

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 СИНТЕАЗИ (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.,
Пиріг Л.А., Тронько М.Д., Фадєєнко Г.Д.,
Фещенко Ю.І., Ягєнський А.В.

© «ЛІКИ УКРАЇНИ ПЛЮС», 2017

КИЇВ
2017

Ю. Г. КИЯК, М. П. ГАЛЬКЕВИЧ, Г. Ю. КИЯК

/Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького/

Позитивна динаміка ЕКГ- і Ехо-КГ змін при гострому коронарному синдромі без елевації сегмента *ST* після стентування коронарних артерій як ознака зворотності гібернації міокарда

Гібернація кардіоміоцитів (КМЦ) належить до пристосувального механізму, який виникає за наявності стенозуючого коронаросклерозу і повторних епізодів ішемії міокарда та його гіперперфузії. За цих умов виникає вуглеводна дистрофія КМЦ з накопиченням у їх саркоплазмі гранул глікогену, що проявляється змінами ЕКГ і сегментарними розладами скоротливості лівого шлуночка. При відновленні коронарного кровообігу скоротливість гостро гібернованих КМЦ може відновлюватись.

Мета роботи – з'ясувати зміни показників ЕКГ і Ехо-КГ, які виникають у пацієнтів з інфарктом міокарда без елевації сегмента *ST* (NSTEMI) до і після стентування коронарних артерій (КА).

Матеріали та методи. Обстежено 18 пацієнтів з NSTEMI у віці 47–74 роки (середній вік – 54 р.), яким проводили коронаро-

графію і стентування КА. Серед них було 12 чоловіків і 6 жінок.

Результати. Залежно від ЕКГ змін пацієнти були поділені на 3 групи: з депресією сегмента *ST* на 1–2 мм – 8 осіб, з інверсією зубця *T*–5 хворих, з наявністю зубця *Q* і негативних зубців *T*–5 осіб. В усіх пацієнтів була збережена фракція викиду лівого шлуночка. В результаті стентування КА, які зумовлюють ішемію, позитивна динаміка вказаних ЕКГ змін спостерігалася у 15 осіб. Це стосувалося повернення сегмента *ST* до ізолінії у більшості пацієнтів, реверсії зубця *T* у п'яти осіб, зникнення зубця *Q* і збільшення висоти зубця *R* у трьох пацієнтів.

Висновки. Після своєчасної реваскуляризації гібернованого міокарда настає його досить швидке функціональне відновлення, що підтверджується регресом змін на ЕКГ.

В. А. ПОТАБАШНИЙ, Т. З. БУРТНЯК, В. І. ФЕСЕНКО

/Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» кафедра терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО, Кривий Ріг/

Застосування кандесартану з небівололом при зміні варіабельності серцевого ритму в пацієнтів з артеріальною гіпертензією у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень

Мета – визначити ефективність та вплив комплексної терапії кандесартану з небівололом на зміни варіабельності серцевого ритму (BCP) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Матеріали та методи. Обстежено 50 пацієнтів (30 чоловіків та 20 жінок) віком $54,3 \pm 14,7$ років. Нормативні значення артеріального тиску (АТ) визначались згідно з Наказом МОЗ України від 24.05.2012 № 384, рекомендаціями Європейського товариства кардіологів та Української асоціації кардіологів (2013 р.). За тяжкістю ХОЗЛ пацієнтів було поділено на групи згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 року та керівництвом GOLD (2017 р.). Методи дослідження: загальноклінічний огляд, електрокардіографія (ЕКГ), спірометрія, пульсоксиметрія, ехокардіографія. Добове моніторування ЕКГ (ДМЕКГ) виконували за допомогою портативного монітора «Кардіотехніка – 4000 АД» фірми «Инкарт», Санкт-Петербург. Оцінювали показники BCP: SDNN (мс) – середньоквадратичне відхилення послідовних інтервалів *R-R*; RMSSD (мс) – стандартне відхилення різниці послідовних інтервалів *R-R*; загальну потужність спектра TP (мс²/Гц), високочастотний

компонент спектра (HF), низькочастотний компонент (LF). Комплексне лікування тривало 6 місяців. Випадків відміни запропонованої схеми лікування в зв'язку з небажаними побічними діями з боку дихальної системи не було. Дози препаратів були визначені у відповідності з тяжкістю проявів АГ і становили – кандесартан 4, 8, 16 мг/добу, небіволол починали з дози 1,25 мг, поступово збільшуючи на 1,25 мг, середня доза становила $7,5 \pm 2,5$ мг/добу. Математико-статистичний аналіз результатів дослідження проводили за допомогою ліцензійної програми STATISTICA (версія 6.1), серійний номер AGAR 909 E415822FA з розрахунком середніх величин (*M*), середньоквадратичного відхилення (*SD*), помилки середньої величини (*m*). Результати представлено як $M \pm SD$. Достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати. До лікування ОФВ₁ становив – $37,47 \pm 11,3$ %, ФЖЄЛ – $54,1 \pm 9,5$ %, ОФВ₁/ФЖЄЛ – $59,2 \pm 5,7$ %. При аналізі часових показників BCP середнє значення SDNN складало $36,3 \pm 4,1$ мс. Показник RMSSD складав $40,6 \pm 4,4$ мс. Спектральні показники BCP – відповідно HF $634,3 \pm 51,2$ мс²/Гц, а LF $1586,4 \pm 87,3$ мс²/Гц. Співвідношення LF/HF складало $2,5 \pm 0,4$, що свідчить про активність симпатичного

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, BCP 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 BCP. 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 (VTE) 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 VTE 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 VTE: у 2 (2,2 %) пацієнтів

виявлено ТЕЛА та у 4 (4,4%) – симптомний тромбоз глибоких вен. Встановлено, що у групі хворих з рецидивами VTE 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.