



СИСТЕМА КАРДІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ З ПОЗИЦІЙ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

О. Г. Юшковська

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Розвиток нової та вкрай необхідної для України спеціальності «фізичної та реабілітаційної медицини» (ФРМ), поряд із запозиченням світового досвіду, повинен враховувати також існуючі у країні традиційні підходи та тлумачення, наявні системи, що довели свою ефективність. Щодо хвороб системи кровообігу, необхідно наголосити, що починаючи з середини минулого століття, їхнє поширення у більшості країн світу набуло епідемічного характеру. Ці захворювання становлять основну проблему сучасної медицини не лише в світі, а й в Україні, де вони набули особливої актуальності. Рівень смертності від серцево-судинних захворювань останніми роками невпинно зростає, сьогодні цей показник перевищив 1000 на 100 000 населення та становить близько 68 % загальної структури смертності, втричі перевищуючи рівень смертності від онкологічних та інших захворювань.

Сучасний розвиток ФРМ в Україні характеризується наявністю трьох етапів надання реабілітаційної допомоги: гостра допомога, підгостра допомога та довготривала допомога. Етап гострої допомоги для кардіологічних хворих повинен проводитись у палатах гострої реабілітації (відділеннях відновного лікування) фахівцями мультидисциплінарної команди, яку очолює фахівець з ФРМ. Мультидисциплінарна команда — це організаційно оформлена, функціонально відокремлена група фахівців, які об'єднані спільними цілями реабілітаційного процесу, проводять реабілітацію високої інтенсивності в закладах охорони здоров'я стаціонарного й амбулаторного типів у гострому, підгострому та довгостроковому реабілітаційних періодах. Формою роботи мультидисциплінарної команди є збори, на яких після обговорення результатів реабілітаційного обстеження, визначається індивідуальна програма реабілітації, розглядаються показники моніторингу й

оцінки виконання програми та здійснюється її коригування. Індивідуальна програма реабілітації та зміни до неї затверджуються фахівцем реабілітації, який очолює команду.

Ми пропонуємо з метою найбільш ефективної роботи такий склад мультидисциплінарної команди: лікар ФРМ (голова), лікар-кардіолог, лікар-нефролог, лікар-невролог, дієтолог, медичний психолог, соціальний працівник, фізичний терапевт, ерготерапевт, реабілітаційна медична сестра, асистенти фізичних терапевтів і ерготерапевтів.

Таким чином, враховуючи велику кількість хворих, що потребують кардіологічної реабілітації в Україні, значущість та ефективність запропонованих засобів, етапність побудови реабілітаційних програм, новітні тенденції в розбудові нової для держави спеціальності, можливості організації реабілітаційної допомоги фахівцями у складі мультидисциплінарної команди, можна розглядати цей напрямок як один з пріоритетних у фізичній та реабілітаційній медицині. Важливими аспектами цього напрямку є дотримання сучасних світових вимог як в організації роботи відповідних реабілітаційних відділень, так і в підготовці майбутніх фахівців — лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини, спроможних очолювати мультидисциплінарні реабілітаційні команди. Ці процеси у державі необхідно організовувати паралельно, змінюючи систему підготовки фахівців відповідно до побудови нової системи надання реабілітаційних послуг.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭРДОСТЕЙНА В ЛЕЧЕНИИ КАШЛЯ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

В. И. Березняков, М. Н. Лебединская,
О. В. Дорошенко, Ю. В. Левадная,
В. И. Пожар

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина*

Цель: изучить эффективность и переносимость мукоактивных препаратов для лечения кашля у госпитализированных больных



с внебольничными пневмониями на фоне лечения стандартной антибактериальной терапией.

Материалы и методы. Было обследовано 110 пациентов с внебольничными пневмониями в возрасте от 27 до 82 лет (39 мужчин и 71 женщина). Все больные получали стандартную антибактериальную терапию сроком на 7–10 дней и были распределены на две группы дополнительного приема эрдостеина (Муцитус) — 54 человека и амброксола — 56 человек в стандартных дозировках на срок 5–10 дней. Группы лечения эрдостеином и амброксолом были сопоставимы по возрасту, половому составу, индексу массы тела. Для оценки связанных с пневмонией симптомов использовали опросник CAP-Sym-12.

