої смерті, значимість якого у прогнозуванні фатальних серцево-судинних подій обумовлюється

повноцінністю функціонування фізіологічного механізму відновлення тиску в аорті після короточасного порушення гемодинаміки, яке настає після шлуночкової екстрасистоїї (ШЕ). Відновлення гемодинамічних показників досягається підвищенням частоти серцевих скорочень і вкороченням інтервалів RR після екстрасистої. Здатність серцевого м'язу до такої фізіологічної реакції є великою мірою маркером його функціонального стану і одним із основних показників прогнозу розвитку у хворого термінальної серцевої недостатності та настання серцевої смерті. Широке впровадження в діагностичну практику холтеровського моніторингу ЕКГ (ХМ ЕКГ) відкриває нові можливості щодо попередження ускладнень серцево-судинних захворювань, а також формулювання чіткого прогнозу ризику їх виникнення у хворих з безбольовою ішемією міокарда (БІМ).

Мета роботи. Виявлення взаємозалежності між наявністю у хворих безбольової ішемії міокарду та виникненням у них патологічної турбулентності серцевого ритму, а також дослідження впливу S-амлодипіну на показники турбулентності та девіації сегмента ST у цих хворих.

Матеріали та методи дослідження. У нашому дослідженні проводився аналіз впливу препаратів для лікування БІМ на TCP та девіації сегменту ST і відповідно стратифіковано хворих на групи ризику в залежності від особливостей антиангінальної терапії. Проаналізовано показники ХМ ЕКГ у 66 хворих з БІМ. Хворі були розділені на групи: 35 хворих, які окрім базової терапії (метопрололу сукцинат + аспірин) отримували S-амлодипін, та 31 хворий, що отримували лише базову терапію (БТ). Оцінювали наступні показники ХМ ЕКГ: обрахування кількості суправентрикулярних та вентрикулярних екстрасистол, визначення класу вентрикулярних екстрасистол за Lowp, визначення добової кількості, тривалості та ступеню епізодів девіації сегменту ST, обчислення значень показників турбулентності серцевого ритму (HRT0 і HRTS). Показники шлуночкової екстрасистоїї, девіації сегмента ST, TCP аналізувалися перед початком антиангінальної терапії та після завершення трьохмісячного курсу антиангінального лікування, як у групі базової терапії, так і в групі базової терапії з додаванням амлодипіну.

Аналіз параметрів турбулентності серцевого ритму проводили за критеріями, запропонованими G. Schmidt і співавторами (1999) з обчисленням показників «початку» TCP і «нахилу» TCP.

Визначення показників HRT0 (%) та HRTS (мс/RR) проводили наступним чином: показник HRT0 – це відношення між сумою значень перших двох синусових інтервалів RR, які слідуєть після екстрасистої та двох синусових інтервалів RR, що передують екстрасистої до суми двох синусових інтервалів RR до екстрасистої.

$$\text{HRTO} (\%) = ((\text{RR}_1 + \text{RR}_2) - (\text{RR}_3 + \text{RR}_2)) / (\text{RR}_3 + \text{RR}_2),$$

де RR_1 , RR_2 - інтервали, що слідують після компенсаторної паузи, RR_3 , RR_2 - інтервали, які передують ШЕ. Для визначення HRTS (мс/RR) розраховують нахил зміни RR інтервалів за допомогою прямих ліній регресії для кожних 5 RR інтервалів із 20, що слідують за компенсаторною паузою. За значення HRTS приймали максимальний регресійний нахил. Значення $\text{HRTO} < 0\%$ і $\text{HRTS} > 2,5$ мс/RR вважали нормальними, а $\text{HRTO} > 0\%$ і $\text{HRTS} < 2,5$ мс/RR – патологічними.

Результати та їх обговорення. Параметри ТСР були визначені на основі аналізу шлуночкових екстрасистол, періодів шлуночкової бігемінії, епізодів шлуночкової тахікардії. Перед початком дослідження шлуночкова екстрасистолія спостерігалась у 28 хворих групи амлодипіну, що становило 80,0 %, та у 24 пацієнтів групи базової терапії, що відповідно дорівнювало 77,4 %. Аналіз показників ТСР показав, що патологічна турбулентність спостерігалась у 12 хворих (34,3%) групи амлодипіну та у 11 хворих базової терапії (35,5%). Причому, патологічним у більшості досліджуваних було значення початку турбулентності. Так, показник HRTO виходив за межі нормативних значень у 9 хворих групи амлодипіну, що становило 25,7% від загальної кількості і дорівнювало $3,50 \pm 1,05\%$, та у 7 (22,5%) хворих групи базової терапії, що, відповідно, дорівнювало $3,61 \pm 1,13\%$. Водночас, HRTS відхилявся від норми лише у 3 (8,6%) хворих, що приймали S-амлодипін, та у 3 (9,7%) хворих, які отримували базову терапію.

Після проведення курсу антиангінальної терапії амлодипіном та базовою терапією, яка включала в себе метопролол та аспірин, хворим повторно проводили ХМ ЕКГ та оцінювали показники ТСР. Після трьохмісячного прийому амлодипіну у добовій дозі 5 мг, кількість хворих, у яких фіксувалась шлуночкові екстрасистоли, зменшилась до 19. Патологічні значення ТСР реєструвались у 5 чоловік. Причому, $\text{HRTO} > 0\%$ було зафіксовано у 3 пацієнтів, у 1 хворого показник HRTS був меншим за 2,5 мс/RR. Водночас, у хворих, які протягом трьох місяців приймали тільки базову терапію (метопролол + аспірин), після завершення курсу лікування також спостерігалось зменшення кількості випадків ШЕ з патологічними показниками ТСР. Проте, його вираженість не була такою значною, як у групі амлодипіну. Так, у досліджуваної групи базової терапії наприкінці лікування зафіксовано 8 хворих з патологічними показниками ТСР. У 6 випадках HRTO перевищував 0%, а у 2 пацієнтів спостерігалось значення $\text{HRTS} < 2,5$ мс/RR.

Таким чином, перед початком лікування кількість хворих з патологічними значеннями показників ТСР в обох групах була приблизно рівною. Водночас, після курсу антиангінальної терапії у групі амлодипіну вона знизилась на 58,5%, а у групі базової терапії – на 27,3%. Отже, додаван-

ня до базової терапії хворим з наявною безболівою ішемією міокарда S- амлодипіну, призвело до вираженого клінічного ефекту і позитивного впливу на показники ТСР. Зменшення кількості випадків патологічної турбулентності серцевого ритму у хворих, які отримували S- амлодипін був у 2,13 рази більшим ніж у пацієнтів, лікування яких обмежувалось лише БТ.

Аналіз показників холтерівського моніторування ЕКГ дозволив виявити не лише позитивний вплив на параметри ТСР, але й виражений антиангінальний ефект лівообертаючого ізомеру амлодипіну. Підтвердженням даної тези є суттєве зменшення добової кількості епізодів депресії сегменту ST в середньому на 40,0% ($p < 0,01$) у групі S-амлодипіну проти зменшення в середньому на 19,5% ($p < 0,01$) у контрольній групі. Аналогічна закономірність спостерігалась і відносно показника максимальної депресії сегменту ST під час епізодів ішемії міокарда, коли в групі S-амлодипіну вказаний показник зменшувався в середньому на 39,1% ($p < 0,01$) відносно динаміки зменшення в середньому на 8,2% ($p < 0,05$) у контрольній групі. В той же час, під впливом S-амлодипіну зменшилась і середня тривалість ішемії за добу в хвилинах з $(80,77 \pm 2,07)$ до $(58,34 \pm 1,98)$ хв., тобто в середньому на 27,8% ($p < 0,05$).

Проведене нами дослідження довело значимість S-амлодипіну у зменшенні проявів патологічної ТСР. Прийом цього препарату супроводжувався вдвічі більшим зниженням проявів патологічної ТСР у порівнянні з групою, хворі якої отримували тільки базову терапію. Аналізуючи отримані дані, можна стверджувати, що антиангінальний ефект амлодипіну зумовлений блокадою Ca^{2+} каналів і розширенням коронарних артерій, призводить до зменшення ішемії серцевого м'язу у хворих з БІМ. Саме фактор ішемії міокарду є визначальним у виникненні ШЕ та патологічної ТСР, яка має місце майже у половині хворих з наявною БІМ, які брали участь у дослідженні. Незважаючи на деякі обмеження, такі як відсутність передчасних шлуночкових скорочень, визначення ТСР є оригінальним методом оцінки функції автономної нервової системи серця у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями. Точність прогнозу ТСР переважає над іншими відомими маркерами серцевої смерті, і водночас, легкість даного неінвазивного методу, можливість оцінки ризику без відміни β -адреноблокаторів роблять ТСР особливо актуальною. Безумовно, в найближчий час будуть отримані нові дані по дослідженню ТСР, які дозволять відповісти на невирішені запитання про фізіологічний механізм цього явища, так і втілити цей спосіб оцінки ризику серцевої смерті в клінічну практику [1].

Висновки: Застосування S-амлодипіну у хворих на БІМ на фоні БТ чинить позитивний вплив на зменшення проявів патологічної ТСР. Використання S- амлодипіну зменшує ризик серцевої смерті у хворих з БІМ.

Посьднане лїкування S- амлодипїном ї препаратамї базовї терапїї позитивно впливає на показники девїацїї ST у хвориз на БїМ.

Перспективи подальших дослїджень. Перспективним є використання S- амлодипїну у всїх хворих на БїМ з патологїчними показниками ТСР. Важливим є удосконалення їснуючих та пошук нових критерїїв для первинної профїлактики раптової серцевої смертї на пїдставї оцїнки патологїчної турбулентностї серцевого ритму.

РІВНІ АДИПОКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОДАГРИЧНИМ АРТРИТОМ, ЗВ'ЯЗОК ІЗ ПЕРЕБІГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА УРАЖЕННЯМ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Вацеба М.О., Галюк Н.М., Денїна Р.В., Лучко О.Р.
їФНМУ, м. Івано-Франкївськ, Україна

Мета дослїдження: дослїдити рївень лептину та адипонектину у пацїєнтїв їз подагричним артритом та визначити їх зв'язок їз перебїгом захворювання та субклїнічними проявами атеросклеротичного ураження судин.

Матерїали та методи дослїдження: обстежено 80 хворих на подагричний артрит та АГ II стадїї 2 ступеня вїком 35–65 рокїв (середнїй вїк — $47,3 \pm 1,12$ року). Контрольна група – 25 практично здорових осїб. Здїйснили клїнічне обстеження хворих та визначили у кровї рївень адипонектину та лептину. У хворих на подагричний артрит має місце зниження рївня адипонектину (на 52%) та зростання лептину (на 40%) порївняно їз здоровими особами. Рївнї адипокїнїв асоцїюються з вїком хворих та порушенням лїпїдного обмїну ї не залежать вїд статї, тривалостї захворювання, а також виявляють залежнїсть вїд порушень лїпїдного обмїну. Найнижчу активнїсть адипонектину та найвищу лептину ресстрували у пацїєнтїв їз високим загальним холестерином, ХС ЛПНЩ та низьким ХС ЛПВЩ. Причинами дисадипокїнемїї є висока активнїсть (С-реактивного протеїну, П-6) захворювання. Рївнї адипокїнїв асоцїюються зї структурно-функцїональними змїнами в судинах, оскїльки серед осїб їз низьким рївнем адипонектину та високим лептину потовщення комплексу їнтїма-медїа (ТїМК) загальної сонної артерїї, зниження ЕЗВД розвивалися частїше, нїж у хворих з нормальним значенням адипокїнїв.

Висновок: Отриманї данї свїдчать, що прогресуюча дисадипокїнемїя у хворих на подагричний артрит асоцїюється з посиленням явищ ремоделювання артерїї, ознак дисфункцїї ендотелїю, свїдченням чоого є збїльшення ТїМК загальної сонної артерїї та зниження ЕЗВД у хворих з високим

рівнем лептину та низьким адипонектину, порівняно з такими у осіб з низьким рівнем лептину та високим адипонектину. Таким чином, вищеописаний зв'язок між рівнями адипокінів зі структурно-функціональною перебудовою судин слід розцінювати як важливий фактор ризику розвитку судинних уражень у хворих на подагричний артрит.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАКТОФОРУ ДЛЯ УСУНЕННЯ ЗАКРЕПІВ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

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

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна

Закрепи є значною соціально-економічною проблемою у суспільстві, істотно впливають на якість життя, знижують продуктивність праці. Проблема закрепу посилюється з віком, і серед людей старше 60 років закреп зустрічається у 50-60%. Наявність його в осіб старших вікових груп обтяжує перебіг не лише супутньої патології шлунково-кишкового тракту, а й інших органів і систем. До 50% осіб старше 65 років використовують проносні засоби. Однак ці цифри не можна вважати остаточними, оскільки багато пацієнтів не звертаються до лікаря, сподіваючись, що проблема вирішиться сам по собі, оскільки ця ситуація розцінюється багатьма як вельми делікатна, проте істотно знижує якість їхнього життя.

Метою дослідження було встановити ефективність та безпеку корекції стану кишківника при функціональному закрепі у осіб похилого віку з використанням засобу природного походження «Лактофор», що містить лактитол, ацидофільну паличку, симетикон, фолієву кислоту та вітамін В12.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 46 пацієнтів віком більше 60 років з встановленим діагнозом остеоартриту, які страждали на функціональний закреп через малорухомий спосіб життя. В дослідження не включалися хворі, що мали органічні причини закрепу (пухлини, непрохідність та інша хірургічна патологія) та виявлену патогенну кишкову мікрофлору.

Всі хворі отримували лактофор у дозі 1 саше 2 рази на добу протягом 4 тижнів. Демографічні та клінічні дані були гомогенні ($p < 0,05$). Ефективність терапії оцінювали за частотою випорожнень, консистенцією калу за Брістольською шкалою форми випорожнень, такими особистісними показниками, як напруження та больові відчуття під час випорожнення, відчуття задоволеності випорожненням, безпеку – лабораторними методами.

Результати. Дослідження продемонструвало збільшення частоти ви-

порожнень з 2,3 рази на тиждень до 3,9 разів на тиждень ($p < 0,05$), 74,6% пацієнтів спостерігали підвищення частоти через 3 дні застосування. 81,3% відзначили м'який послаблюючий ефект, проте без вираженої проносної дії, який імпонував переважній більшості хворих, які до цього застосовували часто препарати сени, пікосульфат та ін. Вивчення показників безпеки показало, що препарат не призводив до підвищення глікемії крові, що особливо важливо хворим на цукровий діабет, та до погіршення біохімічних параметрів після лікування ($p < 0,05$).

Таким чином, виявлені дані дозволяють рекомендувати даний засіб для більш широкого застосування, особливо у пацієнтів похилого віку.

ОПТИМІЗАЦІЯ СТАНУ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ВЕРБЕНИ

Гайова Ірина Мирославівна

*Івано-Франківський національний медичний університет,
м.Івано-Франківськ, Україна*

Резюме. Стародавні греки і римляни застосовували Вербену в арсеналі секретів жіночої краси і довголіття. Авторка статті, на основі аналізу даних медичної літератури, шукала відповідь на питання, чим пояснити лікувальні ефекти Вербени для судинного ендотелію та шкіри. Виявляється, до складу Вербени входять п'ять сполук із антиоксидантними властивостями, які у взаємодії з іншими складовими і забезпечують бажаний ефект. У перспективі – вивчення впливу Вербени на нервову систему, кровотворення та гепато-біліарний тракт жінки.

У складі Вербени виявлено п'ять сполук із антиоксидантними властивостями. **№1. Флавоноїд артемітін**, нейтралізуючи оксиди, запобігає незворотному окисненню вітаміну С, стабілізує клітинні мембрани, зменшує ламкість стінок капілярів, тобто, має протизапальну дію. Стабільність колагенової структури судинної стінки стримує розвиток атеросклерозу. Пригнічуючи АТПФ, артемітін проявляє гіпотензивний ефект.

№2. Каротин захищає епітелій шкіри, кон'юнктиви, сприяє загоюванню ран. **№№3,4. Вербеналін** (ірідоїдовий глікозид) та **гастатозід** (ірідоїд) у також мають антиоксидантні властивості.

