

# Зміст

ТЕЗИ ДОПОВІДАЧІВ І УЧАСНИКІВ КОНГРЕСУ ..... 8

## ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

### СИНДРОМ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

#### ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА КОМОРБІДНИХ СТАНАХ

Л. С. Бабінець, З. І. Сабат, О. Р. Шайген, О. С. Земляк. .... 27

### ДЕКСТРОКАРДІЯ: АКТУАЛЬНІ КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ

#### В ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

В. М. Рудіченко ..... 30

### ФІКСОВАНА КОМБІНАЦІЯ БЛОКАТОРА РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ СИСТЕМИ ТА АНТАГОНІСТА КАЛЬЦІЮ: ЩО ОБРАТИ?

О. В. Карпенко, С. А. Бондарчук ..... 38

## КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

### КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИКА ХОЛІСАЛ ГЕЛЬ ТА ПРЕПАРАТУ ІМУНОВЕЛ У КОМБІНОВАНІЙ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА В ОСІБ З ПЕРВИННИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

А. В. Чорній, В. В. Шманько ..... 43

### ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ РЕАКТИВНОГО АРТРИТУ У ДІТЕЙ

Г. С. Сенаторова, К. А. Пугачова ..... 46

### ПІДТВЕРДЖЕННЯ БІОЕКВІВАЛЕНТНОСТІ ЯК ДОКАЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ГЕНЕРИЧНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ АМОКСИЛ-К 1000, ТАБЛЕТКИ, ВКРИТІ ПЛІВКОВОЮ ОБОЛОНКОЮ, ВИРОБНИЦТВА ПАТ «КИЇВМЕДПРЕПАРАТ»

Б. І. Артиш, С. М. Полонюк, В. Є. Сабко, І. В. Сапсай ..... 50

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

И. М. Фуштей, С. Л. Подсевахина, Е. С. Чабанная. .... 54

### ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПРИ ВИКОРИСТАННІ НООТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНІХ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

О. М. Барна, Я. В. Корост, О. О. Аліфер ..... 58

### УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ В МІТОХОНДРІАЛЬНИХ ОРГАНЕЛАХ ПРОКСИМАЛЬНИХ КАНАЛЬЦІВ НИРКИ ПРИ ЕНДОТОКСЕМІЇ

А. В. Ібішова, А. Б. Гасанов, А. Н. Ісаєв, Ш. Е. Алієва ..... 64

### ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ПРЕПАРАТУ РАПІТУС ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МАЛОПРОДУКТИВНИМ КАШЛЕМ В ЗАГАЛЬНІЙ ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

О. М. Барна, Я. В. Корост, В. О. Малеева, О. О. Аліфер, І. В. Слободян, Я. О. Мосюндзь. . . 66

### ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА АЛЬДОСТЕРОН СИНТЕТАЗИ (СУР11В2) І ПОКАЗНИКИ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ (АНАЛІЗ ДАНИХ ПАЦІЄНТІВ ГОМОЗИГОТ)

М. М. Долженко, В. Є. Досенко, Л. Є. Лобач ..... 71

## ОФІЦІЙНІ СТОРІНКИ

МЕДИЧНА РЕФОРМА – НАБОЛІЛА ТЕМА УРЯДУ. .... 78

У ФОКУСІ УВАГИ ПРЕЗИДЕНТА НЕ ЛИШЕ СІЛЬСЬКА МЕДИЦИНА, А Й МЕДИЧНА РЕФОРМА В ЦІЛОМУ. .... 79



2017  
№ 3 (32)

«Ліки України плюс»  
Науково-практичний журнал  
для лікарів та провізорів

Заснований у 2009 р.

Співзасновники  
ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини»  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.А. Шупика

Рекомендовано Вченою радою  
Національної медичної академії післядипломної освіти  
імені П.А. Шупика МОЗ України  
Протокол №7 від 08.09.2017 р.

Журнал включено до Переліку електронних  
наукових фахових видань,  
в яких можуть публікуватись основні результати  
дисертаційних робіт (Наказ МОН України  
від 12.05.2015 №528)

Журнал включено до наукометричних баз даних  
Google Scholar, Джерело

Адреса для листування:  
03151, м. Київ, а/с 107  
E-mail: [info@health-medix.com](mailto:info@health-medix.com)  
[www.health-medix.com](http://www.health-medix.com)  
[www.apam.org.ua](http://www.apam.org.ua)

© – матеріал, що публікується на правах реклами.  
Відповідальність за достовірність, зміст і орфографію  
реklamних матеріалів несе рекламодавець.  
Матеріали друкуються мовою оригіналу  
(українською, російською, англійською).  
Редакція не завжди поділяє думки авторів публікацій.