Результаты. Все обследованные больные предъявляли жалобы на кашель, однако выделение мокроты регистрировалось несколько чаще в группе больных, принимавших амброксол (43 чел.; 76,8 %), чем в группе принимавших эрдостеин (34 чел.; 62,9 %, $p < 0,05$). Спустя (7 ± 1) день от начала терапии количество больных с жалобами на кашель сократилось в группе лечения эрдостеином и не изменилось в группе лиц, получавших амброксол. Во время заключительного осмотра, через (12 ± 2) дня от начала терапии, в группе лечения эрдостеином жаловались на кашель только 5 пациентов, в то время как в группе лечения амброксолом — 23. Начальные различия в количестве больных, выделявших мокроту, исчезли спустя 2–3 суток от начала лечения. Однако на (7 ± 1) день от начала терапии количество пациентов, выделявших мокроту, в группе лечения эрдостеином вновь было меньшим, нежели в группе лечения амброксолом ($p < 0,05$). Во время заключительного осмотра в группе лечения эрдостеином никто из больных не предъявлял жалобы на выделение мокроты; в группе лечения амброксолом таковых оставалось 4 человека.

Спустя 2–3 суток от начала терапии больные из группы лечения эрдостеином стали оценивать свое самочувствие (состояние) и интенсивность кашля (по данным опросника CAP-Sym-12) лучше, чем в группе лечения амброксолом. В последующие сроки наблюдения, через (7 ± 1) и (12 ± 2) дня от начала лечения превосходство эрдостеина документировалось как объективными (меньшее количество больных с жалобами на кашель и на выделение мокроты), так и субъективными методами (опросник CAP-Sym-12).

Выводы. При лечении кашля у госпитализированных больных с внебольничными пневмониями на фоне стандартной антибактери-

альной терапии эрдостеин эффективен, превосходит амброксол и отличается хорошей переносимостью.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МОМЕНТЫ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ МИГРЕНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В. С. Волянская, Ю. В. Прокопчук,
Э. В. Серафимова

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Введение. Согласно ВОЗ, мигрень относится к группе наиболее дезадаптирующих хронических заболеваний. Один из ключевых аспектов изучения болезни — выяснение механизмов ее наследования. Если приступы мигрени случались у обоих родителей, риск заболевания у детей достигает 60–90 %. В 2/3 случаев болезнь передается по линии матери, в 1/3 — по линии отца. Механизм описанных явлений не совсем ясен: одни авторы указывают на преобладание доминантного, другие — рецессивного типа наследования. Высказывается предположение, что наследуется не сама болезнь, а дефект функционирования эндогенных нейромедиаторных систем (в частности, недостаточность метаболизма моноаминов мозга, особенно серотонина) и предрасположенность к определенному типу реагирования сосудистой системы на различные раздражители. Несмотря на наличие большого количества специфических противомигренозных препаратов, терапия пациентов с мигренью все еще недостаточно эффективна.

Цель работы — исследование особенностей мозговой гемодинамики у больных с генетически обусловленной мигренью, поступающих на санаторно-курортный этап лечения.

Материалы и методы. Для определения особенностей церебральной гемодинамики при мигрени нами в межприступном периоде обследовано 40 больных, поступающих на санаторно-курортный этап лечения, которые страдают мигренью. У 32 пациентов мигрень была без ауры, у 8 пациентов — с аурой. Мужчин было 7, женщин — 33, средний возраст составил $(24,5 \pm 3,2)$ года. Всем пациентам проведено доплерографическое обследование экстра- и интракраниальных сосудов по общепринятой методике. Измеряли пиковую систолическую, конечную диастолическую, среднюю линейную скорость кровотока (ЛСК) и индексы периферического сосудистого сопротивления в средних мозговых, задних мозговых, интракраниальном сегменте позвоночных артерий и в базилярной артерии. Указанные параметры регистрировали в покое, а также при функциональных пробах: с гиперкапнией и компрессией об-



щей сонной артерии. Гиперкапническая проба характеризует реактивность мозговых сосудов и функциональный резерв мозговой гемодинамики. Компрессионная проба направлена на тестирование эффективности коллатерального мозгового кровообращения. Психологическое тестирование проводилось с помощью опросника Спилбергера. Больные также отмечали интенсивность головной боли во время приступа по 10-бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Исследование проводилось в межприступном периоде.