№5. Розчинна кремнієва кислота. Кремній, сприяючи біосинтезу колагену та еластину, забезпечує пружність шкіри та її регенерацію, еластичність кровоносних судин, зменшує рівень холестерину в крові. Препарати рослинного походження, які містять кремнієві сполуки, набагато активні-

ші, ніж синтетичні аналоги, ймовірно тому, що їх дію посилюють флавоноїди (артемітін) і дубильні речовини. Сполуки кремнію адсорбують на своїй поверхні віруси і бактерії.

Кобальт у складі Вербени входить до складу ціанокобаламіну, водночас кобальт необхідний для синтезу інсуліну. Добрий ефект при лікуванні ран забезпечується протизапальним та антимікробним ефектами урсолової кислоти в складі Вербени.

Висновок. До складу Вербени входять п'ять сполук із антиоксидантними властивостями, що у взаємодії із кобальтом та урсоловою кислотою у складі Вербени, забезпечують бажаний ефект для стану судинного ендотелію та шкіри.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ПОСЕКРЕЦІЇ ТА ЛАТЕНТНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ ПРИ ПЕРЕДДІАБЕТИЧНИХ СТАНАХ

¹Гайсак М.О., ²Чайковська Т.В., ^{1,2}Дичка Л.В., ¹Ляхова О.Б.

¹Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м.Ужгород, Україна; ²ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Вступ: Цукровий діабет (ЦД) належить до системних захворювань з високим рівнем коморбідності, причому прогресуючий розвиток функціональних розладів системи травлення та сечовиділення спостерігається практично у всіх хворих на ЦД, що прискорює формування у них пізніх ускладнень, прогресування органічних змін і погіршує загальний прогноз захворювання. Відомо, що ЦД 2 типу характеризується тривалою доклінічною стадією, яка не діагностується через відсутність клінічно значимої симптоматики. В той же час, тісний анатомо-фізіологічний зв'язок між зовнішньо- і внутрішньосекреторною діяльністю підшлункової залози (ПЗ) зумовлює несприятливий вплив її екзокринної недостатності на ендокринну функцію, що спостерігається майже у всіх пацієнтів з хронічним перебігом захворювань органів травлення.

У зв'язку з цим, своєчасна оцінка функціонального стану органів травлення і нирок, зокрема у осіб навіть з незначними порушеннями вуглеводного обміну, дає можливість раннього виявлення панкреатичної дисфункції, подальша корекція якої лежить в основі профілактики інкреторної недостатності ПЗ та вторинного ЦД.

Мета роботи: Дослідити особливості кислотовидільної функції шлун-

ку і нирок та секреторної функції ПЗ в міжтравний та постпрандіальний періоди секреції у хворих з високим ризиком розвитку ЦД.

Матеріал та методи дослідження: Дослідження проведені у 29 хворих з високим ризиком розвитку ЦД на фоні коморбідної патології органів травлення та у 30 практично здорових осіб (контрольна група) віком від 20 до 55 років. Пацієнти обстежені із застосуванням неінвазивної скринінгової методики одночасного дослідження функціонального стану ПЗ (активність і дебіт альфа-амілази сечі), кислотоутворюючої функції шлунку (титраційна кислотність сечі – ТКС) і кислотовидільної функції нирок (рН сечі, екскреція амонію) в різні періоди панкреатичної секреції на основі фракційного дослідження сечі. Дослідження проводилось натще та протягом 120 хв. після харчового подразника. У всіх порціях сечі визначалась активність α -амілази, рН сечі, ТКС (за методикою В.Ф.Щеколюдіна в нашій модифікації), сечова екскреція амонію (з використанням реактиву Несслера). Обчислювались дебіти альфа-амілази, хвилинний діурез. Ризик ЦД визначався за допомогою анкети FINDRISK.

Результати дослідження та їх обговорення: Проведені дослідження показали, що найбільш виражена різниця між досліджуваними показниками у обстежених двох груп пацієнтів спостерігається в постпрандіальний (травний) період секреції. У хворих з високим ризиком розвитку ЦД в травний період спостерігається достовірно нижчий рівень рН сечі - $5,4 \pm 0,07$ ($P < 0,01$) і $5,5 \pm 0,08$ ($P < 0,001$) відповідно через 60 і 120 хвилин після їди; достовірно більш низькими виявились показники ферментовидільної функції ПЗ за величиною дебітів альфа-амілази - $313,0 \pm 42,7$ ($P < 0,05$) і $172,8 \pm 27,3$ г/год·л ($P < 0,001$). Більш ніж у 2 рази вищими були показники сечової екскреції титрованих кислот порівняно з групою здорових - $0,67 \pm 0,05$ ($P < 0,01$) і $0,53 \pm 0,04$ ммоль/л ($P < 0,01$). Також значно вищим був рівень сечової екскреції амонію - $74,9 \pm 5,3$ ($P < 0,001$) і $69,2 \pm 4,8$ ммоль/л ($P < 0,001$).

Висновок та перспективи подальших досліджень: У хворих з хронічною патологією органів травлення та високим ризиком ЦД спостерігається зниження ферментовидільної функції ПЗ на фоні субклінічних проявів МА, що зумовлює доцільність розробки і застосування у цих пацієнтів неінтенсивних методів олузнюючої терапії, зокрема, із застосуванням природних мінеральних вод з системними олузнюючими та кислотонейтралізуючими властивостями.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТФОРМІНУ ПРИ ІНСУЛІНОРЕЗИСЕНТНОСТІ

Гаман І.О., Човганюк О.С.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Мета роботи – оцінити вплив комплексного лікування з включенням метформіну на показники інсулінорезистентності (ІР) у хворих із метаболічним синдромом (МС) та гіпертензивною нефропатією (ГН) із врахуванням типу інсулінемії.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 124 хворих (31 чоловіки; 93 жінки; вік – 59 ± 11 років), серед них – 46 хворих із ГН. Проведено пероральний глюкозо-толерантний тест (ПГТТ). Із метою оцінки ступеня ІР визначали індекс НОМА ІR та рівень ЕІ. Залежно від рівня ЕІ хворих розділено на три групи: 1 група – 42 хворих (11 хворих із ГН) з нормальним рівнем ЕІ; 2 група – 32 хворих (11 із ГН) з реактивною гіперінсулінемією (ГІ); 3 група – 50 хворих (24 з ГН) із спонтанною ГІ. Хворі отримували антигіпертензивні препарати протягом року, при спонтанній ГІ призначали метформін. Контрольна група – 20 здорових осіб.

Результати дослідження та їх обговорення. Рівень ЕІ натще та після навантаження у 1 групі не відрізнявся від контролю – $(12,16 \pm 2,16)$ мкОд/мл ($p > 0,05$). У 2 групі рівень ЕІ натще був на верхній межі норми ($p > 0,05$), через 2 год – підвищений у 3,0 рази ($p < 0,05$); у 3 групі – зріс у 3,0 та 3,5 рази ($p < 0,05$) відповідно. Серед хворих із ГН ГІ спостерігалася у 76% випадків. Показник НОМА-ІR у 1; 2 і 3 групах був підвищеним у 1,4; 1,8 та 4,7 рази відповідно, порівняно з контролем – $(1,87 \pm 0,14)$ ($p < 0,05$). У хворих із ГН у 2 групі показник НОМА-ІR виявився більшим на 31,3% порівняно з 1 групою ($p < 0,05$); у 3 групі – у 3,4 та 2,6 рази ($p < 0,05$) вищим порівняно з рівнем у 1 та 2 групах відповідно. Під впливом лікування у 2 групі рівень ЕІ після навантаження зменшився на 34,5% ($p < 0,05$). У 3 групі рівень ЕІ натще знизився на 39,5%, після навантаження – на 41,9% ($p < 0,05$). НОМА ІR зменшився на 13,4%; 24,0% і 42,3% ($p < 0,05$) відповідно у 1; 2 і 3 групах.

Висновки. У хворих із ГН та ГІ більш виражені зміни глюкозного гомеостазу. Включення метформіну сприяє позитивній динаміці параметрів ІР та дозволяє провести її корекцію у хворих із МС та ГН.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення динаміки глікованого гемоглобіну у хворих із МС та ГН під впливом комплексного лікування.

РІВЕНЬ РОЗЧИННОЇ ФОРМИ МІЖКЛІТИННОЇ АДГЕЗИВНОЇ МОЛЕКУЛИ-1 У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ.

Гончаров О.В.

*Запорізький державний медичний університет,
кафедра внутрішніх хвороб 2, м. Запоріжжя*

Ендотеліальна дисфункція є одним із ключових механізмів формування і прогресування гіпертонічної хвороби (ГХ). На сьогоднішній день накопичено велику кількість експериментальних та клінічних даних, які свідчать про підвищення активності молекул адгезії, як одних із численних лабораторних маркерів дисфункції ендотелію, у хворих на ГХ.

Мета дослідження: вивчити рівень розчинної форми міжклітинної адгезивної молекули-1 (sICAM-1) у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

Об'єкти і методи дослідження: у групу спостереження було включено 107 хворих на ГХ II стадії без клінічно значущої супутньої патології. Залежно від ступеня артеріальної гіпертензії (АГ) хворі були розподілені на 3 підгрупи: 1-ю склали 55 хворих з м'якою АГ, 2-ю - 42 хворих з помірною АГ, 3-ю - 10 хворих з тяжкою АГ. Групу контролю склали 31 практично здорова особа. Кожен пацієнт дав добровільну письмову згоду на проведення дослідження.

Всім особам, що були включені у дослідження, визначали рівень sICAM-1 в сироватці крові імуноферментним методом за допомогою набору «sICAM-1 ELISA KIT» фірми «Diacclone» (Франція) відповідно до прикладеної до набору інструкції.

Отримані результати: в результаті проведення дослідження було встановлено, що у групі хворих на ГХ спостерігається вірогідне підвищення рівня sICAM-1 у сироватці крові у порівнянні із практично здоровими особами на 41,87% ($p < 0,05$). Збільшення ступеня тяжкості артеріальної гіпертензії характеризувалося зростанням концентрації розчинної форми міжклітинної адгезивної молекули-1. Так, у пацієнтів із 1 ступенем АГ рівень s-ICAM-1 у сироватці крові був вищим на 35,58% ($p < 0,05$), у хворих з помірною АГ – на 48,25% ($p < 0,05$), а у осіб з АГ 3 ступеня – на 60,19% ($p < 0,05$), ніж у практично здорових обстежених. Достовірні розходження були зареєстровані між підгрупами хворих на ГХ із різним ступенем виразності АГ. Зокрема, у хворих на ГХ із 3 ступенем АГ рівень s-ICAM-1 був вірогідно вищим у порівнянні з пацієнтами з АГ 2 ступеня на 8,05% ($p < 0,05$), а з хворими із м'якою АГ 1 - на 18,15% ($p < 0,05$).

Висновки: у хворих на гіпертонічну хворобу рівень розчинної форми

міжклітинної адгезивної молекули-1 достовірно вищий, ніж у практично здорових осіб. При збільшенні рівня артеріального тиску вміст sICAM-1 також прогресивно підвищується.

Подальші дослідження в даному напрямку допоможуть більш детально вивчити патогенетичні механізми розвитку та прогресування гіпертонічної хвороби.

ФАКТОРИ РИЗИКУ КОНТРАСТ ІНДУКОВАНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

**Деніна Р.В.¹, Барила Г.Г.¹, Вацеба М.О.¹, Волинський Д.А.¹,
Королюк В.Д.²**

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства¹

КНП «Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр Івано-Франківської обласної ради», відділення кардіоваскулярних втручань²

Незважаючи на очевидні успіхи, досягнуті в сучасній інтервенційній кардіології і ангіології, проблема безпеки проведення втручань залишається актуальною. Контрастні речовини, що застосовуються для візуалізації судин, мають нефротоксичну дію, викликаючи контраст-індуковану нефропатію (КІН). Рання діагностика і виявлення хворих з високим ризиком розвитку КІН має важливе значення для виявлення хворих, які потребують більш точного контролю стану нирок та обміну речовин і з метою профілактики даного стану.

Мета роботи. Визначити фактори ризику розвитку КІН у хворих з ГКС після проведеної ургентної коронарографії.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 100 осіб із ГКС. Усім хворим проводили загальноклінічні методи обстеження, лабораторні (тропонін-І, загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові) та інструментальні (ЕКГ, коронарографія із стентуванням інфарктзалежної коронарної артерії). Оцінку факторів ризику розвитку КІН проводили за допомогою шкала R. Mehran.

Серед обстежених хворих переважали чоловіки (56%). Середній вік обстежених $58,52 \pm 1,26$ роки. STEMI діагностовано у 56% хворих, NSTEMI - 11% і нестабільна стенокардія у 11% випадків. Ургентне стентування проведено 78% хворим, планове - 22% особам. Одно судинне ураження діагностовано у 48% хворих, 2-х судинне ураження - 33%, 3-х і більше судин

уражено у 17% хворих. В анамнезі АГ II-III ступеня спостерігалася у 28%, ЦД II тип - 47 %, анемія I ступеня - 17%, ХХН у 5% випадків. Уперше діагностований ІМ у 47,8% хворих.

При підрахунку балів за шкалою R. Mehran встановлено, що 56% хворих мали низький ризик розвитку КІН ($2,71 \pm 0,23$ бали), у 27% хворих середній ризик (модифіковані фактори) $-7,18 \pm 0,23$ бали, у 9 % хворих високий ризик ($12,11 \pm 0,39$ бали) і у 8 % хворих дуже високий ризик розвитку КІН ($20,63 \pm 1,19$ бали)

Висновок. Високий та дуже високий ризик розвитку КІН спостерігався у хворих із наявними в анамнезі: АГ, ЦД, анемією, вихідним підвищеним рівнем креатиніну, залежав від тривалості процедури, кількості уведеного контрасту і не залежав від віку хворих.

СОЛЕЧУТЛИВІСТЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Єрмоленко С.А.

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

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одна з найголовніших причина кардіо-васкулярної смертності у світі й уражає майже 25 % дорослого населення. Поширеність АГ у 2025 році зросте до 1,5 млрд осіб та складе 13,5 % від загальної кількості передчасних смертей, в тому числі 54 % подій від інсультів і 47 % подій, що викликані ішемічною хворобою серця.

Метою дослідження було визначення розповсюдженості різних типів добового профілю АТ (ДПАТ) від солечутливості у хворих з АГ II стадії

Матеріали і методи. Обстежено 120 осіб з АГ II стадії, віком від 26 до 75 років. Для визначення типу сольової реактивності АТ застосовували методику Weinberger M. N. (1986). Усім пацієнтам проводили добовий моніторинг АТ (ДМАТ) за стандартним протоколом.

Результати та їх обговорення. Серед обстежених пацієнтів виявлено: солечутливі - 51 чоловік (42,5 %) , солерезистентні - 57 чоловік (47,5 %), парадоксальні реактори - 12 чоловік (10 %). Проведено розподіл пацієнтів за ДП АТ: у солечутливих 76,5 % хворих відносились до «non-dippers» та 15,7 % до «night-peakers», серед солерезистентних лише 19,3% хворих відносились до «non-dippers», 73,7 % хворих були «dippers» та 0% «night-peakers». Виявлено, що у солечутливих пацієнтів збільшені середньодобові показники варіабельності САТ і ДАТ у порівнянні з солерезистентними пацієнтами, $16,1 \pm 4,6$ мм.рт.ст. проти $11,4 \pm 3,7$ мм.рт.ст., швидкості ранкового

підйому (ШРП) САТ - $14,0 \pm 4,3$ мм.рт.ст. проти $7,9 \pm 3,6$ мм.рт.ст., та індексу часу АГ для САТ 76 ± 12 мм.рт.ст. проти 67 ± 11 мм.рт.ст. порівняно з солерезистентними хворими ($p < 0,05$).

Висновки. Солечутливі пацієнти характеризуються переважанням ДПАТ «non-dippers» та «night-peakers», достовірно збільшеною швидкістю ранкового підйому АТ, варіабельністю АТ і найменшим ступенем нічного зниження АТ. Солерезистентні хворі мають сприятливий ДПАТ: добовий ритм «dippers», нормальні значення ранкового підйому, швидкості ранкового підйому АТ і варіабельності АТ.

ДІАГНОСТИЧНИЙ ПОШУК ПРИ МІНОСА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Зарицька З.В., Белінський М.В., Федоров С.В., Позур Н.З., Регіс Абдельбассет

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

МІНОСА – інфаркт міокарда без обструкції вінцевих артерій – поняття, яке націлює на додатковий діагностичний пошук, у тому числі, із використанням сучасних візуалізаційних методик.

