

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 антивейджинг 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
www.health-medix.com
www.apam.org.ua

© – матеріал, що публікується на правах реклами.
Відповідальність за достовірність, зміст і орфографію
рекламних 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
згодою 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

відділу нервової системи. Показник TP становив $4267,8 \pm 532,2$ мс²/Гц. Після проведеного лікування можна не зважати на незначне зростання SDNN на 8,8 % (до $60,5 \pm 3,2$ мс) та зниження RMSSD на 8,6 % (до $61,8 \pm 4,3$ мс). При проведенні аналізу у пацієнтів з поєднаною патологією до та після лікування достовірних змін при порівнянні часових показників, SDNN та RMSSD, VCP не виявлено. Спектральні показники також не зазнали особливих змін, проте відзначається підвищення HF на 16,5 % (до $760,5 \pm 46,3$ мс) та LF на 7,5 % (до $1710,3 \pm 95,1$ мс), а співвідношення LF/HF зменшилось на 10 % (до $2,2 \pm 0,8$) у зв'язку з підвищенням потужності хвиль високої частоти. TP підвищилась на 4,4 % (до $4455,6 \pm 580,3$ мс). Після проведеного лікування показники становили відповідно $ОФВ_1 -$

$42,16 \pm 9,6$ %, ФЖЄЛ – $57,3 \pm 7,3$ %, $ОФВ_1/ФЖЄЛ - 60,2 \pm 5,7$ %. Кореляційне взаємовідношення значень $ОФВ_1$ з величиною сумарної потужності спектра виявило помірний взаємозв'язок показників $ОФВ_1/ФЖЄЛ$ і $ОФВ_1$ з вегетативною регуляцією (-0,32). Гіпоксемія у спокійному стані знаходилася у прямому зв'язку (+0,51) з погіршенням VCP. Зниження регуляції парасимпатичного тону поєднується з гуморальними змінами, що зумовлено, насамперед, поєднанням захворювань.

Висновки. Рекомендовано використовувати запропоновану комплексну терапію, яка є безпечною та сприяє зменшенню виникнення аритмій і безболівої ішемії міокарда у пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ.

В. Й. ЦЕЛУЙКО, Л. М. ЯКОВЛЕВА, С. М. СУХОВА, К. Ю. КІНОШЕНКО

/Харківська медична академія післядипломної освіти/

Фактори ризику рецидивів венозних тромбоемболій протягом 4 місяців у хворих, що перенесли тромбоемболію легеневої артерії

Мета – вивчити чинники, які пов'язані з розвитком рецидивів венозних тромбоемболій (ВТЕ) у хворих на тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА) протягом 4 місяців після госпіталізації з приводу гострого епізоду.

Матеріали та методи. Обстежено 104 хворих, середній вік яких становив $62,9 \pm 13,5$ років, на гостру тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА), що була верифікована за допомогою мультиспіральної комп'ютерної томографічної ангиографії легеневої артерії (МКТ-ангіографія ЛА). Внутрішньогоспітальна летальність складала 13,5 % (14 пацієнтів), вони були виключені з подальшого аналізу. Всім хворим проводили трансторакальну ехокардіографію, 2D-СТ-Ехо-КГ, дуплексну сонографію вен (ДУЗС), оцінка показників була проведена в першу добу після госпіталізації та після проведеної антикоагулянтної терапії (АКТ). Рецидив ВТЕ визначали як появу нових ознак венозного тромбозу за даними ДУЗС та/або МКТ-ангіографії ЛА.

Результати. Протягом $4,2 \pm 0,9$ місяців після виписки зі стаціонару було діагностовано 6 (6,7 %) рецидивів ВТЕ: у 2 (2,2 %) пацієнтів

виявлено ТЕЛА та у 4 (4,4%) – симптомний тромбоз глибоких вен. Встановлено, що у групі хворих з рецидивами ВТЕ вірогідно частіше спостерігається фібриляція передсердь ($p=0,01$), рецидиви ТЕЛА в анамнезі ($p=0,05$), а також варикозне розширення вен ($p=0,02$) з тромбозом проксимальних відділів вен ($p=0,03$). У пацієнтів цієї групи вірогідно частіше відмічали порушення гемодинаміки: низький систолічний тиск ($p=0,03$), високий середній тиск у легеневій артерії ($p=0,03$) та сегментарну фракцію викиду апікального правощлуночкового сегмента менше за 65 % як ознаку дисфункції правого шлуночка ($p=0,01$).

Висновки. У 6,7 % хворих на тромбоемболію легеневої артерії протягом $4,2 \pm 0,9$ місяців після виписки із стаціонару на фоні антикоагулянтної терапії відбуваються рецидиви венозних тромбоемболій. Розвиток рецидиву венозних тромбоемболій (регресійний аналіз) на 39,6 % ($p < 0,05$) обумовлений наявністю таких чинників як стегнова локалізація тромбу при дуплексній сонографії вен, фібриляція передсердь, наявність варикозного розширення вен, епізоди тромбоемболії легеневої артерії в анамнезі.

А. П. КУЗЬМІНА, О. М. ЛАЗАРЕНКО

/Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», Кривий Ріг/

Ефективність лікування пацієнтів з подагрою в поєднанні з артеріальною гіпертензією

Мета дослідження – проаналізувати ефективність терапії алопуринолом та колхіцином, яку призначає лікар пацієнтам з подагрою, що поєднується з артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи. Проводили соціологічне опитування серед пацієнтів з подагрою в поєднанні з артеріальною гіпертензією ($n=40$) за спеціально розробленою анкетой. Статистичну обробку отриман-

них результатів проводили з використанням програми STATISTICA 6.1.

Результати. В опитуванні взяли участь 40 пацієнтів з подагрою в поєднанні з артеріальною гіпертензією, серед яких було 35 чоловіків (88,9 %) та 5 (11,1 %) жінок у віці 30–60 років, середній вік $46 \pm 9,1$ роки. У пацієнтів був міжнападний період подагри. До дослідження були включені хворі з артеріальною гіпертензією II стадії, 1–2 ступенів.

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,