Результаты. Средняя линейная скорость кровотока у больных с мигренью в межприступном периоде была увеличена в передней мозговой артерии на стороне гемикрании и составила $(60,3 \pm 9,2)$ см/с ($p < 0,05$). Диастолическая ЛСК у больных мигренью также была увеличена в обеих общих сонных артериях до $20\text{--}22$ см/с ($p < 0,01$). У пациентов с мигренью выявлено снижение резистивного индекса в обеих сонных артериях до $0,63 \pm 0,04$ ($p < 0,001$), обеих наружных сонных артериях — до $0,69 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) и обеих внутренних сонных артериях — до $0,44 \pm 0,05$ ($p < 0,05$). Кроме того, определено достоверное увеличение асимметрии ЛСК по средним мозговым артериям ($p < 0,05$), задним мозговым артериям ($p < 0,05$) и передним мозговым артериям ($p < 0,05$), где асимметрия ЛСК была наиболее выраженной и составляла $(26,3 \pm 7,8)$ см/с. Также имело место нарушение венозного оттока из полости черепа по вене Розенталя у 52 % пациентов.

Выявлена зависимость эмоционально-личностных и гемодинамических изменений у больных мигренью от стороны развития болевых приступов. Группа больных мигренью преимущественно с правосторонней гемикранией характеризовалась несколько более высоким уровнем реактивной — тревожности ($56,72 \pm 1,37$) балла по сравнению с больными с приступами левосторонней гемикрании — ($44,38 \pm 1,64$) балла. Больные правосторонней мигренью отмечали и достоверно более высокую интенсивность головной боли по ВАШ (67,2 %).

Выводы. Таким образом, мозговая гемодинамика у больных мигренью, поступающих на санаторно-курортное лечение, в межприступный период характеризуется снижением базального тонуса церебральных артерий, на что указывает снижение индекса резистентности в общих, наружных и внутренних сонных артериях и повышение диастолической ЛСК в общих сонных артериях. У пациентов с мигренью определяется отчетливая асимметрия ЛСК по артериям основания мозга, причем наиболее выраженная по передним мозговым артериям за счет увеличения ЛСК на стороне гемикрании, что, на наш взгляд, может служить одним из доплерографических критериев миг-

рени. Косвенные признаки венозной церебральной дисциркуляции выявляются больше чем у половины пациентов, что позволяет предположить, что венозный стаз может быть одним из проявлений церебральной ангиодистонии при мигрени в межприступный период. Принимая во внимание данные параклинических методов исследования, необходимо прибегнуть к таким санаторно-курортным реабилитационным программам, которые могут повлиять на механизмы церебрального кровотока, претерпевающие наибольшие изменения.

ЭФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

М. В. Гриценко, К. О. Савченко

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Останніми десятиліттями спостерігається збільшення захворюваності на подагру як у світі, так і, зокрема, в Україні. Таку ситуацію пов'язують як зі збільшенням вживання багатих на пурини продуктів, алкоголю, так і з покращанням рівня діагностики.

Одним з найбільш частих вісцеральних проявів подагри є нефропатія, яка виявляється у 60–70 % хворих. У подальшому вона призводить до розвитку ниркової недостатності, що найбільш несприятлива в прогностичному відношенні, є основною причиною смерті хворих. Підвищений рівень сечової кислоти призводить до ураження ендотелію та запалення, порушення клубочкової гемодинаміки. Також гіперурикемія інгібує систему оксиду азоту та підвищує рівень ендотеліну-1, що спричиняє розвиток вазоконстрикції, поглиблює ішемію.

З огляду на вищесказане, набуває актуальності пошук способів оптимізації лікування хворих на подагру із впливом на патологічні процеси, що розвиваються у нирковому апараті, із застосуванням препаратів з антиоксидантними властивостями. Як такий препарат нами був застосований біофлавоноїд Квертин, що має нефропротекторну дію, яка проявляється у протидії ішемії та гіпоксії, нормалізації концентраційної функції нирок, сприяє підтримці швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), виявляє ендотеліопротекторні, антиоксидантні та мембранопротекторні властивості, протизапальну активність, протидіє гломерулосклерозу, характеризується антипротеїнуричною дією.

Метою нашого дослідження було підвищення ефективності лікування хворих на подагру шляхом включення до схеми лікування препарату з антиоксидантною дією.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі ревматологічного відділення



Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ. Обстежено 63 пацієнтів з діагнозом «первинна подагра», що встановлений згідно з критеріями S. L. Wallace (2001). У дослідженні взяли участь тільки чоловіки. Середній вік становив $(55,90 \pm 3,35)$ року (від 29 до 71 року). Тривалість захворювання на момент обстеження варіювала від 1,7 до 32 років (у середньому — $(10,03 \pm 3,70)$ року).