Передрук або інше відтворення в будь-якій формі  
в цілому або частково статей, ілюстрацій, рекламних  
або інших матеріалів дозволено лише за письмовою  
згоди редакції та з посиланням на джерело,  
і дотриманням вимог законодавства.

Редакційна колегія  
Голова редакційної колегії: Вороненко Ю.В.  
Члени редакційної колегії: Барна О.М., Бенца Т.М.,  
Ветютнева Н.О., Гойда Н.Г., Давтян Л.А., Зозуля І.С.,  
Коритнюк Р.С., Кузнєцова С.М., Медведь В.І.,  
Пономаренко М.С., Шунько Є.Є., Целуйко В.Й., Чекман І.С.,

Головний науковий редактор: Чайковський Ю.Б.  
Науковий редактор: Віленський Ю.Г.  
Відповідальний науковий редактор: Мотрук Д.  
Менеджери відділу реклами: Дірдовський І.  
Розповсюдження: ТОВ «Медікс Груп»

Редакційна рада  
Алієва Е. (Азербайджан), Бабак О.Я., Березний В.В.,  
Бобров В.О., Біловол О.М., Висоцька О.І.,  
Поргадзе О.Р. (Грузія), Журавльова Л.В., Заболотний Д.І.,  
Зіменковський Б.С., Зупанець І.А., Іванов Д.Д.,  
Караченцев Ю.І., Круду Д. (Молдова), Лизогуб В.Г.,  
Піріг Л.А., Тронько М.Д., Фадєєнко Г.Д.,  
Фещенко Ю.І., Ягєнський А.В.

© «ЛІКИ УКРАЇНИ ПЛЮС», 2017

КИЇВ  
2017

На жаль, при призначенні алопуринолу цільового рівня сечової кислоти (<360 мкмоль/л) вдається досягти менш ніж у половини пацієнтів, що пов'язано з нерегулярним прийомом вказаного препарату пацієнтами (лише при погіршенні стану або в період між нападами). Максимальна доза препарату, яка призначається хворим, становить 300 мг на добу, але, за даними літератури (Aslam F., Michet C., 2017), дана доза дозволяє домогтися цільового рівня сечової кислоти лише у 50 % пацієнтів, саме тому необхідно продовжувати титрування дози до максимально можливої – 800 мг на добу.

Для профілактики загострень подагри пацієнтам призначали колхіцин впродовж 6 місяців після останнього спалаху. Менше

половини пацієнтів продовжують приймати колхіцин через 1 місяць після останнього загострення.

Для контролю артеріального тиску у 80 % випадків пацієнти приймають сартани (лозартан, валсартан), у 15 % випадків – інгібітори АПФ (раміприл, еналаприл, лізиноприл), у 5 % випадків – антагоністи кальцію (амлодипін, леркандипін). У більшості пацієнтів вдається домогтися оптимальних показників артеріального тиску.

**Висновки.** Існує необхідність проведення інформаційного навчання пацієнтів з подагрою в поєднанні з артеріальною гіпертензією щодо необхідності довготривалого лікування, особливостей перебігу захворювання, ускладнень та ризиків, які можуть впливати на перебіг захворювання та результати лікування.

Н. А. БОЖЕНКО, М. І. БОЖЕНКО

/Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького/

## Мозок і діабет – патогенетичні кореляції

Цукровий діабет – неінфекційна епідемія XXI століття. За даними МДФ, у 2011 році кількість хворих на ЦД у світі досягла рекордної цифри – 366 млн, в Україні хворих на ЦД понад 1,3 млн. Гостроту проблеми визначає не лише значне поширення цукрового діабету, а й швидкий розвиток його ускладнень. При ЦД когнітивна дисфункція розвивається раніше і трапляється частіше, ніж у загальній популяції. Тоді як зниження когнітивних функцій у хворих на ЦД є помірним, ризик розвитку деменції у них в 1,5–2 рази вищий, ніж у загальній популяції. При цьому підвищений ризик розвитку як судинної деменції, так і хвороби Альцгеймера (G. J. Biessels et al., 2006).

**Мета** – провести обстеження, визначити неврологічні симптоми та нейропсихологічні особливості хворих на цукровий діабет.

**Матеріали та методи.** Обстежували амбулаторних пацієнтів Львівської обласної клінічної лікарні, хворих на з ЦД; використували неврологічне клінічне та нейропсихологічне обстеження із застосуванням опитувальників MMSE, тесту 5 слів, тесту малювання годинника.