Мета роботи: презентація клінічного випадку підозри на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI) без обструкції коронарних судин, де вирішальну роль в постановці правильного діагнозу зіграла магнітно-резонансна томографія (МРТ).

Результати та їх обговорення. Пацієнт Ч., 26 років, був доставлений в лікарню зі скаргами на профузну діарею, блювання, яке приносило полегшення, задишку, біль в ділянці серця. Захворювання пов'язує із тим, що з'їв несвіжу піцу. Результати ЕКГ: ритм синусовий, правильний, елевація сегмента ST у відведеннях I, II, aVL, V3-V4 до 3 мм, реципрокна депресія в III та aVF, негативні T у відведеннях V3-V6, ознаки гіпертрофії правого передсердя. Ехокардіоскопія: без патології. Тропонін I – 137,0 нг/мл. Було поставлено попередній діагноз «Гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST передньо-перетинково-верхівкової зони ЛШ» та проведено коронароангіографія, на якій були виявлені інтактні коронарні судини. Поставлено діагноз «МІНОСА», а пацієнт отримав лікування згідно відповідного діагнозу. На МРТ серця: за сукупністю ознак ураження міокарда може бути ознакою міокардиту (не характерне для ураження ішемічного походження).

Висновок: даний клінічний випадок висвітлює ситуацію, в якій на основі даних ЕКГ та результатів тропоніну I, і інтактних коронарних артеріях

на КАГ був поставлений помилковий діагноз інфаркту міокарда II типу – MINOCA. МРТ серця ж виявило зміни характерні для міокардиту, а не ішемії.

ПРОГНОЗУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ЗА СТАНОМ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Кіндрат Г.В., Гаврилюк Н.С.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Ротова порожнина – верхній відділ шлунково-кишкового тракту (ШКТ), стан якої значною мірою впливає на мікроекологію як її, так і нижче розташованих структур. Слизова оболонка ротової порожнини (СОРП) забезпечує нормальний рівень функціонування системи місцевого імунітету за рахунок феномену імунної солідарності інших слизових оболонок. У клінічній медицині визначення стану колонізації ротового епітелію використовують для раннього виявлення патологічних змін в організмі людини, прогнозу захворювань та оцінки неспецифічної реактивності епітелію СОРП як індикатора місцевих і загальних порушень гомеостазу організму.

Мета дослідження. Визначити зміни стану ротової порожнини у хворих з патологією шлунково-кишкового тракту.

Методи дослідження: загально-клінічні, ультразвукові, ендоскопічні, мікроскопічні.

З мікроскопічних методів вивчалися стан кристалізації слини, колонізація СОРП мікроорганізмами та ступінь резистентності ротової порожнини (реакція адсорбції мікроорганізмів епітеліоцитами).

Отримані результати. В дослідження було включено 47 хворих з патологією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Встановлено, що при супутній дискінезії жовчовивідних шляхів переважає II тип кристалізації, тоді як при супутньому панкреатиті – III тип. IV тип кристалізації слини спостерігався при наявності у хворих супутньої коморбідної патології (цукровий діабет, активний пієлонефрит тощо).

Мікробіоценоз ротової порожнини у хворих з патологією ШКТ істотно відрізняється від здорових осіб. У мазках хворих з патологією ШКТ спостерігали значну кількість кокової флори, грибів роду кандіда та фузобактерії Венсана. А при супутній дискінезії жовчовивідних шляхів нами відмічена наявність ротової трихомонади, яка не виявляється у здорових.

У всіх хворих з патологією ШКТ спостерігалася відсутність лактобактерій на СОРП.

Вивчення адсорбційних властивостей епітеліоцитів показало низьку резистентність СОРП у хворих з виразковою хворобою і добру у хворих з гастродуоденітом. Цікавим видається той факт, що у практично здорових осіб, які не подавали скарг з боку ШКТ, була виявлена задовільна резистентність СОРП.

Висновки. У обстежених пацієнтів за відсутності патологічного процесу в суміжних органах виявляли переважно І тип кристалоутворення. Зміни мікробіотопу СОРП можна використовувати як до нозологічний тест поєднаних порушень органів ШКТ. Порушення у механізмах резистентності СОРП є індикатором змін у загальному стані організму, в тому числі захворювань ШКТ. Практично здорові особи із задовільною резистентністю СОРП можуть бути віднесені до групи ризику розвитку патологічних станів шлунково-кишкового тракту.

ІНДЕКС АУГМЕНТАЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ІІ СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЮ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

Колесник Т.В., Надюк А.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Підвищена варіабельності артеріального тиску (ВАР АТ) є незалежним фактором ризику серцево-судинних ускладнень. Останні роки велику увагу у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) приділяють аналізу показників судинної жорсткості, а рівень індексів брахіальної ($Aix\ br$) та аортальної аугментації ($Aix\ ao$) сьогодні знаходиться на стадії активного вивчення. Тому метою нашої роботи було дослідити та оцінити рівень $Aix\ br$ та $Aix\ ao$ у чоловіків з ГХ ІІ стадії в сполученні з надлишковою масою тіла залежно від значення ВАР АТ.

Матеріали і методи: В дослідження включено 50 чоловіків з ГХ ІІ стадії АГ І ступеню. Рівень ВАР АТ оцінювали за даними добового моніторингування АТ (ДМАТ), окремо вивчали денну і нічну ВАР АТ. Враховуючи, що в світі відсутні загальноприйняті норми, ми використовували наступні градації ВАР АТ. Величину ВАР систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) АТ, яка не перевищувала 11,90 мм рт.ст. впродовж дня і 9,50 мм рт.ст. під час ночі вважали нормальною. Високою ВАР АТ вважали при збільшенні хоча

б одного з наступних критеріїв: ВАР САТ > 15,0 мм рт.ст. вдень і/або > 14,0 мм рт.ст. вночі, ВАР ДАТ > 14,0 мм рт.ст. вдень та/або > 12,0 мм рт.ст. вночі. Величина ВАР АТ, що знаходилась в проміжній зоні характеризувалась як гранично підвищена ВАР АТ. На підставі оцінки ВАР АТ пацієнтів було розподілено на 3 групи: I група – 10 чоловіків з нормальною ВАР АТ, II група – 16 осіб з гранично підвищеною ВАР АТ, та III група – 29 осіб з високою ВАР АТ. Середній вік склав 39,0 (34,0; 42,0) років - в I групі; 43,0 (39,0; 47,0) роки в II групі та 52,0 (47,0; 61,0) роки - в III групі. Особи з високою ВАР АТ були статистично старшими порівняно з пацієнтами інших груп ($p < 0,05$).

Результати: Було встановлено, що індекси аугментації зростали разом з підвищенням ВАР АТ. Серед осіб з нормальною ВАР АТ рівень $A_{ix} br$ (-38,70 (-47,30; -6,40)%) і $A_{ix} ao$ (18,05 (13,70; 24,25)%) дорівнював нормі. Величина $A_{ix} br$ і $A_{ix} ao$ в II групі склали -6,0 (-41,50; 8,70)% та 34,60 (16,60; 42,0) % відповідно, але тенденція до збільшення індексів аугментації була не вірогідною ($p > 0,05$). Серед пацієнтів III-ї групи величини $A_{ix} br$ і $A_{ix} ao$ були статистично вищими в 4,25 і 1,83 рази порівняно з пацієнтами I-ї групи ($p < 0,05$).

Висновки: У хворих з ГХ II стадії в сполученні з надлишковою масою тіла величина $A_{ix} br$ і $A_{ix} ao$ дорівнювали нормі тільки в групі з нормальною ВАР АТ. Підвищення судинної жорсткості за даними індексів аугментації починається вже у хворих з гранично підвищеною ВАР АТ і досягає найбільших значень у пацієнтів високою ВАР АТ. Отримані дані свідчать про те, що у пацієнтів з ГХ II стадії і надлишковою вагою слід враховувати більш жорсткі межі норми для оцінки ВАР АТ (11,90 мм рт.ст. впродовж дня і 9,50 мм рт.ст. впродовж ночі).

АНАЛІЗ ЗМІНИ КОНЦЕНТРАЦІЇ КОПЕПТИНУ ТА ST2 У ХВОРИХ З ДЕКОМПЕНСОВАНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ ЯНТАРНОЮ КИСЛОТОЮ ТА ПРЕПАРАТАМИ АРГІНІНУ

Левандовська Х. В., Налужна Т. В.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства, м. Івано-Франківськ, Україна

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень. Декомпенсована серцева недостатність (СН) являється актуальною проблемою сучасної кардіології. Незважаючи на застосування в широкій клінічній практиці

сучасних способів профілактики, діагностики і лікування хворих із СН, що виникла у постінфарктному періоді, прогноз при цьому залишається несприятливим. Лікування хворих з декомпенсованою ХСН є досить складним завданням, зважаючи на високий ризик клінічних ускладнень у них та необхідність досягнень таких основних терапевтичних цілей як поліпшення подальшого клінічного прогнозу і, особливо, покращення якості життя.

Мета. Вивчити динаміку змін копептину та ST2 у хворих з перенесеним ІМ, ускладненим декомпенсованою СН, під впливом відновного лікування янтарною кислотою та препаратами аргініну.

Матеріали і методи. Обстежено 120 хворих з діагнозом Q-QS та не-Q інфаркт міокарда, в яких зафіксована декомпенсована ХСН II А-Б стадії за класифікацією В. Х. Василенка та М. Д. Стражеска, III-IV ФК (за NYHA). Хворих з діагнозом Q-QS інфаркт міокарда (60 пацієнтів) та не-Q інфаркт міокарда (60 пацієнтів) було розподілено на 4 групи в залежності від отриманого лікування. Пацієнтам визначено рівень копептину та ST2 імуноферментним методом. Хворі спостерігались на перший день після госпіталізації та протягом 1, 2 місяців після проведеного лікування амбулаторно.

Результати. Аналізуючи рівень копептину у хворих I групи встановлено, що його середнє значення у сироватці крові склало $(18,13 \pm 0,12)$ пг/мл до лікування, та $(16,47 \pm 0,07)$ пг/мл і $(15,23 \pm 0,11)$ пг/мл відповідно через 1 та 2 місяці після проведеного лікування стандартною терапією ($p < 0,05$). Комбінація стандартної терапії та янтарної кислоти сприяла більш інтенсивному зниженню цього показника з $(18,07 \pm 0,13)$ пг/мл до $(13,15 \pm 0,18)$ пг/мл після завершення лікування ($p < 0,05$). В обстежених III групи, які отримували препарати аргініну на фоні стандартної терапії, середній рівень копептину сироватки крові до лікування становив $(18,15 \pm 0,06)$ пг/мл, та $(14,11 \pm 0,21)$ пг/мл після лікування ($p < 0,05$). За умови застосування комбінації досліджуваних препаратів та стандартної терапії (IV група) середнє значення цього показника до лікування складало $(18,11 \pm 0,14)$ пг/мл, а після двомісячного курсу терапії – $(10,95 \pm 0,09)$ пг/мл. У хворих I групи середнє значення концентрації ST2 до лікування становило $(49,47 \pm 1,77)$ нг/мл, а після 1 та 2 місяців терапії – $(44,92 \pm 1,22)$ нг/мл та $(41,67 \pm 1,18)$ нг/мл відповідно ($p < 0,05$). При додаванні до базової терапії янтарної кислоти значення даного показника до лікування дорівнювало $(49,00 \pm 1,25)$ нг/мл та вірогідно знижувалось на 22,31% та 26,67% після 1 та 2 місяців терапії і складало $(38,07 \pm 2,28)$ нг/мл та $(35,93 \pm 1,79)$ нг/мл ($p < 0,05$). В обстежених III групи рівень ST2 після двомісячного лікування склав $(37,07 \pm 1,91)$ нг/мл, що було достовірно нижчим на 22,98% від відповідних значень до початку терапії – $(48,13 \pm 0,99)$ нг/мл ($p < 0,05$). У пацієнтів IV групи концентрація ST2 до лікування складала $(49,40 \pm 1,12)$ нг/мл та знижувалась, як через

1, так, особливо, і через 2 місяці проведеної комбінованої терапії на 28,80% та 41,30% і складала (35,13±2,47) нг/мл та (29,00±2,98) нг/мл відповідно ($p < 0,05$). Аналогічні закономірності спостерігались і у пацієнтів з не-Q ІМ та декомпенсованою СН.

Висновки. Питання мультимаркерної стратегії терапії СН в ранньому та пізньому постінфарктному періоді є важливою складовою подальших досліджень. Використання янтарної кислоти та препаратів аргініну, а, особливо, їх комплексне застосування на фоні базової терапії дозволило суттєво зменшити концентрацію копептину та ST2 у сироватці крові, що, безперечно, свідчить про їх позитивний терапевтичний ефект і підвищення якості життя пацієнтів.

МОЖЛИВОСТІ ПРЕВЕНТИВНОЇ БАЛЬНЕОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ В УМОВАХ ПОЛІМОРБІДНОСТІ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

¹Лемко І.С., ¹Гайсак М.О., ^{1,2}Дичка Л.В., ^{1,3}Кудик В.Г.

¹Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м.Ужгород, Україна; ²ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; ³санаторій «Термал Стар»

Вступ: Метаболічний ацидоз (МА) у хворих на цукровий діабет (ЦД) належить до найбільш частих системних ускладнень захворювання і одночасно патогенетичною основою формування і прогресування коморбідних станів.

При цьому МА може бути компенсований завдяки активації механізмів різних рівнів, які реалізуються, головним чином, нирками через збільшення секреції H^+ -іонів в дистальному відділі ниркових каналців і реабсорбцію гідрокарбонатів у проксимальному відділі нефрона, і тривалий час запобігають прогресуванню клінічно значимих змін кислотно-лужної рівноваги організму. Раннє виявлення субклінічних проявів МА та їх корекція дозволяють суттєво зменшити ризик формування і прогресування системних ускладнень захворювання, запобігти виснаженню компенсаторних механізмів, зокрема, із використанням олужноючих ефектів природних мінеральних вод (МВ).

Мета роботи: Розробка диференційованої методики бальнеологічної корекції МА у хворих з хронічною патологією органів травлення на фоні ЦД залежно від особливостей порушень ниркових механізмів компенсації МА.

Матеріал та методи дослідження: Проведений аналіз особливостей порушень ниркових механізмів компенсації МА у 110 хворих (віком від 30 до 65 років, з них 18 чоловіків, 92 жінки) з хронічною патологією органів травлення з порушенням толерантності до глюкози та ЦД. Під час фракційного дослідження сечі натще та через 30 і 60 хвилин після фізіологічного пробного сніданку, в кожній порції сечі, окрім альфа-амілази, визначали діапазон добових коливань рН, сечової екскреції амонію і титрованих кислот (ТК).

Результати дослідження та їх обговорення: На основі результатів проведеного аналізу, залежно від особливостей порушень ниркових механізмів компенсації МА запропонований персоналізований підхід до методики його превентивної бальнеологічної корекції.

1. При порушенні ниркових механізмів компенсації МА (рівень сечової екскреції аміаку > 80 ммоль/л, ТК $> 1,0$ ммоль/л, ізоацидурія - рН $< 6,5$, зменшення діапазону добових коливань рН сечі менше 0,5 одиниць) показані гідрокарбонатні натрієві МВ із загальною мінералізацією більше 5000 мг/л.

2. При напруженні компенсаторних механізмів МА (незначне підвищення сечової екскреції аміаку - 60-80 ммоль/л, ТК - 0,85-1,0 ммоль/л, переважання кислої реакції сечі (рН $< 6,5$) зі збереженням фізіологічних коливань рН) призначаються гідрокарбонатні натрієві МВ з рівнем загальної мінералізації 3000-5000 мг/л.

3. При початкових порушеннях компенсаторних механізмів МА (переважання кислої реакції сечі $< 6,5$, збереження нормальних коливань показників рН протягом доби в межах 4,8 - 7,5, відсутність порушень сечової екскреції амонію та ТК) показані слабо- маломінералізовані гідрокарбонатні натрієві та столові МВ із загальною мінералізацією < 3000 мг/л.

Персоналізований підхід до вибору методики бальнеологічного лікування, режиму питного застосування МВ та його тривалість базується також на даних про функціональний стан органів травлення та сечовидільної системи.