Стан функції нирок оцінювали за клінічними та лабораторними даними (визначення рівня сечової кислоти, креатиніну сироватки крові, розрахунок ШКФ, оцінка протеїнурії, відносної щільності сечі). Для визначення хронічної хвороби нирок (ХХН) використовували класифікацію K/DOQI (2006). Хворі з ознаками ХХН 4–5-ї стадії (3 пацієнти) у дослідження не включалися.

Усі пацієнти були розподілені на дві однорідні групи залежно від віку, тривалості захворювання, ознак ХХН: хворі I групи ($n=30$) отримували стандартну гіпоурикемічну терапію — Алопуринол, НПЗП та Квертин (по 1 табл. 3 рази на добу протягом 3 міс. з повтором через 4 міс.); хворі II групи ($n=30$), групи контролю, отримували тільки Алопуринол та НПЗП. Усі розрахунки здійснювали на персональному комп'ютері з використанням пакета статистичних програм «Статистика». Вираховували середню величину та її стандартну похибку (середнього, $M \pm m$). Оцінку достовірності проводили за допомогою критерію Манна — Уїтні за показником p . Різницю показників у групах вважали достовірною при значенні $p < 0,05$.

Результати. Збережену функцію нирок при подагрі було виявлено у 20 (33,3 %) хворих зі ХХН, із незначним зниженням ШКФ (60–89 мл/хв) — у 22 (36,7 %), ХХН з помірним зниженням ШКФ (< 60 мл/хв) — у 15 (25 %), 4–5-ту стадію ХХН — у 3 (5 %) пацієнтів. У 24 із 60 хворих коливання білка в разовій порції сечі було в межах 0,033–0,264 ‰. При добовому моніторингу протеїнурія становила 0,5–1,0 г/л, а у 7 хворих вона була більше 1,0 г/л і мала постійний характер. Динамічне спостереження (через 3, 6 та 12 міс.) за основними клініко-лабораторними параметрами свідчило, що пацієнти, які отримували в комплексній терапії Квертин, мали кращі результати лікування, ніж хворі з групи контролю, які отримували стандартне лікування. Під впливом лікування з додаванням антиоксиданта знижувалися показники мікроальбумінурії, також значуще зменшувався рівень сироватки крові і збільшувалося її виведення із сечею. Зниження ШКФ протягом року становило: в основній групі з $(71,4 \pm 18,7)$ мл/хв/1,73 м² до $(70,5 \pm 19,7)$ мл/хв/1,73 м² ($p < 0,05$); у групі порівняння — з $(73,7 \pm 16,1)$ мл/хв/1,73 м² до $(69,6 \pm 16,6)$ мл/хв/1,73 м² ($p < 0,05$). Різниця між значеннями показників ШКФ у досліджуваних

групах через один рік була недостовірною, але в основній групі зниження становило 0,9 (0,2 : 2,4) мл/хв/1,73 м² за рік, а в групі порівняння — 4,1 (3,1 : 4,4) мл/хв/1,73 м² за рік ($p < 0,05$). Отже, у групі порівняння прогресування було набагато швидшим (за показником зниження ШКФ за рік).

Висновки. Хворі на подагру потребують додаткової нефропротекторної терапії з огляду на частоту ураження ниркового апарату. Включення до стандартної терапії біофлавоноїду Квертину позитивно впливає на функцію нирок і більш раннє його застосування запобігатиме прогресуванню ХХН.

СУЧАСНІ ВИМОГИ ЗАКОНОДАВСТВА ЩОДО ЗДІЙСНЕННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ В УКРАЇНІ

В. В. Годован, В. Й. Кресюн,
К. Ф. Шемонаєва

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Сучасна медицина досягла значних успіхів у профілактиці та лікуванні багатьох захворювань. Проте за останні півстоліття кількість ускладнень від ліків різко зросла. За даними статистики, у світі смертність від побічних реакцій лікарських засобів (ПР ЛЗ) посідає 5-те місце після серцево-судинних хвороб, онкопатології, захворювань легень і травм. У деяких країнах більше 10 % госпіталізацій пов'язані з несприятливими ефектами ліків, а витрати через них досягають 20 % бюджету охорони здоров'я.