**Результати.** Обстежено 19 хворих на ЦД віком від 60 до 75 років; з них 9 чоловіків та 10 жінок. У клінічній картині спостерігалось: 1) пору-

шення чутливості за поліневральним типом у 78 % хворих; 2) когнітивні розлади – порушення пам'яті на поточні події, труднощі у перекладанні щойно прочитаного, утруднення при запам'ятовуванні нових імен, порушення орієнтації у незнайомому місці, зниження професійної компетентності, труднощі у підбиранні слова при розмові, порушення функції рахування. За результатами аналізу опитувальників виявлено: у 5 пацієнтів не виявлено порушень когнітивних функцій, у 9 – помірні когнітивні порушення, у 4 – деменція легкого ступеня, у 1 – деменція помірного ступеня. При оцінюванні клінічного стану хворих та визначенні оптимальної тактики їх лікування важливим є урахування патогенетичних механізмів діабетичної когнітивної дисфункції та хронічної ішемії мозку, а також їх поєднання.

**Висновки.** 1. Діабетична когнітивна дисфункція – тяжке ускладнення цукрового діабету. 2. У клінічній картині переважають помірні когнітивні порушення. 3. Для диференційної діагностики ДКР та ДЕ важливим є проведення дуплексного ультразвукового обстеження артерій та КТ (МРТ). 4. Рання діагностика та своєчасне лікування діабетичних когнітивних розладів дозволить запобігти розвитку деменції та покращити якість життя даної категорії хворих.

О. О. ХАНЮКОВ, В. Ю. КРОВОТА

/Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро/

## Оцінка якості життя студентів з міопією

**Мета** – вивчити поширеність міопії серед студентів-медиків та оцінити якість їх життя.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 98 студентів 3 курсу Дніпропетровської медичної академії, в тому числі 83 (84,7 %) жінки та 15 (15,3 %) чоловіків. У 21 (21,4 %) з них, за даними медичної документації, мала місце міопія 1–2 ступенів, ці обстежені сформували основну групу дослідження. Контрольну групу склали 77 практично здорових студентів. Середній вік обстежених складав 20,4±1,6 роки. Для дослідження якості життя було використано адаптований та валідизований варіант загального опитувальника «SF-36» (Health Status Survey –36).

**Результати.** У студентів-медиків з міопією виявлено зниження якості життя за всіма показниками. Найбільше порушується рольово-емоційне функціонування (20,27±5,16 балів), порівняно із здоровими однокурсниками (92,67±4,20 балів, p<0,05). У студентів з міопією, за даними опитувальника «SF-36», порівняно зі здоровими особами виявлено удвічі нижчий показник життєвої сили (36,54±6,23 балів проти 72,22±4,24 балів, p<0,05). Показник ментального здоров'я у здорових студентів складав 79,51±10,43 балів, а у студентів з міопією – 42,43±6,16 балів (p<0,05).

Показники фізичного та рольового-фізичного функціонування у здорових студентів складали 97,78±2,11 та 98,67±1,13 балів,

а у студентів з міопією –  $65,54 \pm 4,87$  та  $50,34 \pm 10,25$  балів відповідно ( $p \leq 0,05$ ). Привертає увагу зниження соціального функціонування та загального здоров'я – у студентів основної групи ці показники склали  $49,18 \pm 8,27$  та  $51,36 \pm 10,16$  балів, у студентів з контрольної групи –  $80,15 \pm 10,11$  та  $82,67 \pm 9,15$  балів відповідно ( $p \leq 0,05$ ).

В. В. ПОВОРОЗНЮК, А. С. МУСІЄНКО

/ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ/

## Якість та мінеральна щільність кісткової тканини у чоловіків з ожирінням

**Мета дослідження** – оцінити показники мінеральної щільності та якості кісткової тканини у чоловіків з ожирінням.

**Матеріали та методи.** В Українському науково-медичному центрі проблем остеопорозу було обстежено 396 чоловіків у віці 40–89 років, які були розподілені за показником індексу маси тіла (ІМТ) на групи: I група – 129 чоловіків з ожирінням,  $ІМТ \geq 30$  кг/м<sup>2</sup> (середній вік –  $59,9 \pm 10,4$  років, середній зріст –  $174,4 \pm 6,8$  см, середня маса тіла –  $100,0 \pm 9,8$  кг, середній ІМТ –  $32,9 \pm 2,6$  кг/м<sup>2</sup>); II група – 267 чоловіків без ожиріння,  $ІМТ < 30$  кг/м<sup>2</sup> (середній вік –  $60,9 \pm 12,5$  років, середній зріст –  $174,3 \pm 6,7$  см, середня маса тіла –  $77,1 \pm 9,8$  кг, середній ІМТ –  $25,3 \pm 2,6$  кг/м<sup>2</sup>). Мінеральна щільність кісткової тканини (МЩКТ) на рівні всього скелета, поперекового відділу хребта, шийки стегнової кістки та ультрадистального відділу кісток передпліччя досліджували методом двоенергетичної рентгенівської денситометрії («Prodigy, GE Lunar», Мадісон, США). Показник TBS ( $L_1-L_4$ ) на рівні поперекового відділу хребта оцінювали за допомогою методики TBS iNsight («Med-Imaps», Pessac, Франція).