Висновок та перспективи подальших досліджень: Зважаючи на роль субклінічних форм МА у формуванні ускладнень ЦД, диференційоване застосування природних МВ, особливо на фоні гастроентерологічної коморбідності, може бути ефективним та безпечним методом олузнюючої терапії, доступність якого забезпечується великим спектром фасованих МВ з наявністю у складі гідрокарбонатів. Перспективним є також дослідження олузнюючих ефектів різних за складом та бальнеологічною належністю МВ.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Литвинюк О. П.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Актуальність. Проблема туберкульозу (ТБ) у медичних працівників (МП) і досі стоїть дуже гостро стоїть для всієї системи охорони здоров'я України, незважаючи на стабілізацію динаміки показників захворюваності за останні декілька років.

Мета. Аналіз структури захворюваності на професійний ТБ у Вінницькій області за 2007-2019 рр.

Матеріали та методи. Проаналізовано 176 випадків захворювання у МП лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) регіону, котрі захворіли на ТБ за період дослідження.

Результати та обговорення. В середньому показник захворюваності за період дослідження у МП Вінницької області склав 48,5 на 100 тис. МП, а серед населення - 57,7 на 100 тис. осіб. Рівень захворюваності серед працівників загальної лікувальної мережі (ЗЛМ), як і серед населення, знизився незначно, але звернула на себе увагу динаміка показників захворюваності у МП протитуберкульозних закладів (ПТЗ): якщо з 2007 по 2012 рр. середній показник складав 1050 на 100 тис. МП ПТЗ регіону, то з 2013 по 2019 роки - вже 265,6 на 100 тис. осіб. Серед всіх випадків ТБ у МП спостерігалось 144 (81,8%) випадки вперше діагностованого ТБ та 32 (18,2%) випадки рецидиву захворювання (РТБ), а захворюваність на РТБ МП в середньому склала 8,7 на 100 тис. МП, тоді як серед населення області цей показник був дещо вищим – 11,5 на 100 тис. осіб. Також слід зазначити, що легеневі форми ТБ спостерігались в 151 (85,8%) МП, а позалегенові – 25 (14,2%). При цьому захворюваність на позалегеновий ТБ у МП склала в середньому 6,9 на 100 тис. МП, а серед населення була нижчою – 5,2 на 100 тис. осіб. В професійній структурі захворюваності на ТБ серед МП ЗЛМ захворіло 30 (17%) лікарів, 100 (57%) медичних сестер та 46 (26%) санітарок.

Висновки. Отже, за останні 7 років показники захворюваності на ТБ серед МП ПТЗ Вінницької області знизилась в 4 рази. У професійній структурі основна кількість випадків спостерігалась серед середнього та молодшого медперсоналу. РТБ у МП діагностувався рідше, ніж в популяції, але показник захворюваності залишається без тенденції до зниження.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ

Макар О.Р.

Львівський регіональний інститут державного управління

Національної академії державного управління при Президентіві України

Актуальність. Реформування галузі охорони здоров'я передбачає також відповідність вищої медичної освіти міжнародним стандартам. Актуальним питанням при цьому постає вибір моделі взаємодії вищого медичного навчального закладу та клінічної бази. Світовий досвід показує, що якісна практична підготовка медичних кадрів здійснюється на базі університетських клінік або університетських лікарень.

Огляд проблеми. До теперішнього часу в Україні найбільш розповсюдженим варіантом взаємодії вищого медичного навчального закладу з лікувальними установами було розміщення клінічних кафедр на території лікувальних закладів та проведення працівниками лікувально-консультативної і діагностичної роботи на підставі угоди про співпрацю та відповідно до наказу МОЗ України №174 від 06.09.1997 р. "Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я". Проте, в зв'язку з прийняттям законів України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я" та "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" відбулася автономізація більшості комунальних закладів охорони здоров'я та перетворення їх на комунальні некомерційні підприємства. В таких умовах перед науково-педагогічними працівниками постало ряд проблем: неможливість реєстрації в електронній системі охорони здоров'я e-Health і відповідно неможливість виконання лікувальної роботи; неможливість проведення в повному обсязі практичних занять з клінічних дисциплін із студентами, лікарями-інтернами та слухачами; питання аренди займаних кафедрами приміщень і оплати за комунальні послуги. Внесення змін до законодавства України, які б заохочували створення та розвиток мережі університетських клінік та лікарень, з чітким визначенням механізму їх пріоритетного фінансування в умовах реформування вторинної ланки охорони здоров'я та можливістю отримання його з різних джерел, дозволило би оптимально вирішити цю проблему. Нормативно-правовою базою, яка потребує вдосконалення для оптимального впровадження цієї моделі, на даний час, на думку експертів, є: закони України "Основи Законодавства України про охорону здоров'я", "Про державні фінансові гарантії медич-

ного обслуговування населення”, “Про вищу освіту”, “Про місцеве самоврядування”, “Про аренду державного та комунального майна”, Бюджетний кодекс України, постанова Кабінету Міністрів України “Деякі питання електронної системи охорони здоров’я”.

Більшість вищих медичних закладів в Україні вже створили різної потужності університетські клініки, проте така кількість університетських клінік та лікарень є недостатньою на даний час і не забезпечує потреб вищої медичної освіти в повному об’ємі. Одним з важливих позитивних результатів ширшого запровадження такої моделі може стати збереження і подальший розвиток лікувальних закладів на регіональному рівні - внаслідок створення на їх базі університетських лікарень, покращення таким чином їх фінансування та посилення кадрового потенціалу та матеріально-технічної бази. Також це сприятиме розвитку наукової співпраці на національному і міжнародному рівні.

Висновки. Вирішення проблеми взаємодії вищих навчальних закладів з клінічними базами, зокрема і шляхом пріоритетності створення університетських клінік та лікарень, сприятиме як подальшому розвитку вищої медичної освіти в сучасних умовах, так і покращенню якості надання медичної допомоги населенню.

АСОЦІАЦІЯ ПОРУШЕННЯ ВАЗОРЕГУЛЮВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ З МАРКЕРАМИ ЗАПАЛЕННЯ ТА АУТОАНТИТІЛАМИ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

Матіяшук І.Г., Амосова К.М., Яременко О.Б., Захарова В.І., Коляденко Д.І.
*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ,
Україна*

Серцево-судинні захворювання як наслідок раннього атеросклерозу є провідною причиною смертності у хворих на системний червоний вовчак (СЧВ). Маркером раннього атеросклерозу вважається порушення функції ендотелію.

Мета роботи. Оцінити вазорегулювальну функцію ендотелію у хворих на СЧВ та її зв’язок з маркерами запалення та аутоантитілами.

Матеріали та методи дослідження. Проведено визначення ендотелійзалежної (ЕЗВД) та ендотелійнезалежної вазодилатації (ЕНВД) плечової артерії у 100 хворих на СЧВ.

Результати дослідження та їх обговорення. ЕЗВД у хворих на

СЧВ була знижена в середньому на 31,5% порівняно зі здоровими особами ($p < 0,001$). Натомість середні величини ЕНВД в групі хворих на СЧВ ($20,03 \pm 0,80\%$) і в групі здорових осіб ($21,4 \pm 0,7\%$) достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$). Середні значення ЕЗВД у хворих з підвищеним рівнем С-реактивного білка (СРБ) були знижені на 35,1% порівняно з контролем ($p < 0,001$), а у хворих з нормальним рівнем СРБ – на 25,9% ($p < 0,001$; різниця між підгрупами недостовірна). Значущої кореляційної залежності між величинами СРБ і ЕЗВД виявлено не було ($r = 0,10$, $p > 0,05$). У хворих, позитивних за антинуклеарним фактором (АНФ) і антитілами до нативної ДНК (АТ-нДНК), значення ЕЗВД були відповідно на 32,0% і 35,2% нижчими, ніж в контрольній групі ($p < 0,001$). Водночас у негативних за АНФ і АТ-нДНК хворих різниця з контролем була недостовірною ($p > 0,05$).

Висновки. Для хворих на СЧВ характерним є порушення вазорегуляторної функції ендотелію, особливо за наявності підвищених титрів АНФ і АТ-нДНК. Рівень СРБ не корелює з величинами ЕЗВД у хворих на СЧВ.

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ

Н.Р. Матковська, Л.В. Глушко, Т.Ю. Гавриш, Л.М. Скрипник, В.М. Костюк

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна

Нейроендокринні пухлини (НЕП) відносяться до порівняно рідкісної патології і зустрічаються з частотою 12-15 випадків на 1 млн. населення. Однак за останні 30 років відзначається досить інтенсивний ріст захворюваності. До НЕП відносять пухлини, що виникають з клітин так званої дифузної ендокринної системи. Ці клітини знаходяться в різних частинах організму і відіграють важливу роль у підтримці гомеостазу. НЕП шлунково-кишкового тракту (ШКТ) характеризуються повільним прогресуванням і, завдяки прихованому перебігу, в більшості випадків діагностуються лише на пізній стадії. Вони є найбільш численним гістологічним варіантом апудом, що зустрічаються в різних органах, з найбільшою частотою (67,5%) в ШКТ. З інструментальних методів для візуалізації НЕП ШКТ найчастіше застосовуються ендоскопічні методи, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, ультразвукову діагностику (УЗД) і ангіографію. Жоден з них не дозволяє встановити точний діагноз на доо-

пераційному етапі. Що стосується НЕП шлунку, поєднання ендоскопічних методів з прицільною оцінкою пухлини та слизової оболонки залишаються золотим стандартом діагностики. Ендоскопічне УЗД є важливим методом діагностики НЕП, оскільки надає інформацію про глибину пухлини та її локалізацію в стінці шлунку. Соматостатин-рецепторна сцинтиграфія – СРС (октреоскан) – рекомендована з метою виявлення метастазів НЕП у лімфатичні вузли, печінку, кістки. Визначення рівня гастрину у крові пацієнтів із НЕП шлунку має значення при НЕП I та II типів, оскільки у цих випадках його рівень підвищений. Гістологічні методи при вивченні НЕП необхідно використовувати для підтвердження ендокринної природи досліджуваного новоутворення і проведення диференціальної діагностики з пухлинами іншого гістогенезу. Крім того, дане дослідження дозволяє визначити ступінь злоякісності НЕП, а гістологічний тип пухлини є важливим прогностичним фактором.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ ІХС ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Нищук-Олійник Н.Б., Федоров С.В., Позур Н.З.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Вступ. Стабільна ішемічна хвороба серця (СІХС) у поєднанні із цукровим діабетом (ЦД) являє собою одну з провідних медико-соціальних проблем сучасного суспільства, що обумовлено високою захворюваністю та його поширеністю, частим виникненням хронічних мікро- та макросудинних ускладнень.

Метою дослідження було вивчити особливості перебігу та клініки стабільної ІХС, поєднаної із цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи дослідження. Проведено обстеження 90 пацієнтів, у тому числі 30 хворих на стабільну ІХС: стенокардія напруження, ФК-ІІ-ІІІ (група І) та 60 хворих на стабільну ІХС: стенокардія напруження, ФК-ІІ-ІІІ та ЦД, 2 тип, інсуліннепотребуючий (група ІІ). Глюкозу плазми крові визначали глюкозооксидазним методом; глікований гемоглобін (HbA1c) у цільній крові натще – методом іонообмінної хроматографії. Проводили ліпідограму.

Результати дослідження. При поступленні у стаціонар пацієнти обох груп при опитуванні частіше скаржились на біль у ділянці серця та перебої в роботі серця, задуху, як еквівалент за груднинного болю при фізичному

навантаженні, набряки нижніх кінцівок та пастозність гомілок до вечора. Пацієнти зі стабільною ІХС у поєднанні з ЦД 2 типу (II група) частіше на 23,33% ($p<0,05$) описували загруднинний біль як постійний, на 14,33% ($p<0,05$) – тривалий (довше 16 хв), у більшій половини він виникав у стані спокою, для усунення якого пацієнти приймали нітрогліцерин. Також на 21,67% ($p<0,05$) частіше у пацієнтів II групи виникала задишка, навіть при мінімальному фізичному навантаженні, та на 28,33% ($p<0,05$) частіше утримувались набряки на нижніх кінцівках. Особливістю клінічної картини СІХС/ЦД 2 були: головний біль (81,67%), запаморочення (75,00%), біль і оніміння нижніх кінцівок (90,00%), функціональні порушення нервової системи (дратівливість, безсоння тощо) – 88,33%, полідипсія (61,67%), поліурія, ніхтурія (76,67%).

Порівнюючи результати фенотипування ліпідів встановлено, що у хворих на СІХС незалежно від супутньої патології рівень в сироватці крові загального холестерину був вищим ($p<0,001$) за нормальні показники, відповідно $(6,25\pm 0,13)$ ммоль/л і $(6,65\pm 0,17)$ ммоль/л, при нормі $(4,51\pm 0,16)$ ммоль/л. Аналогічні зміни констатовані при аналізі рівня атерогенного ХС ЛПНЩ, який будучи в нормі в межах $(2,59\pm 0,16)$ ммоль/л, у групах хворих на СІХС складав, відповідно, $(5,27\pm 0,13)$ ммоль/л і $(5,98\pm 0,18)$ ммоль/л ($p<0,01$). Концентрація тригліцеридів (ТГ) в крові у хворих на СІХС теж була вірогідно вищою нормальних значень. Більше того, якщо у хворих I групи рівень ТГ сироватки крові складав $(1,66\pm 0,11)$ ммоль/л, то у хворих із СІХС/ЦД 2 типу він був найвищим і досягав рівня $(2,06\pm 0,12)$ ммоль/л, вірогідно перевищуючи як показник здорових, так і хворих на СІХС.

Висновки: Супутній ЦД 2 типу ускладнює перебіг СІХС та надає їй певних клінічних особливостей, а саме кожний другий пацієнт не відмічає нападів класичного стенокардитичного болю, натомість відчуває важкість і неприємні малоінтенсивні больові відчуття загруднинній ділянці, що може свідчити про високу частоту ймовірності безбольових форм інфаркту міокарда. СІХС із супутнім ЦД 2 типу за ліпідним спектром крові відрізняється більш вираженою дисліпідемією атерогенного характеру: більш вираженою тригліцеридімією ($p<0,05$), більшим рівнем ЛПДНЩ ($p<0,05$), нижчим рівнем ЛПВЩ ($p<0,05$), та вищим ІА ($p<0,05$).

ЧИННИКИ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З ІШЕМІЧНИМ ПОШКОДЖЕННЯМ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ІХС ПІД ЧАС НЕКАРДІАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ПУХЛИН ГОЛОВИ ТА ШИЇ

Потапенко М.С., Сиволап В.В.

Запорізький державний медичний університет, Україна

Актуальність. Найбільш загрозливими кардіальними ускладненнями ІХС під час некардіальних оперативних втручань з приводу пухлин голови та шиї є періопераційні ішемія та інфаркт міокарда, гостра серцева недостатність, життєзагрозливі порушення ритму та провідності. Зазначені ускладнення визначають не тільки подальший перебіг ІХС, та безпосередньо впливають на наближену виживаність хворих, тому визначення факторів ризику серцево-судинних ускладнень при некардіальних оперативних втручаннях сприятиме покращенню результатів хірургічного лікування.

Мета. З'ясувати чинники, що асоціюються із ішемічним пошкодженням міокарда під час некардіального оперативного втручання з приводу пухлин голови та шиї у хворих на ІХС.

Матеріал та методи. До дослідження було залучено 109 хворих на ІХС, яким виконано некардіальне оперативне втручання з приводу пухлин голови та шиї. Середній вік хворих склав $60,17 \pm 0,78$ років, 64 % жінок (70/109). В передопераційному періоді всім хворим проведена реєстрація ЕКГ у 12 відведень, ЕхоКС, визначено вміст креатиніну, тропоніну I, гематокриту, фібриногену, глюкози, розрахована швидкість клубочкової фільтрації (MDRD). Через 6 годин після завершення анестезії у хворих повторно визначили рівень тропоніну I хемілюмінісцентним методом на апараті «IMMULITE-1000» (США) за допомогою моноклональних антитіл (аналітична чутливість 0,1 нг/мл). В день операції всім пацієнтам виконували добове моніторування ЕКГ за допомогою реєстратора «DiaCard» (Україна). Запис ЕКГ починали за 30 хвилин до індукції анестезії. В автоматичному режимі визначали тривалість та ступінь елевації або депресії сегменту ST. В залежності від наявності або відсутності біохімічно-інструментальних ознак ішемічного пошкодження міокарду хворі були розподілені на 2 групи. Про ішемічне пошкодження міокарду свідчило вірогідне збільшення (в референтних межах) після некардіального втручання вмісту тропоніну I на 15,5 % ($p=0,0001$), яке асоціювалося ($r=0,69$; $p=0,024$) з тривалістю елевації сегменту ST впродовж першої післяопераційної доби за даними моніторування ЕКГ. Дані оброблено методами варіаційної статистики з використанням пакету програм “Statistica” (version 6.0, Stat Soft Inc, США), номер лі-

цензії AXXR712D833214FAN5.