Сьогодні безпека ліків є однією з основних складових фармакотерапії. У світі одним із шляхів розв'язання цієї проблеми є впровадження та розвиток системи фармакологічного нагляду, тобто державної системи моніторингу безпеки й ефективності лікарських засобів, вакцин, туберкуліну, і визначення будь-яких змін співвідношення користь/ризик застосування. Фармаконагляд — процес виявлення, збору, оцінки, вивчення та запобігання виникненню побічних реакцій на ліки, вакцини, туберкулін, проводиться для прийняття певних регуляторних заходів з боку держави, заявника ліків (зняття з виробництва, внесення змін до інструкції та ін.). Таким чином, безпека й ефективність застосування ліків залежать від потужності національних систем організації охорони здоров'я, які контролюють не тільки розробку та якість ліків, а й повідомляють про небезпечні наслідки і надають достовірну інформацію для їх безпечного використання. Ретельна оцінка ризи-



ків і переваг лікарських препаратів проводиться протягом усього часу існування ліків, починаючи зі стадії попередньої оцінки до використання пацієнтами.

Процес виявлення ПР вельми непростий, тому що часом досить складно встановити так званий причинно-наслідковий зв'язок між негативним проявом і застосуванням ЛЗ, особливо якщо одночасно призначаються кілька препаратів. Проте враховуючи, основоположне про те, що будь-який ЛЗ може викликати ПР, фармаконагляд є невід'ємною частиною медичної практики. У нашій країні система фармаконагляду існує з 1996 р., коли був створений Центр побічної дії ліків у складі Фармакологічного комітету МОЗ України. З 2002 р. Україна є членом програми ВООЗ з моніторингу ПР ліків.

Фармаконагляд сьогодні в Україні здійснює ДП «Державний експертний центр МОЗ України». Порядок проведення фармакологічного нагляду в Україні регламентує наказ МОЗ України від 27.12.2006 р. № 898 «Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування» у редакції наказу МОЗ України від 26.09.2016 р. № 996. Остання редакція вносить деякі зміни та доповнення. По-перше, фармаконагляд тепер здійснюється не тільки за ПР і відсутністю ефективності (ВЕ) лікарських засобів, а й вакцин, туберкуліну, несприятливої події після імунізації (НППІ)/туберкулінодіагностики. Крім того, розширюються категорії учасників фармаконагляду. Сьогодні інформують про випадки ПР/ВЕ ЛЗ усі медичні та фармацевтичні працівники (лікарі, фельдшери, акушери, медичні сестри, провізори, фармацевти) усіх закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності, виробники ліків та їхні заявники, пацієнти та/або особи, організації, що представляють їх інтереси, Державна служба України з лікарських засобів, міжнародні організації (ВООЗ, ЕМА, FDA, MHRA тощо). Це дозволяє мати повну інформацію, проаналізувати та виробити стратегію подальших кроків.

При виявленні ПР/ВЕ ЛЗ, вакцини, туберкуліну, НППІ/туберкулінодіагностики медичні працівники на основі первинних медичних документів заповнюють карту-повідомлення (форма 137-о). Повідомляти необхідно у разі підозри на виникнення будь-якої ПР (як передбаченої, так і непередбаченої). Терміни подачі: про летальні випадки або про відсутність ефективності — протягом 48 год, про серйозну ПР/НППІ — протягом 15 днів, про несерйозну ПР/НППІ — протягом 90 днів.

Для участі у фармаконагляді пацієнтів та їхніх представників створена також карта-повідомлення, яку можна знайти на сайтах МОЗ Украї-

ни, ДП «Державний експертний центр МОЗ України», «Державний реєстр лікарських засобів України». Якщо у пацієнта з'явилася підозра про виникнення ПР, він повинен звернутися до медичного працівника, який призначав (виконував призначення), — лікаря, фельдшера, медичної сестри, а потім може заповнити і надіслати карту-повідомлення будь-яким зручним способом до Департаменту післяреєстраційного нагляду ДП «Державний експертний центр МОЗ України».