**Результати.** У результаті проведеного дослідження встановлено, що чоловіки з ожирінням мають значно вищу МЩКТ на рівні

**Висновки.** Для студентів з міопією характерне зниження якості життя, особливо у сферах рольового-емоційного, соціального функціонування. Також у них знижені життєздатність та ментальне здоров'я, що потребує корекції, профілактики та індивідуального підходу до таких студентів для поліпшення якості навчання у медичному закладі та підвищення якості життя.

поперекового відділу хребта (I група –  $1,289 \pm 0,212$  г/см<sup>2</sup>, II група –  $1,172 \pm 0,237$  г/см<sup>2</sup>;  $F=22,59$ ;  $p < 0,001$ ), шийки стегнової кістки (I група –  $0,964 \pm 0,148$  г/см<sup>2</sup>, II група –  $0,914 \pm 0,150$  г/см<sup>2</sup>;  $F=25,18$ ;  $p < 0,001$ ), всього скелета (I група –  $1,277 \pm 0,098$  г/см<sup>2</sup>, II група –  $1,185 \pm 0,118$  г/см<sup>2</sup>;  $F=57,38$ ;  $p < 0,001$ ) і ультрадистального відділу кісток передпліччя (I група –  $0,555 \pm 0,086$  г/см<sup>2</sup>, II група –  $0,494 \pm 0,095$  г/см<sup>2</sup>;  $F=37,57$ ;  $p < 0,001$ ), порівняно з чоловіками без ожиріння. Показник TBS у чоловіків з ожирінням був вірогідно нижчим, порівняно з чоловіками із нормальною масою тіла (I група –  $1,053 \pm 0,161$ , II група –  $1,197 \pm 0,167$ ;  $F=66,48$ ;  $p < 0,001$ ). При оцінці будови тіла встановлено, що чоловіки з ожирінням мають вірогідно вищі показники жирової маси (I група –  $34117,63 \pm 5934,17$ , II група –  $19654,96 \pm 7037,20$ ;  $F=401,91$ ;  $p < 0,001$ ) та знежиреної маси (I група –  $62412,65 \pm 6379,61$ , II група –  $55206,82 \pm 6282,80$ ;  $F=112,25$ ;  $p < 0,001$ ) всього тіла. Спостерігається вірогідна позитивна кореляція між жировою масою і МЩКТ на різних ділянках дослідження, а також між жировою масою та TBS ( $L_1-L_4$ ), хоча і негативна.

**Висновки.** Ожиріння негативно впливає на якість трабекулярної кісткової тканини, хоча показники мінеральної щільності кісткової тканини вірогідно вищі.

Т. Е. МИХАЙЛИЧЕНКО

/Донецький національний медичний університет МОЗ України, Лиман/

## Диагностическая модель диабетической энцефалопатии

**Цель** – выявление объективных информативных признаков, влияющих на формирование диабетической энцефалопатии (ДЭ), с использованием метода построения математических моделей.

**Материалы и методы.** Нейросетевое моделирование проводилось с помощью пакетов Statistica 5.5, Statistiska Neural Networks 4.0. Модель строилась по результатам наблюдения 299 больных сахарным диабетом (СД). В качестве факторных признаков использован 31 показатель: тип СД, степень тяжести и длительность заболевания, показатель глюкозы натощак, ее постпрандиальный уровень, гликозилированный гемоглобин (HbA1c), холестерин (ХС), альфа-ХС, триглицериды, липопротеиды высокой, низкой, очень низкой плотности, апопротеиды А,

В, индекс атерогенности, диеновые конъюгаты, малоновый диальдегид, перекисный гемолиз эритроцитов, витамин Е, протромбиновый индекс, время рекальцификации, толерантность плазмы к гепарину, фибриноген, ранние комплексы фибриномономеров, XIII фактор, фибринолиз, систолическое, диастолическое артериальное давление (АД). Для выявления факторов, в наибольшей степени связанных с развитием ДЭ, проведен отбор с использованием генетического алгоритма.

**Результаты.** В результате было отобрано 5 признаков: степень тяжести СД (Х1), длительность СД (Х2), уровень ХС (Х3), HbA1c (Х4), диастолическое АД (Х5). На основании выделенных признаков построена диагностическая модель ДЭ. После