Результати дослідження. Під час некардіальних хірургічних втручань з приводу пухлин голови та шиї не зареєстровано жодного випадку інфаркту міокарда, а ішемічне пошкодження міокарда (елевація тропоніну I в референтних межах) спостерігалось лише у 10,9 % хворих на ІХС. Хворі на ІХС з ішемічним пошкодженням міокарда під час некардіального оперативного втручання з приводу пухлин голови та шиї мали на 17,5 % ($p=0,006$) менший індекс маси тіла, на 3,4 % ($p=0,02$) більший зріст, на 25,4 % ($p=0,011$) меншу швидкість клубочкової фільтрації, на 9,1 % ($p=0,03$) більший рівень гематокриту, на 13,3 % ($p=0,025$) менший вихідний хвилинний об'єм крові, на 59,8 % ($p=0,033$) більшу тривалість елевації сегменту ST продовж доби, ніж хворі на ІХС, у яких не спостерігалось елевації тропоніну I після операції.

Висновки. Елевація тропоніну I в референтних межах внаслідок стрес-індукованої ішемії міокарда спостерігалась у кожного 10 хворого на ІХС під час некардіальних оперативних втручань з приводу пухлин голови та шиї. Чинниками підвищеного ризику інтраопераційного пошкодження міокарда під час некардіальних оперативних втручань з приводу пухлин голови та шиї у хворих на ІХС слід вважати менший індекс маси та більшу довжину тіла, меншу швидкість клубочкової фільтрації, більший рівень гематокриту, менший передопераційний хвилинний об'єм крові, більшу тривалість елевації сегменту ST продовж першої післяопераційної доби.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ, АСОЦІЙОВАНИХ З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ КОРУ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ В ЕПІДСЕЗОНІ 2018-2019 РР. НА ПРИКАРПАТТІ

Пришляк О.Я., Бойчук О.П., Матвіюк О.Я., Гуровська Н.П.*

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології, Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна.

**Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна.*

Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень: Для України кір на сучасному етапі залишається надзвичайно важливою проблемою в сфері охорони здоров'я. Як повідомляє ВООЗ – у 2017-2019 рр. відбувся найбільший спалах кору за останні 20 років в країнах Європейського регіону. Основною причиною такої ситуації міжнародні організації називають антивакцинальну кампанію (ЮНІСЕФ, 2019). Найнижчі показники відзна-

чені у 2016 році – лише 45,5% дітей 1 року життя і 30,2% дітей у віці 6-ти років отримали вакцину КПК (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2019). Питання кору є також соціально-економічною проблемою, оскільки у період спалаху 45% ураженого населення – особами працездатного віку. Труднощі діагностики та лікування полягають у тому, що ускладнення можуть виникати у будь-якому періоді захворювання та в умовах відносного благополуччя (Голубовська О.А., 2019).

Мета роботи: Проаналізувати клінічні особливості ураження органів дихання у дорослих хворих з важким перебігом кору та оптимізувати методи діагностики та лікування хворих з розвитком ускладнень з боку органів дихальної системи.

Матеріали та методи дослідження: Проаналізовано 216 медичних карт дорослих хворих на кір, які перебували на стаціонарному лікуванні в Івано-Франківській ОКІЛ в період з листопада 2018 р. по вересень 2019 р. Діагноз встановлювали на основі епідеміологічного анамнезу (контакт з хворим на кір), клінічних симптомів та серологічних досліджень (визначення специфічних IgM до вірусу кору).

Результати дослідження та їх обговорення: Проведено ретроспективний аналіз 216-ти медичних карт дорослих хворих на кір. В структурі захворюлих переважили жінки – 134 (62,1%), чоловіків – 82 (37,9%). Середній вік пацієнтів $29,2 \pm 0,8$. Кір тяжкого ступеню діагностовано у 45 (20,8%) хворих. Клінічно у дорослих хворих на важкі форми кору відмічалась дещо атипова клінічна картина захворювання: плямисто-папульозний висип з характерною етапністю розвитку, проте з геморагічним компонентом (позитивним с-м Пастіа), плями Бельського-Філатова-Копліка, що утримувались до 2-3 дня з моменту появи екзантеми, виражені явища кон'юнктивіту, пастозністю обличчя. Важкість стану була обумовлена розвитком важких вірусно-бактеріальних пневмоній у 27 (60%) осіб та гострих необструктивних бронхітів у 18 (40%) осіб. При поступленні важких хворих реєстрували зниження SpO_2 до 86-88%, задишку, зростання ЧД до 26-32/хв. Рентгенографічна картина не завжди корелювала з даними об'єктивного обстеження: при виражених фізикальних даних на рентгенограмі були відсутні характерні зміни. У 3 (6,6%) хворих розвинувся ІТШ, у 9 (33,3%) хворих – ДН I-II ст. Тривалість перебування в умовах відділення інтенсивної терапії 3-4 днів. Терапія вимагала комбінації антибактеріальних засобів, оскільки монотерапія була не ефективною та киснезабезпечення зволоженим киснем протягом 2-3 дні.

Висновки: Отже, клінічний перебіг кору у дорослих хворих часто має атиповий перебіг з розвитком ускладнень з боку органів дихання. Складність діагностики та лікування полягає відсутності раних прогностичних

ознак розвитку ускладнень та малоефективністю монотерапії.

Перспективи подальших досліджень: Перспективним є пошук прогностичних ознак, як клінічних так патогенетичних, що дозволили б попередити розвиток ускладнень з боку органів дихання. Одним з таких показників є рівень D-димерів, як предиктора до розвитку пневмонії, що був згаданий в останніх публікація вітчизняних дослідників та потребує детального вивчення у дорослих хворих на кір.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ НАДМІРНОЇ ДЕННОЇ СОНЛИВОСТІ, ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ КЛІНІКОЮ, РІВНЕМ ГРЕЛІНУ ТА ДАНИМИ 24-ГОДИННОГО ВНУТРІШНЬО-СТРАВОХІДНОГО pH-МОНІТОРИНГУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ПОЄДНАНУ ІЗ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ.

I.Б. Ромаш

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Актуальність: Наукові дослідження показали, що як гостра, так і хронічна недостатність сну призводять до зростання греліну. Пацієнтам із гастроєзофагальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) притаманні короткочасні пробудження під час рефлюксу, які сприяють фрагментації сну і призводять до низької його якості та надмірної денної сонливості (EDS), однак, у пацієнтів із ГЕРХ на фоні синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) ці явища не достатньо вивчені.

Мета. Вивчити взаємозв'язок між симптомами ГЕРХ, рівнем греліну, даними добової інтрагастральної pH- метрії та проявами надмірної денної сонливості у пацієнтів із синдромом НДСТ.

Матеріали і методи. Нами було відібрано 35 пацієнтів: у 15 із них ГЕРХ перебігала на фоні синдрому НДСТ (II група дослідження), а у 20 обстежених (I група дослідження) ГЕРХ була без ознак дисплазії. Виражену денну сонливість виявляли за допомогою спеціальної шкали для визначення надмірної денної сонливості – The Epworth Sleepiness Scale (ESS). Оцінку фенотипічних проявів синдрому НДСТ проводили згідно критеріїв рекомендованих М. Moska et al., А. Dogia et al., Т.М. Кадуриної., Л. Н. Аббакумової в модифікації Т. Мілковської-Димитрової. Із метою встановлення

патологічного гастро-езофагального рефлюксу (ГЕР) проводили добовий рН-моніторинг з використанням ацидогастрографу «АГ-1рН-М».

Результати досліджень: Опрацювавши результати шкали сонливості, нами було виявлено, що у 5(33.3%) пацієнтів I групи та 11 (55%) пацієнтів II групи відмічається помірна денна сонливість; у 4 (26.6%) та 6 (30,0%), відповідно – виражена денна сонливість. Аналіз показників трансназального добового рН-моніторування свідчать, що рефлюкси з рН<4 реєструвалися у 26,6 % пацієнтів I групи, а їх кількість становила 57±8 епізодів, сумарною тривалістю 67±3хвилини, що склало 4,6% від загального терміну моніторування. У 60,0 % пацієнтів II групи кількість кислих рефлюксів становила 79±6 епізодів, сумарною тривалістю 87±8 хвилин, 5,48%. Середній показник De Meester рівнявся 23,01±2,24 у обстежених на ГЕРХ та 31,08±2,4 у пацієнтів з поєднанням ГЕРХ з НДСТ(p<0,05). Також встановлено зростання відсотку часу з рН<4 в нижній третині стравоходу у положенні стоячи та лежачи, відповідно у 12,3% та 7,4 % хворих з поєднаною патологією, в той час як при ГЕРХ без супутньої патології у 10,2% та 5,8%, відповідно.

Висновки: Отже, показник АЕТ у пацієнтів із поєднаною патологією становив 5,48±0,4%, а у хворих на ГЕРХ – 6±0,2%, більшою мірою за рахунок нічних годин, коли хворі перебували у горизонтальному положенні. Це явище сприяло зниженню якості сну та появі надмірної денної сонливості, що підтверджується прямим сильним зв'язком між показником АЕТ та EDS у обох дослідних групах: r=+0,827, p<0,05 в групі ГЕРХ та r=+0,7684, p<0,05 в групі ГЕРХ на тлі НДСТ, Таким чином, чим важчим були прояви ГЕРХ та, відповідно АЕТ, тим вищим був ступінь прояву надмірної денної сонливості, яка, в свою чергу, має пряму кореляційну залежність із рівнем циркулюючого греліну. Про можливу роль греліну в регуляції сну у пацієнтів з поєднанням ГЕРХ та НДСТ також свідчить пряма залежність між частотою рефлюксів з рН<4 та його тривалістю більше 5 хвилин і рівнем греліну в сироватці крові.

САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ПОРОДІЛЛІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Рудник В.Т., Федоров С.В., Чаплинська Н.В., Симчич Х.С., Скрипник Л.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра терапії і сімейної медицини ПО, м.Івано-Франківськ, Україна

У всьому світі відзначається неспинне зростання захворюваності та поширеності саркоїдозу. Захворюваність у різних країнах світу коливається

від 0,125 до 24,0 нових випадків на 100 тис населення в рік, поширеність – від 1 до 64 на 100 тис населення. Етіологія саркоїдозу не відома. Вчені вважають, що це захворювання мультифакторне, а поєднання ряду спадкових факторів, впливу навколишнього середовища та інфекційних агентів призводить до особливої імунної відповіді, яка проявляється як саркоїдоз.

Питання про лікування хворих на саркоїдоз дискутується з моменту визначення саркоїдозу як самостійної нозологічної форми. З 1999 року «Золотим стандартом» в лікуванні саркоїдозу залишаються глюкокортикостероїди (ГКС), хоча до тепер не існує єдиної думки, коли, в яких випадках і з яких доз варто розпочинати ГКС-терапію.

Метою нашої роботи було представити клінічний випадок саркоїдозу органів дихання у породіллі.

Хвора К., 1992 року народження, породілля. Хворіє протягом останніх 3х тижнів з часу появи вузлуватої еритеми на гомілкях, болю в суглобах верхніх і нижніх кінцівок, підвищення температури тіла до 38°C протягом 3х днів, далі 37,3°C протягом 2х тижнів. На рентгенограмі органів грудної порожнини (Rtg ОГП) збільшені внутрішньогрудні лімфатичні вузли. По направленню фтизіатра скерована в Центр легеневих захворювань м. Івано-Франківська. Госпіталізована у пульмонологічне відділення №2 зі скаргами на періодичний малопродуктивний кашель, задишку при помірних фізичних навантаженнях, відчуття дискомфорту в грудній клітці, підвищення температури тіла до 37,3°C, пітливість, загальну слабкість, еритематозні вузли на гомілкях.

З анамнезу життя відомо, що 2 міс тому пацієнтка народила доношену дитину і виписана з пологового будинку.

Пацієнтці проведено повне клінічне обстеження у відповідності з вимогами надання спеціалізованої пульмонологічної допомоги в лікувально-профілактичних закладах: загальноклінічне та лабораторно-інструментальне дослідження. Комплексна терапія проводилась згідно матеріалів Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Саркоїдоз» (Наказ МОЗ України №634 від 08.09.2014 р.).

Rtg ОГП: Легеневий малюнок підсилений, деформований за рахунок склеротичних перибронхіальних, периваскулярних та інтерстиціальних змін. Корені легень поширені за рахунок збільшених туморозних л/вузлів. Висновок: Саркоїдоз легень та в/грудних л/вузлів.

КТ ОГП: у середніх відділах обох легень виявлена дрібновузликова дисемінація. Збільшення лімфатичних вузлів: парааортальних, паратрахеальних, біфуркаційних, бронхопульмональних з обох боків. Висновок: КТ-ознаки саркоїдозу органів дихання.

Комп'ютерна спірографія: ВН по рестриктивному типу І ст.

УЗД периферичних л/вузлів – без особливостей.

Бактеріоскопічне дослідження мокротиння двічі: КСБ не виявлено.

Аналіз крові (скринінг): Ангіотензинперетворюючий фермент - 76 Од/л, розчинний рецептор інтерлейкіну-2 - 653 Од/мл, Са крові 2,41 ммоль/л.

Заключний клінічний діагноз: Саркоїдоз органів дихання, II стадія, вперше діагностований (без гістологічної верифікації). Синдром Лефгрена. ЛН I-0 ст.

Прийнято рішення про призначення інгаляційних ГКС (флутіксон 250 мкг 1 інг 2 р/добу) у комбінації з призначенням препаратів калію (панангін 1т 2 р/добу), НПЗП (моваліс 1,5 мл в/м 5 днів).

З метою оцінки ефективності лікування та вибору подальшої тактики ведення пацієнтки призначено повторну консультацію через 3 місяці. На фоні лікування відмічається покращення загального стану, позитивна клініко-рентгенологічна динаміка. Результати клінічних та біохімічних аналізів крові й сечі без особливостей. Проведено контрольну Rtg ОГП, динаміка позитивна – значне зменшення вузликової дисемінації (рис. 1). Лікування оцінено як ефективне. Пацієнтці призначено продовжити інгаляційну ГКС терапію: флутіксон 250 мкг 1 інг 2 р/добу із поступовим зниженням дози до 125 мкг 2 р/добу до кінця 6-го місяця.

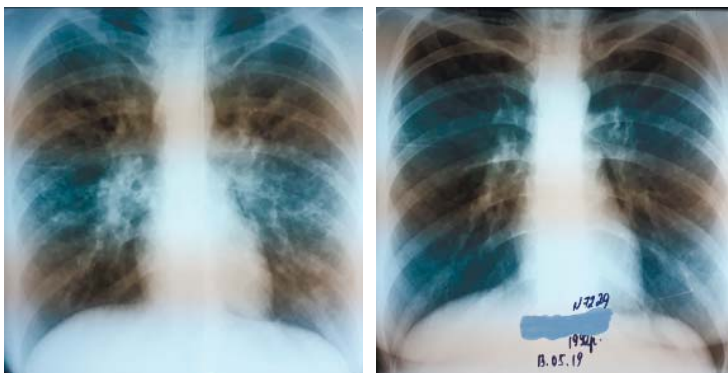


Рис. 1. Rtg ОГП. Саркоїдоз органів дихання II стадії. Ліворуч – до початку лікування, праворуч – після 3-х місячної ГКС-терапії.

Висновки. Чи може стрес викликати саркоїдоз? Однозначної відповіді немає. Частина спеціалістів, які займаються саркоїдозом вважають, що стрес не може викликати саркоїдоз, а лише у деяких випадках погіршує перебіг захворювання. Інша частина дослідників, навпаки, вважає саркоїдоз стресасоційованою хворобою, і по їхнім даним до 87 % пацієнтів, перед захворюванням на саркоїдоз, пережили ті чи інші стресові ситуації.

ДИНАМІКА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Середюк Л.В., Вакалюк І.П.

*Івано-Франківський національний медичний університет
м. Івано-Франківськ, Україна*

Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень. Фібриляція передсердь (ФП) – є однією з найпоширеніших різновидів аритмій в усьому світі. Близько 2,4 млн. осіб в США і 6 млн. жителів Європи страждають ФП. Припускають, що до 2050 року кількість хворих з ФП може скласти більше 5,6 млн. Доведено, що ФП асоціюється зі збільшеним ризиком інсульту, серцевої недостатності і смерті. Однак істотне значення у виникненні і прогресуванні ФП надається і екстракардіальним факторам, таким як, емоційний стан пацієнта, наявність психотравмуючих ситуацій. Тому оцінка психоемоційного статусу у пацієнтів з ФП, особливо наявність тривоги і депресії, які за даними літератури сприяють розвитку аритмій, є досить актуальною задачею. Були проведені дослідження, які концентрувалися на ролі депресії та тривожності у пацієнтів з ФП, доводять, що 23,3% хворих з наявністю пароксизмальної і 28,4% хворих з постійною формами ФП має місце посилення рівня клінічної тривоги і депресії.

Мета роботи. Дослідити динаміку психоемоційного статусу у хворих з пароксизмальною формою ФП.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 46 пацієнтів з пароксизмальною формою ФП. Хворі були поділені на групи в залежності від способу лікування: стандарт лікування (n=15); стандарт лікування у поєднанні з анксиолітичною терапією (n=16); стандарт лікування у поєднанні з карведіолом (n=15); Для оцінки психоемоційного статусу використовувалась шкала психосоціального стресу Л. Рідера, госпітальна шкала тривоги і депресії.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами шкали психосоціального стресу Л. Рідера доведено, що під впливом стандартної терапії рівень стресу зменшився на 22,42% ($p_1 < 0,05$). Нами також проводилась оцінка характеру симптомів стресу при призначенні мебікару на фоні стандартної схеми лікування. Встановлено, що на 14 день і через 1,5 місяці лікування відмічалось зниження рівня стресу на 42,52% і 67,61% ($p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,001$), з врахуванням, того, що кількість хворих в цій групі зменшилася з високого до низького рівня стресу. Бальна оцінка стресу, у хворих, що отримували карведіол зменшилася на 14%.

Аналіз шкали HADS у хворих, що отримували базисне лікування свідчить про пониження рівня тривоги на 39,88% ($p_1 < 0,001$), депресії на 33,06% ($p < 0,01$). Встановлено, що на фоні даної терапії спостерігалась редукція клінічного і субклінічного рівня тривожно-депресивної симптоматики до відсутності їх розладу. У пацієнтів, що приймали анксиолітичну терапію, з'ясувалося, що у 50,0% переважає клінічний, у 31,25% субклінічний рівень тривоги в поєднанні з депресією у 56,25% і 25,0% хворих, відповідно. Після проведеного курсу 1,5 місячної терапії статистично значимо знизився рівень тривоги на 77,92%, депресії на 77,73% ($p_2 < 0,001$) по відношенню з вихідними даними. В групі хворих, що отримували карведілол, виявлено поодинокі випадки тривоги і депресії, тоді, як у більшій частині відзначається відсутність цих розладів.

Висновок. Тривожно-депресивні розлади переважають у пацієнтів з пароксизмальною формою ФП, погіршують клінічну картину захворювання, ведуть до персистенції ФП, знижують якість життя пацієнтів.

ВПЛИВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ З ДОДАВАННЯМ СТАТИНІВ НА ПІЗНІ ПОТЕНЦІАЛИ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ НА ГХ

Сиволап В.В., Новіков Є.В., Потапенко М.С.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Мета: з'ясувати зміни пізніх потенціалів передсердь у хворих на ГХ під впливом антигіпертензивної терапії з додаванням статинів.

Матеріал та методи: До дослідження залучено 21 хворого (56 ± 6 років, 86 % жінок) на ГХ II стадії, які отримували впродовж року середні терапевтичні дози 2-3 антигіпертензивних препаратів першої лінії та 20–30 мг на добу аторвастатину. Пізні потенціали передсердь аналізували до початку та наприкінці терапії на пристрої «Кардіотехніка-04». Статистичну обробку матеріалу виконали за допомогою ліцензованої програми Statistica 13.0.

Результати: До початку терапії 90,5 % ($n=19$) хворих на ГХ мали пізні потенціали передсердь (за двома критеріями: $P_{total} \geq 120$ мс, $RMS_{20} < 3,5$ мкВ). Через рік лікування питома вага хворих з наявними пізніми потенціалами передсердь вірогідно ($p=0,0399$) знизилась до 61,9 % ($n=13$). Спостерігалось зниження середньої тривалості фільтрованого зубця P на 7,5 % (z 112,71 \pm 11,93 мс до 104,24 \pm 14,28 мс, ($p=0,043$)). Суттєвих змін максимальної ($p=0,632$) та мінімальної ($p=0,236$) тривалості фільтрованого зубця P не відбулося. Величина P total була вище референтних значень до лікування

у 30,1 % хворих, а через рік лікування знизилась майже вдвічі до 15,9 %, ($p=0,032$). Значення максимальної ($p=0,443$), середньої ($p=0,538$), мінімальної ($p=0,725$) середньоквадратичної амплітуди зубця Р за останні 20 мс під впливом лікування суттєво не змінилися.

Висновок: Додавання статинів до антигіпертензивної терапії супроводжується вірогідним зниженням на 28,6 % питомої ваги хворих на ГХ II стадії з пізніми потенціалами передсердь, та скороченням середньої тривалості фільтрованого зубця Р на 7,5 % ($p=0,043$).

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ ТА ПОКАЗНИКІВ СПИРОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХОЗЛ

Синько У.В., Вакалюк І.П., Середюк Н.М., Середюк В.Н.
Івано-Франківський національний медичний університет

Мета: оцінити особливості структурно-функціонального стану серця та показників спірографії у пацієнтів із поєднанням ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріали та методи: обстежено 180 хворих, віком від 35 до 65 років, середній вік склав ($44,2 \pm 2,3$) роки. До першої групи включено 30 пацієнтів із ХОЗЛ II-III ступеню. Другу групу склало 30 пацієнтів із ІХС стабільною стенокардією напруження (ССН) II-III ФК. Особливістю 120 пацієнтів третьої групи було поєднання ХОЗЛ II-III ступеню та ІХС ССН II-III ФК у клінічній картині захворювання.

Проводили загальноклінічні обстеження, електрокардіографію (ЕКГ), ехокардіографію (ЕхоКГ) та доплерографію лівих і правих відділів серця. Систолічний тиск у легеневій артерії (СТЛА) вимірювали доплерографічним методом за величиною систолічного трансстрикуспідального градієнта тиску (DP, мм рт.ст) згідно загальноприйнятої методики.

Результати: Щодо фенотипу ХОЗЛ, то при ізольованому перебігу захворювання переважав емфізематозний (86,7%), а при поєднанні з ІХС ССН – бронхітичний (85,0%) фенотип.

Аналізуючи ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) за даними ЕКГ, відмічено, що індекс Соколова-Лайона та Корнельський критерій складали ($38,92 \pm 1,95$) мм та ($32,33 \pm 1,81$) мм у пацієнтів із поєднанням ХОЗЛ та ІХС ССН, тоді як у пацієнтів із ІХС ССН дані показники визначалися на рівні ($36,77 \pm 2,20$) мм і ($30,10 \pm 1,51$) мм, відповідно, що суттєво відрізнялося від

пацієнтів із ХОЗЛ.

Щодо виявлених ознак гіпертрофії правого шлуночка (ПШ), то у хворих з поєднаною патологією така ознака, як поява у відведенні V1 комплексу QRS типу rSR' чи QR склала 26,7%, а у хворих на ХОЗЛ – 36,7%, висота зубця RV1 ≥ 7 мм – 23,3% пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ та ІХС ССН і 26,7% – у пацієнтів із ХОЗЛ, тоді як критерій RV1 + SV5 = 10,5 мм визначився у (25,8%) і (40,0%), відповідно. Слід відмітити, що ознак гіпертрофії ПШ у пацієнтів з ІХС ССН не виявлено. Водночас, серед ознак гіпертрофії передсердь, у хворих на ХОЗЛ та ІХС ССН індекс Макруза визначений на рівні (2,64 \pm 0,13) ум.од., а індекс Бережницького – (0,81 \pm 0,08) ум.од., тоді як у пацієнтів з ІХС ССН дані показники склали, відповідно, (2,18 \pm 0,11) та (0,68 \pm 0,06) ум.од. ($p < 0,05$), а у пацієнтів з ХОЗЛ – (1,24 \pm 0,062) та (0,74 \pm 0,05) ум.од. ($p < 0,05$).

При аналізі структурно-функціонального стану серця констатовано, що показник кінцево-діастолічного розміру (КДР) у пацієнтів з поєднаною патологією склав (4,94 \pm 0,04) і був вищим, ніж у групі здорових осіб (4,57 \pm 0,13). Така ж закономірність відмічена стосовно показника кінцево-систоличного розміру (КСП), коли у групі осіб з поєднанням ХОЗЛ та ІХС ССН він склав (3,38 \pm 0,03) см, на відміну від групи здорових осіб, де той же самий показник дорівнював (3,13 \pm 0,05) см ($p < 0,001$).

Водночас, показник кінцево-діастолічного об'єму (КДО) визначився у групі осіб з поєднаною патологією на рівні (116,08 \pm 2,49) мл, а у хворих на ХОЗЛ він склав (49,97 \pm 3,13) мл ($p < 0,001$). Подібна картина спостерігалася і стосовно показника кінцево-систоличного об'єму (КСО), який склав відповідно (47,58 \pm 1,42) мл у пацієнтів на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС ССН та (72,60 \pm 3,53) мл у хворих на ХОЗЛ ($p < 0,001$).

Показник фракції викиду (ФВ) ЛШ у групі осіб з поєднаною патологією (ХОЗЛ та СІХС ССН) визначився на рівні (59,22 \pm 0,61)%, тоді як у групі здорових він склав (63,00 \pm 0,01)% ($p < 0,001$).

Аналізуючи результати проведеної спірографії, відмічено, що показник життєвої ємності легень (ЖЄЛ),% у пацієнтів із ХОЗЛ у поєднанні з ІХС ССН визначився на рівні (71,33 \pm 0,53) ($p < 0,001$), тоді як у хворих на ІХС той самий показник становив (81,3 \pm 0,59) ($p < 0,001$).

Найнижчий рівень об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) також констатовано у пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ та СІХС ССН – (56,34 \pm 0,23) % ($p < 0,001$). Найвищий рівень тиску у легеневій артерії за показником СТЛА визначився у хворих на ХОЗЛ та ІХС ССН (29,11 \pm 0,67) мм рт. ст. ($p < 0,001$), а у хворих з СІХС ССН цей же показник склав (18,43 \pm 0,52) мм рт. ст. ($p < 0,05$), і у здорових осіб (18,73 \pm 0,93) мм рт ст ($p < 0,05$)

Висновки: Перебіг ХОЗЛ на тлі ІХС ССН характеризується форму-

ванням бронхітичного фенотипу ХОЗЛ (85,0 %), з переважанням ІІІ ФК стенокардії, ознаками ексцентричної гіпертрофії лівого шлуночка при одночасних ознаках гіпертрофії правого шлуночка та правого передсердя. Хворим із коморбідною патологією (ХОЗЛ та ІХС ССН) властивий виражений синдром бронхіальної обструкції зі співвідношенням ОФВ1/ФЖЄЛ < 70% та більш високий рівень вторинної легеневої гіпертензії, порівняно з ізольованим ХОЗЛ.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКА

Скрипник Л.М., Матковська Н.Р., Рудник В.Т., Кулаєць В.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра терапії та сімейної медицини ННІПО, Івано-Франківськ, Україна

Хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК), до яких відносять виразковий коліт (ВК) і хворобу Крона (ХК), становлять одну з найбільш не вирішених і серйозних проблем у сучасній гастроентерології та колопроктології. За даними ЕССО у близько 2,2 млн. людей у Європі (5 млн. в усьому світі) діагностовано цю групу захворювань. В Україні не створено реєстру пацієнтів із ХК, але, на думку експертів, орієнтовна їх кількість становить 12 тисяч. Незважаючи на багаторічний досвід вивчення, етіологія ХЗЗК залишається невизначеною. Перебіг ХЗЗК відзначається хронічним імунним запаленням у стінці кишки, поверхневим у разі ВК і трансмуральним при ХК.

Непередбачуваний прогноз ХЗЗК вимагає гнучкого індивідуального мультидисциплінарного підходу до їх діагностики та лікування. ХХІ століття ознаменувалося досягненнями у вивченні патогенезу ХЗЗК, новими методами їх діагностики і терапії, що докорінно змінили ведення пацієнтів з ХЗЗК. Завдання лікарів – використовувати ці зміни для поліпшення результатів лікування, уникаючи багатьох потенційних пасток.

Найтиповішими помилками у веденні пацієнтів із ХЗЗК є вибір тактики лікування без урахування прогностичних факторів, покрокова ескалаційна терапія, субоптимальне лікування та його невиправдана ескалація. Основними складовими сучасної стратегії ведення пацієнтів із ХЗЗК є вибір тактики з урахуванням активності хвороби (клінічних симптомів) та її тяжкості (факторів ризику); лікування до досягнення глибокої ремісії (клінічної, ендоскопічної) та нормалізації основних біомаркерів запалення (фекальний кальпротектин, С-реактивний білок); ретельний моніторинг

в ремісії та своєчасна корекція терапії за її неефективності або виникнення побічних ефектів.

5-АСК вже майже 40 років успішно використовується в лікуванні загострень і з метою підтримки ремісії НВК легкого та середнього ступеня тяжкості, а це відзначається у близько 60% пацієнтів. 5-АСК має високий профіль безпеки і може застосовуватися у дітей, вагітних і під час грудного вигодовування. Недостатня ефективність 5-АСК, як правило, пов'язана з використанням субоптимальних доз, відмовою від застосування ректальних форм, недостатньою тривалістю прийому під час загострення (тільки до поліпшення симптомів, але не до ендоскопічної ремісії) та нерегулярним прийомом.

Основні положення щодо оптимізації лікування пацієнтів із легким і середньотяжким НВК дуже чітко викладені в рекомендаціях Американської гастроентерологічної асоціації (2019). Так, необхідно використовувати оптимальні пероральні дози (високі дози 5-АСК більш ефективні, ніж низькі); при дистальних колітах ректальні форми ефективніші за пероральні; при поширених колітах ефективність лікування вища при поєднанні ректальних і пероральних форм (ректальні форми необхідно застосовувати і в період ремісії); за неефективності або непереносимості 5-АСК призначають будесонід.

Недотримання цих загальних правил може призводити до невиправданої ескалації лікування. Тому перед ескалацією лікування важливо переконатися в тому, що проведена терапія була оптимальною (доза, тривалість, шлях введення), а поточні симптоми є симптомами активного ЗЗК, і розглянути всі альтернативні діагнози як маску ЗЗК (функціональні симптоми, інфекції, в тому числі *Clostridium difficile* і цитомегаловірусна, прийом нестероїдних протизапальних препаратів, синдром надмірного бактеріального росту, мальабсорбція жовчних солей тощо).

ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Сміянова Ю. О.

СумДУ, медичний інститут, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Суми, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з найважливіших проблем в сучасній медицині. Дане захворювання займає провідне місце серед причин смертності населення у світі та в Україні, зокрема. У багатьох клінічних

дослідженнях встановлено взаємозв'язок між підвищенням артеріального тиску і збільшенням маси тіла. Науковими дослідженнями доведено, що кардіологічна патологія супроводжується цілою низкою метаболічних порушень, ключове з яких — дисліпідемія. При цьому слід зазначити, що порушення ліпідного обміну при АГ вивчено дещо гірше порівняно з іншими захворюваннями серцево-судинної системи.

Мета. Дослідити показники ліпідного спектру у хворих з АГ залежно від індексу маси тіла (ІМТ)

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 160 пацієнтів із верифікованим діагнозом АГ I, II стадії 1, 2, 3 ступенів. Пацієнтам проводили визначення ІМТ за формулою Кетле – вага (кг)/зріст (м²). Всі хворі були поділені на 3 групи, залежно від ІМТ. I група – ІМТ < 24,9 кг/м² (75 чол); II група – ІМТ = 25,0 – 29,9 кг/м² (48 чол); III група – ІМТ > 30,0 кг/м² (37 чол). Усім пацієнтам проводили оцінку ліпідного профілю, що включав визначення загального холестерину (ЗХС), триацилгліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та індексу атерогенності (ІА) за загальноприйнятими методиками.

Результати. В ході дослідження отримані наступні показники ліпідного профілю: ЗХС (I група – 5,2 (4,4-6,2), II група – 5,9 (4,8-6,5), III група – 5,6 (4,-6,5)); ТГ (I група – 2,1 (1,9-3,0), II група – 2,3 (2,0-2,6), III група – 2,6 (2,4-2,9)); ЛПВЩ (I група – 1,0 (0,8-1,2), II група – 1,0 (0,8-1,2), III групи – 0,94 (0,8-1,0)); ЛПНЩ (I група – 3,1 (2,3-3,2), II група – 3,7 (2,7-4,2), III група – 3,2 (2,9-4,0)); ЛПДНЩ (I група – 1,2 (0,8-1,5), II група – 1,2 (0,9-1,5), III група – 1,3 (0,8-1,7)); ІА (I група – 4,2 (3,3-3,5), II група – 5,0 (4,0-6,4), III група – 5,1 (4,2-6,6)).

Встановлено, що у пацієнтів відзначається статистично значуща різниця концентрації ХСЛПВЩ, ХСЛПНЩ, ЗХС, ІА та ТГ у групах дослідження ($p = 0,008$; $p = 0,001$; $p = 0,006$; $p = 0,010$; $p = 0,014$ відповідно). Показники ХСЛПДНЩ не відрізнялись у групах дослідження ($p = 0,421$).

Рівень ЗХС у II групі вищий на 11% порівняно з I групою ($p = 0,003$) та на 5% у III групі ($p = 0,034$). Між II та III групою такої різниці не виявлено ($p = 0,572$).

Концентрація ХСЛПВЩ у I та II групі вища від рівня даного показника в III групі на 10% ($p = 0,003$; $p = 0,012$).

ХСЛПНЩ в II групі він вищий ніж в I на 16% ($p < 0,001$), та на 13% вищий у III групі порівняно з I групою ($p = 0,017$). Між II та III групою різниці не виявлено ($p = 0,324$).

ІА вищий у III групі на 17% порівняно з I ($p = 0,021$). В II групі на 2% вищий як в I ($p = 0,046$). Між II та III групою різниці немає ($p = 0,370$).

ТГ між I та II групою різниці немає ($p = 0,543$). В III групі порівняно з I рівень ТГ вищий на 19% ($p = 0,021$), та на 11% вищий порівняно з II групою ($p = 0,002$).

Висновок. У хворих на АГ з підвищеною масою тіла та ожирінням зростають рівні загального холестерину, триацилгліцеридів, індексу атерогенності та знижуються рівні ліпопротеїдів високої щільності, що веде до розвитку атеросклерозу і ускладнень АГ.

СТАН НЕРВОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХСН ІШЕМІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ СТАТИНАМИ

Ткаченко Ю.В.

ДЗ "Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України", м. Дніпро

Незважаючи на успіхи лікування ішемічної хвороби серця (ІХС) її тяжким та несприятливим ускладненням залишається хронічна серцева недостатність (ХСН). Значна роль у маніфестації і прогресуванні ХСН відводиться не тільки розладам функцій міокарда, але і периферійним змінам: судинного русла, нейроміологічним порушенням.

Метою роботи стало визначення характеру впливу статинотерапії на показники нервово-м'язової системи та можливість її призначення у хворих на ХСН ішемічної етіології.

Обстежено 71 хворий від 40 до 78 років (середній $60,7 \pm 7,9$ років), всі страждали на ІХС, ускладнену ХСН I–IV функціональних класів (ФК): I ФК становив 19,7%, II ФК – 49,3%, III ФК – 28,2%, IV ФК – 2,8%. Хворих розподілили на дві групи, до першої (33 особи) віднесено пацієнтів, які отримували тільки базисну терапію, до другої (38 осіб) яким поряд з базисною терапією проводилась статинотерапія (симвастатин або аторвастатин у дозі 10 - 20 мг на добу). Достовірної різниці за віковими, гендерними характеристиками, за наявністю супутньої патології (порушення вуглеводного обміну та периферійного кровообігу), за клінічною стадією ХСН та ФК ХСН між групами не було.

На початку обстеження та через півроку хворим проводили ЕНМГ-дослідження нижніх кінцівок методом стимуляційної електронейроміографії на комп'ютерному міоаналізаторі «нейро-МВП-Нейрософт» (ПО Нейро-МВП-4). Оцінювали параметри ЕНМГ-дослідження, одержані при стимуляції *n.tibialis*: максимальну амплітуду М-відповіді, швидкість розповсюдження імпульсу (ШРІ). На початку дослідження ЕНМГ-

показники в групах хворих зі статинотерапією та без достовірно не відрізнялись. Результати наведено у таблиці.

Динаміка показників нервово-м'язового апарату хворих, розподілених за терапією

Показники (Me; 95% ДІ)		Група 1 (базисна терапія, n = 33)		Група 2 (базисна терапія+статини, n = 38)	
		початок	через 6 місяців	початок	через 6 місяців
Максимальна амплітуда М-відповіді, мВ	n.tibialis	8,4 4,9–11,3	9,5 6,2–13,8	8,7 6,4–9,9	10,7* 8,8–11,8
	ШРІ, м/с	45,3 42,5–48,3	41,9 39,7–44,1	44,9 42,5–46,4	45,2* 43,3–47,9

Примітки: n – кількість хворих у групі; * – $p < 0,05$ – достовірність розбіжностей між групами відносно початку лікування

Показники максимальної амплітуди М-відповіді нижніх кінцівок через півроку у групі зі статинотерапією збільшились на 23,6% ($p = 0,01591$), у групі базисного лікування збільшились лише на 13,2% ($p = 0,13$). У групі зі статинотерапією показники ШРІ на нижніх кінцівках покращились на 0,7%, різниця була статистично значущою ($p = 0,0098$). У групі без статинотерапії покращення показників ШРІ не спостерігалось.

Можливо зробити висновки, що тривала статинотерапія симвастатином або аторвастатином у дозі 10–20 мг на добу впродовж 6 місяців у хворих на ХСН ішемічного генезу є безпечною та вірогідно поліпшує показники нервово-м'язової системи, що демонструє доцільність, безпечність та ефективність додавання статинів до базисного лікування пацієнтів на ХСН ішемічного генезу.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ЖОВЧНИХ КИСЛОТ НА АТФАЗНУ АКТИВНІСТЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ І СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ

Ференц І.М.¹, Бичкова С.В.², Бичков М.А.¹

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Львівський національний університет імені Івана Франка

Важливим фактором поліпшення діагностики синдрому подразненої кишки (СПК) є врахування патогенетичних факторів захворювання. Рані-

ше СПК розглядався виключно як психосоматичне захворювання, і майже у всіх пацієнтів це було пов'язано з впливом психоемоційних факторів, але сьогодні багатофакторний розвиток СПК є очевидним. Харчова алергія, стрес, кишкові інфекції, спадкова схильність, мальабсорбція та порушення метаболізму жовчних кислот є основними чинниками розвитку СПК. Посилене виведення калу та зміна частки різних жовчних кислот у калі характеризують мальабсорбцію жовчних кислот, що призводить до діареї або СПК з діареєю, які пов'язані з підвищеною секрецією води та слизу в товстій кишці, моторикою товстої кишки та мембранною проникністю. Мальабсорбція жовчі відома у 10–33% пацієнтів із СПК з діареєю або функціональною діареєю. Однак механізми зв'язку між метаболічною регуляцією жовчних кислот і патогенезом СПК залишаються незрозумілими.

Метою є дослідження впливу жовчних кислот на активність АТФази слизової оболонки товстої кишки у пацієнтів із надмірною вагою та СПК.

Матеріали та методи. Комплексно обстежено 12 пацієнтів із СПК та надмірною вагою. Діагноз СПК встановлювали згідно Римських критеріїв IV (2016). Для виключення запальної патології кишечника проводили СІТО TEST Calprotectin-Lactoferrin. Індекс маси тіла розраховували за формулою Кеттле. Визначали активність АТФази слизової оболонки товстої кишки хворих на СПК спектрофотометрично, визначивши вміст ортофосфату (Фн), який вивільнився після гідролізу АТФ. Ми вивчали вплив 3-сульфату тауролітохолату (TLC-S) на специфічну активність Na^+/K^+ -АТФази, Ca^{2+} -АТФази ендоплазматичного ретикулула (ЕПР), Ca^{2+} -АТФази плазматичної мембрани (ПМ) та базальної Mg^{2+} -АТФази постмітохондріальної субклітинної фракції слизової ободової кишки хворих на СПК.

Результати досліджень. Ми виміряли специфічну активність Na^+/K^+ -АТФази, Ca^{2+} -АТФази ЕПР та ПМ і базальну Mg^{2+} -АТФазу, які становили $(6,06 \pm 1,61)$, $(5,88 \pm 1,19)$, $(8,86 \pm 1,56)$ $(6,44 \pm 2,02)$ мкмоль Фн/мг білка на годину, відповідно. TLC-S (50 мкМ) не спричиняв будь-якої зміни Na^+/K^+ - та Ca^{2+} -АТФазної активності, але у 4 рази статистично значущо підвищував активність Mg^{2+} -АТФази постмітохондріальної субклітинної фракції слизової оболонки товстої кишки хворих на СПК.

Висновки. TLC-S збільшував активність базальної Mg^{2+} -АТФази у постмітохондріальній фракції слизової ободової кишки пацієнтів із надмірною вагою та СПК, але не впливав на активність Na^+/K^+ -АТФази та Ca^{2+} -АТФази. Висловлено припущення, що активація базальної Mg^{2+} -АТФази за дії TLC-S може вказувати на роль ендо-лізосомальної системи епітеліоцитів слизової оболонки товстої кишки у розвитку патології СПК.

Перспективи подальших досліджень полягають у з'ясуванні патогенетичних механізмів розвитку СПК та розробці діагностично-лікувального алгоритму для поєднання СПК і ожиріння.

ДІАГНОСТИКА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОНТРОЛЮ ЛІКУВАННЯ *HELICOBACTER PYLORI* ІНФЕКЦІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Чайка А.О., Волошина О.Б., Ковальчук Л.І., Найдьонова О.В., Афанасєва Я.С., Богатирьова Т.В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

H. pylori інфекцію вважають однією з найпоширеніших інфекцій у світі, зокрема поширеність її серед української популяції досягає 80 % (Степанов Ю.М., 2017). Існують беззаперечні докази асоціації цієї інфекції з хронічним гастритом, виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, зляжкісними пухлинами шлунка тощо (Sugano K et al. *Kyoto global consensus*

report on Helicobacter pylori gastritis, 2015). Григорьев П. Я., 1998). Саме тому актуальним є правильне сприйняття сімейними лікарями зазначеної проблеми, коректна діагностика та лікування *H. pylori* інфекції.

Мета роботи - визначити стан обізнаності сімейних лікарів щодо діагностики, вибору схем лікування та способів контролю ерадикації *H. pylori* інфекції.

Матеріали та методи дослідження: проведено анкетування 66 сімейних лікарів із центрів первинної медико-санітарної допомоги та сімейних амбулаторій Одеської області.

Результати дослідження: за допомогою анкети сімейні лікарі відмічали кількість прийнятих за тиждень пацієнтів із патологією шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Встановлено, що 41 (62,1 %) опитаних мали по 1-2 хворих з патологією ШКТ протягом тижня, 20 (30,3 %) приймали по 3-4 хворих на тиждень, 3(4,5 %) - понад 5 хворих та 2 (3,1%) лікарів відмітили відсутність на прийомі пацієнтів з патологією ШКТ. З метою первинної діагностики *H. pylori* інфекції сімейні лікарі переважно призначали ендоскопічне дослідження з швидким уреазним тестом- 31 (46,9%), 22 (33,3%) призначають дихальний уреазний тест, 8 (12,1%) віддають перевагу визначенню антитіл IgG до *H. pylori* в крові, 4 (6,2 %) - ендоскопії з бактеріоскопічним дослідженням біоптату, 1 (1,5%) - визначенню антигену *H. pylori* в калі.

Аналіз відповідей лікарів щодо призначення схем ерадикації *H. pylori* I лінії виявив, що 25 (37,9%) лікарів віддають перевагу призначенню схеми інгібітор протонної помпи (ІПП) + кларитроміцин + амоксицилін, 17 (25,7 %) –призначенню 4-х складових: ІПП + кларитроміцин + амоксицилін + препарати вісмуту, а 5 (7,6 %) лікарів віддають перевагу комбінації

ППП + амоксицилін+кларитроміцин+метронідазол. Слід зауважити, що 19 (28,8 %) сімейних лікарів зазначили схеми, які не рекомендують офіційні настанови, як ефективні для ерадикації (травяний настій+ППП; монотерапія препаратами вісмуту; ППП+амоксицилін+препарат вісмуту; кларитроміцин +препарат вісмуту тощо). Переважна більшість лікарів відмітила призначення 7-денного курсу ерадикаційної терапії - 37 (56,1%), 10-денний курс відмітило 16 (22,7%), 14-денний курс відмітило 12 (18%), а 1 (1,5) лікар відмітив, що застосовував 5-денний курс лікування. Тобто, спостерігається тенденція до недотримання рекомендацій Маастрихтського консенсусу V щодо загальної тривалості ерадикаційної терапії не менше 10 днів.

За даними опитування 51 (77,3%) лікар зазначив, що контролюють результати проведеної ерадикації *H. pylori*, призначаючи повторне ендоскопічне дослідження (66,7%), дихальний уреазний тест (23,8%), визначення антитіл IgG до *H. pylori* в крові (9,5%). На жаль 15 (22,7%) лікарів відмітили, що не проводять підтвердження ефективності ерадикаційної терапії (серед причин зазначали відмову пацієнтів та дороговизну дослідження).

Висновки: 1. Сімейні лікарі Одеської області надають перевагу ендоскопічним методам обстеження як при первинній діагностиці (46,9%), так і при проведенні контролю ефективності ерадикації *H. pylori* (66,7%) та недостатньо використовують неінвазивні методики, можливо, через її недоступність.

2. Серед опитаних лікарів переважна більшість (72,2%) дотримуються рекомендованих схем ерадикації *H. pylori*, але 28,8 % сімейних лікарів призначають застарілі алгоритми лікування, які не відповідають сучасним міжнародним і національним рекомендаціям.

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ: КЛІНІКО- ФУНКЦІОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ

Чаплинська Н.В., Рудник В.Т., Гавриш Т.Ю., Позур Н.З., Маковецька Т.І.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень. На сьогоднішній день у розвинених країнах світу хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) виходить на 3-є місце серед причин настання смерті, посту-

паючись лише ішемічній хворобі серця (ІХС) та артеріальній гіпертензії (АГ) (Авдесєв А.Н., 2016). Встановлено, що АГ зареєстрована у 34% обстежених хворих на ХОЗЛ. АГ розвивалася на тлі захворювань легень у середньому через 11 років, в 12,5% випадків АГ передусе розвитку легеневої патології. Поширеність ХОЗЛ у хворих АГ становить 28% (Гуревич М.А., 2016).

АГ і ХОЗЛ – гетерогенні захворювання. Основні патогенетичні компоненти розвитку та прогресування АГ та інших серцево-судинних захворювань у пацієнтів з ХОЗЛ є наступними: неспецифічне запалення, артеріальна гіпоксемія і гіперкапнія, підвищення активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), симпатoadреналової системи (САС), коливання внутрішньо-грудного тиску внаслідок бронхіальної обструкції, порушення гемодинаміки в малому колі кровообігу, мікроциркуляторні і гемореологічні порушення (Єфремова О.А., 2017).

Метою роботи було вивчення клініко-функціональних проявів, особливостей гемодинаміки у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з АГ.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 36 хворих на ХОЗЛ II ступеня бронхіальної обструкції груп В та С із нормальним артеріальним тиском (I група), 43 хворих на ХОЗЛ II ступеня бронхіальної обструкції груп В та С і АГ II стадії (II група) та 15 практично здорових осіб контрольної групи. Хворим проведено загально-клінічні обстеження, визначення індексу маси тіла (ІМТ), збір анамнезу куріння шляхом підрахунку пачко-років, визначення нікотинової залежності за тестом Фагерстрема, спірографію, ехокардіоскопію, добове моніторування артеріального тиску, 6-хвилинний тест-ходу.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що поєднання ХОЗЛ та АГ спостерігалось у хворих більш старшого віку ($64,31 \pm 3,35$ років у хворих II групи проти $58,13 \pm 2,27$ років у хворих I групи ($p < 0,05$)), з більш високими показниками індексу куріння ($34,31 \pm 1,93$ пачко-років у хворих II групи проти $27,13 \pm 1,87$ пачко-років у хворих I групи ($p < 0,01$)) та нікотинової залежності ($8,01 \pm 0,27$ балів у хворих II групи проти $5,93 \pm 0,21$ балів у хворих I групи ($p < 0,05$)). ІМТ у хворих II групи був на $15,2\%$ ($p < 0,01$) вищим, ніж у хворих I групи. При цьому у хворих II групи спостерігали більш значні порушення функції зовнішнього дихання (показник ОФВ1 становив $55,13 \pm 2,23\%$ проти $64,63 \pm 3,17\%$ від належного у хворих I групи ($p < 0,01$)) та ознаки діастолічної дисфункції обох шлуночків. За результатами добового моніторування АТ у пацієнтів з ХОЗЛ та АГ встановлено превалювання типів «non-dipper» и «night picker», тенденцію до менших середньодобових значень систолічного АТ та більшої варіабельності АТ. За 6 хвилин дистанція, яку проходили пацієнти I групи становила

401,68±7,93 м, пацієнти II групи – 324,71±7,11 м ($p<0,01$).

Висновки та перспективи подальших досліджень. Встановлено, що при поєднанні ХОЗЛ та АГ зростає вираженість симптомів та погіршується перебіг обох захворювань, відбуваються процеси ремоделювання міокарда та порушується його скоротлива здатність, знижується толерантність до фізичного навантаження. У цілому це погіршує прогноз для таких пацієнтів і може призвести до збільшення ризику летальних наслідків. Важливим завданням для науковців та практикуючих лікарів є правильний підбір медикаментозної терапії хворих із кардіо-респіраторною коморбідністю, яка була б не лише ефективною, але й безпечною з точки зору обструктивних порушень та серцево-судинної патології.

ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ З ІЗОЛЬОВАНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Шейко С.О., Колб Н.О.

Державний Заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» м. Дніпро

З віком в популяції збільшується кількість пацієнтів з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією (ІСАГ). Взаємозв'язок між високим артеріальним тиском (АТ) і розладами когнітивних функцій (КФ) встановлений у багатьох епідеміологічних дослідженнях: The Framingham Heart Study, Hoorn Study, Uppsala Longitudinal Study of Adult Men, ARIC, Honolulu-Asia Aging Study. Результати переконливо продемонстрували, що високий систолічний АТ (САТ) прямо корелює з ризиком когнітивних порушень (КП) у людей похилого віку. Підвищення САТ на кожні 10 мм рт. ст. збільшує ризик помірних КП на 7%, тяжких - на 9% (Launer L.J. et al., 2000).

Метою нашого дослідження було діагностувати та оцінити КП у пацієнтів похилого віку з ІСАГ.

Матеріали та методи дослідження. До основної групи увійшло 89 пацієнтів з ІСАГ (71,2±4,5) років. З них 45 чоловіків та 44 жінки. Тривалість АГ становила в середньому 9,1±2,7 року. Контрольну групу склали 30 здорових пацієнтів (14 чоловіків та 16 жінок) того ж віку. Проведено загально-клінічне обстеження, вимірювання САТ та діастолічного АТ (ДАТ), добове моніторування АТ. Артеріальну гіпертензію діагностували згідно рекомендацій робочої групи з лікування АГ Європейської спілки кардіологів (ESC) та Європейської спілки з АГ (ESH) 2018 року. ІСАГ діагностували

при підвищенні САГ > 140 мм рт.ст. та нормальних або декілька знижених значеннях ДАТ ≤ 90 мм рт.ст. ІСАГ супроводжується підвищенням пульсового артеріального тиску (ПАТ). До дослідження не включали хворих з патологією нирок, щитовидної залози, цукровим діабетом, ожирінням, печінковою недостатністю, онкологічними захворюваннями, системними захворюваннями сполучної тканини та зловживанням алкоголю. КФ у хворих похилого віку оцінювали згідно короткої шкали оцінки психічного статусу (MMSE).

Для статистичної обробки даних використовували пакет програм STATISTICA v.6.1 (ліцензійний № AGAR909E415822FA) Результати вважали статистично значимими при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. У 33,3% здорових пацієнтів похилого віку за шкалою MMSE порушень когнітивної функції не виявлено. У 56,7 % здорових людей похилого віку наявні помірні когнітивні порушення, у 6,7 % – деменція легкого ступеня, у 3,3 % – деменція середнього ступеня.

За шкалою MMSE у хворих з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією нормальна когнітивна функція виявлена лише у 5,6 % пацієнтів. У 36,0 % хворих даної групи наявні помірні когнітивні порушення, у 50,6% – деменція легкого ступеня, у 7,8 % – деменція середнього ступеня.

Установлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем ПАТ і вираженістю КП у хворих похилого віку з ІСАГ за шкалою MMSE ($r = -0,49$).

Висновки.

1. У пацієнтів похилого віку з ІСАГ когнітивні порушення констатували частіше, ніж у здорових пацієнтів того ж віку. За шкалою MMSE нормальна когнітивна функція виявлена лише у 5,6 % пацієнтів з ІСАГ. У 36,0 % пацієнтів наявні помірні когнітивні порушення, у 50,6% – деменція легкого ступеня, у 7,8 % – деменція середнього ступеня.

2. З метою діагностики ранніх предикторів деменції пацієнти похилого віку з ІСАГ повинні регулярно проходити оцінку когнітивних функцій. Шкала MMSE може бути використана для скринінгу та клінічної оцінки когнітивних функцій в практиці лікаря загальної практики- сімейної медицини.

Перспективи подальших досліджень. Доцільне проведення подальших клінічних досліджень щодо вивчення функціональних порушень у пацієнтів похилого віку з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією з метою оптимізації терапії даної категорії хворих.

ДИНАМІКА С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ В СЕЧІ ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ

Яцишин Р.І., Камінський В.Я.

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: вивчення впливу комплексного лікування на рівень С-реактивного протеїну (СРП) у сечі хворих на хронічну хворобу нирок: гломерулонефрит (ХХН:ГН).

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 162 хворих на ХХН:ГН у стадії загострення (90 чоловіків та 72 жінки). Середній вік становив $(37,9 \pm 11,8)$ року. З метою верифікації морфологічної форми ХХН:ГН хворим проводили біопсію нирки. Для визначення рівня СРП у сечі застосовували «СРП латекс-тест» (фірма «Сорма», Польща). Усіх пацієнтів було розділено на дві групи залежно від лікування: I група – 80 хворих, які отримували базову терапію (ренопротектори, мембраностабілізатори, дезагреганти); II група – 82 пацієнти, які поряд із базовою терапією отримували препарат Капікор (мельдонію дигідрат та γ -бутиробетайну дигідрат) по 5 мл д/в болюсно 1 р/д 10 днів, далі per os по 1 капсулі 3 р/д 20 днів. Водночас кожна з груп розділили на дві підгрупи залежно від наявності хронічної серцевої недостатності (ХСН): 1 підгрупа – без ХСН, 2 підгрупа – із ХСН Іа стадії (ІІІ ФК за NYHA). Визначення СРП у сечі хворих проводили до та після лікування (через 30 днів).

Результати дослідження. У пацієнтів обох груп спостерігалось підвищення рівня СРП у сечі до лікування. Під впливом проведеної терапії відзначено позитивну динаміку цього показника: у I групі – на 19,5% ($p > 0,05$), у II групі – на 52,2% ($p < 0,05$). При аналізі динаміки запального маркера у підгрупах без ХСН не зафіксовано значущого зниження рівня СРП у сечі при двох видах терапії ($p > 0,05$). Натомість у хворих на ХХН:ГН із супутньою ХСН лікування із включенням Капікору виявилось значно ефективнішим: рівень СРП у сечі знизився на 74,8% ($p < 0,01$) порівняно з 20,2% ($p > 0,05$) при базовій терапії.

Висновки. Проведені дослідження виявили ефективність впливу препарату Капікор на запальний процес у хворих із ХХН:ГН, що дозволяє рекомендувати його у комплексному лікуванні, зокрема у пацієнтів із супутньою ХСН.

INFLUENCE OF SODIUM SELENITE ON IMMUNOLOGICAL INDICES OF PATIENTS WITH LUNG TUBERCULOSIS AND SUBCLINICAL HYPOTHYROIDISM

Matvyeyeva SL

Kharkov medical national university, Kharkiv, Ukraine

Recent studies have confirmed the involvement of thyroid hormones in the immune response. The functioning of the thyroid gland depends not only on the supply of the gland with iodine, but also with selenium. The importance of an adequate level of selenium in immunity has been demonstrated.

Objective of the study is to analyze the effect of sodium selenite on the immunological parameters of patients with tuberculosis with subclinical hypothyroidism.

There were 30 patients with tuberculosis (TB) with subclinical thyroiditis (ST) from the observation group who, in combination with standard chemotherapy, received 200 µg of sodium selenite per day during the intensive phase of chemotherapy and 30 patients with tuberculosis (TB) with subclinical thyroiditis (ST) from the control group got a standard chemotherapy only. Patients were assessed for selenium in their blood at the Sinevo laboratory and performed an immunological examination of peripheral blood prior to initiation of therapy and at the end of the intensive care phase. Assessed the status of T- and B-immunity systems, natural killer cells. Lymphocytes were phenotyped and the relative content of T cells (CD3 +), T helper cells (CD4 + lymphocytes), cytotoxic T cells (CD8 + lymphocytes), B lymphocytes (CD19 + lymphocytes) and natural killer cells (CD16) were determined. Humoral immunity functioning was evaluated by serum levels of serum immunoglobulins (Ig) of classes A, M, G, which were determined by the enzyme immunoassay. The criterion values were calculated by the level of $p < 0.05$.

In both patient groups, basal selenium levels were below normal: (66.20 ± 8.31 and 66.36 ± 9.93) µg. At the end of the intensive care phase, selenium levels probably increased in the observation group (up to 95.39 ± 8.15) mcg, while this indicator remained unchanged in the comparison group (68.36 ± 9.93) mcg. In the study of the immune system in both groups revealed: low leukocyte reactivity, a significant decrease in levels of mononuclear cells and pan-T lymphocytes (CD3 +), a decrease in CD4 + subpopulations, a decrease in CD4 + and CD8. In both groups there was an increase in class G immunoglobulin; high levels of IgG immunoglobulin. Levels of immunoglobulins of classes A and M were reduced, which is a characteristic feature of the autoimmune process. During the phase of intensive chemotherapy in the group of patients treated with selenium, there

was an increase in the level of CD4+ (from $23,27 \pm 3,28$ to $34,65 \pm 3,17$) % and natural killer cells (NK) (from $16,93 \pm 1,68$ to $26,56 \pm 0,81$). In the comparison group, similar indicators were unchanged. There are no probable changes in other indicators of immunity.

Conclusions: In patients with tuberculosis with subclinical hypothyroidism, a marked decrease in the level of selenium in the blood was observed. The inclusion of sodium selenite in the treatment of these patients restores the normal level of selenium in the blood and leads to improved immune response. The use of sodium selenite is recommended for patients with tuberculosis with subclinical hypothyroidism and selenium deficiency.

CHANGES IN THE HAEMOSTASIS SYSTEM OF PATIENTS WITH ALCOHOLIC CIRRHOSIS OF THE LIVER ASSOCIATED WITH OBESITY

NR. Matkovska¹, NG. Virstiuk²

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Department of Therapy and Family Practice of postgraduate study faculty, ²Department of Internal Medicine of Stomatological Faculty Ivano-Frankivsk, Ukraine

In recent years, the problems of pathogenesis, diagnostics and correction of disorders of the haemostasis system have attracted the attention of scientists more often. This is especially true for diseases that are accompanied by haemostasis disorders.

The purpose of the research was to study the changes in haemostatic system in patients with alcohol liver disease (ALD) associated with obesity.

Materials and methods. 204 patients with diagnosed LC participated in the study; they underwent inpatient treatment in the gastroenterology department of the Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital. Among them, 78 patients were diagnosed with ALD at the stage of the LC (group I) and 126 patients had a combination of alcoholic liver cirrhosis (ALC) and obesity (group II).

Research results and conclusions. The decrease in the synthetic function of the liver and the development of hypersensitivity syndrome in patients with ALC in combination with obesity is accompanied by more pronounced changes in the various parts of the haemostasis of the corresponding Child-Pugh class, which manifests itself in the decrease in the number of blood corpuscles, PI levels, and growth of indicators for D-dimers, INR, Von Willebrand factor, PT, TT, APTT. Such changes lead to hypo- and hypercoagulation states, which may be accompanied by complications such as thrombosis and bleeding.

HYPERGLYCEMIA AT ADMISSION AS THE MAIN PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AND DIABETES

Olena Bondareva, Sergiy Fedorov

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Diabetes mellitus (DM) is a common comorbidity in patients hospitalized for an acute coronary syndrome (ACS) event, and prevalence is increasing.

The aim of this study was evaluation of main prognostics factors in patients with ACS and DM.

Object and Methods: examination of modern data in medical databases.

Results. Among patients hospitalized with acute myocardial infarction, diabetes can be an independent predictor of mortality and new cardiovascular events; both short- and long-term outcomes are worse for patients with diabetes relative to those without, and undiagnosed diabetes is associated with greater mortality. Patients with some form of glucose intolerance are at higher risk of mortality after an ACS than those with normal glucose tolerance. Admission plasma glucose plays a role in predicting adverse events, especially in subjects with previously unknown diabetes. High glucose can affect, for instance, autonomic nervous function as indicated by an inverse relationship between plasma glucose levels and baroreflex sensitivity (Lefrandt, JD, et al., 2000) and the increase in heart rate along with QTc elongation under the condition of hyperglycemic clamp (Du XL et al., 2001). Hyperglycemia can increase levels of glucosamine in the endothelial cells with reduced endothelial nitric oxide (NO) synthase activity, which may account for the inhibitory effect of hyperglycemia on flow-mediated vasodilation and loss of ischemic preconditioning (Kersten JR, et al., 1998). Hyperglycemia, also, through the activation of intracellular diacylglycerol, can contribute to activation of protein-kinase C and intracellular inflammatory response (Brownlee, M, 2001). Finally, acute hyperglycemia can activate oxidative stress.

In other side, severe hypoglycemia, which has been documented as an independent risk factor for cardiovascular mortality.

Conclusion. Thus, admission plasma glucose plays a role in predicting adverse events, especially in subjects with previously unknown diabetes.

ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Anastasiia Sikora, Sergiy Fedorov, Olena Pityk
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Despite the achievements of modern cardiology, chronic heart failure currently remains a socially significant problem as well as anxiety and depressive disorders

The aim of the study is to determine the severity of anxiety-depressive experiences in patients with chronic heart failure of ischemic genesis.

Object and Methods. The study included 146 patients with chronic heart failure II, III functional class - according to the classification of heart failure of the New York Heart Association (NYHA). The average age of the patients was 59.75 ± 6.7 years, of which 26 (14.4%) were women and 120 (85.6%) were men. An assessment of the presence and severity of anxiety-depressive disorders was performed using the hospital anxiety and depression scale (HADS).

Results. According to the HADS scale, the mean values of anxiety (5.97 ± 2.10 points) and depression (4.96 ± 2.94 points) were within the normal range. The results of the analysis of individual questionnaires showed that anxious depressive experiences were found in 60 (45.5%) of the examined individuals. Signs of depression were recorded in 21.2% of cases, and anxiety - in 24.3%. The severity of anxiety and depression in patients with chronic heart failure III functional class exceeds the values of the norm 1.4 and 1.7 times, respectively. Anxiety-depressive experiences in patients with chronic heart failure were found quite often (45.5%). According to testing data, depressive experiences were found in 25% of the examined patients.

Conclusion. Anxiety and depression are prevalence among patients with HF with burden for prognosis.

Підписано до друку 18.05.2020 р. Формат 60 × 84 ¹/₁₆. Папір офсетний.
Гарнітура *Times New Roman*. Умовн. друк. арк. 3,4
Тираж замовний. Замовлення №32.

Івано-Франківський національний медичний університет.
76018. м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного
реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції.
ДК №2361 від 05.12.2005 р.