Для прискорення подання карт-повідомлень, їх уніфікації та доступності в Україні створена і впроваджується автоматизована інформаційна система з фармаконагляду (АІСФ), що являє собою веб-сайт для підтримки процесу нагляду за побічними реакціями або відсутністю ефективності лікарських засобів в Україні (<https://aisf.dec.gov.ua>). Система з публічним доступом АІСФ призначена для створення електронної бази даних, збору та аналізу формалізованих відомостей про ПР/ВЕ, дозволених для використання в Україні ЛЗ, вакцин, туберкуліну. Для її використання необхідно мати один із перерахованих браузерів: Internet Explorer 9 або вище, Google Chrome та інтернет-підключення. Впровадження цієї системи дозволить створити просту, безпомилкову процедуру повідомлення про ПР/ВЕ, залучити більшу кількість учасників фармаконагляду, спростити процес аналізу даних шляхом автоматизації процесу, отримати більш надійні й точні дані для аналітичних звітів, уніфікувати процедури підготовки регламентуючих документів.

Таким чином, відбувається подальший розвиток системи фармакологічного нагляду в нашій країні, що дозволяє здійснювати обґрунтовану оцінку інформації про побічну дію ЛЗ, вакцин, туберкуліну та розробляти заходи для запобігання або мінімізації ризиків, пов'язаних з їх застосуванням і впливом на громадське здоров'я.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУЖЕННЯ

Н. А. Золотарьова, О. В. Соломко

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Відомо, що обов'язковим компонентом сучасних схем терапії ішемічної хвороби серця (ІХС) безальтернативно є статини, тому корекція ліпідного спектра починається із застосування цих препаратів. Проте поширеність коморбідної патології у хворих на стабільну стенокардію дуже висока, що досить



часто робить неможливим призначення рекомендованих високих доз статинів. З другого боку, наявність коморбідної патології (цукровий діабет, метаболічний синдром, хронічне захворювання нирок, захворювання щитоподібної залози) негативно впливає на ліпідний профіль хворих. Актуальною вважається проблема достовірної оцінки впливу конкретних стандартизованих комплексів лікувальних засобів терапії ІХС на стан ліпідного спектра за неможливості застосування високих доз статинів.

Мета. З'ясувати закономірності зміни атерогенних показників ліпідного спектра крові при застосуванні комплексної терапії у хворих на стабільну стенокардію напруження.

Матеріали та методи. Дослідження базувалося на вивченні 32 хворих на стабільну стенокардію напруження I–III функціонального класу. Хворі отримували комплексну терапію із застосуванням аспірину в дозі 100 мг на добу, β -адреноблокаторів, нітратів за потреби. За наявності показань до терапії додавалися інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, також усі хворі отримували аторвастатин у дозі 20 мг на добу. Ефективність терапії оцінювали через 6–8 тиж. Статистична обробка отриманих даних здійснювалася стандартними методами з використанням t-критерію Стьюдента з граничним показником достовірності $p < 0,05$. Формат представлення числових характеристик дослідження — середнє значення і помилка середнього.

Результати. Під впливом комплексної терапії із застосуванням аторвастатину у дозі 20 мг через 6–8 тиж. лікування досягнуто зниження концентрації загального холестерину з $(5,98 \pm 0,21)$ ммоль/л до $(5,16 \pm 0,21)$ ммоль/л ($p < 0,05$), а також зниження найбільш атерогенної фракції — ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) з $(3,75 \pm 0,23)$ ммоль/л до $(2,99 \pm 0,18)$ ммоль/л ($p < 0,0001$). Як видно з наведених даних, зниження обох показників було статистично значущим.

Висновки. Таким чином, згідно з результатами дослідження, підтверджена ліпідокоригувальна активність стандартного медикamentозного комплексу щодо загального холестерину та ЛПНЩ. Однак оскільки досягнутий рівень ЛПНЩ перевищує цільовий ($< 2,5$ ммоль/л, за даними сучасних рекомендацій), існує необхідність подальшого зниження цього показника. За неможливості застосування більш високих доз статинів у хворих на стабільну стенокардію напруження із коморбідною патологією така проблема може бути розв'язана більш активним впливом на інші фактори ризику, що модифікуються, а також застосуванням комбінованої гіполіпідемічної терапії (езетеміб, фібрати).

РЕАЛЬНА КЛІНІЧНА ПРАКТИКА: МУЛЬТИМОРБІДНІСТЬ ТА ТЕРАПЕВТИЧНА ТАКТИКА

Н. В. Макієнко¹, Г. В. Кротенко²,
К. В. Цірук¹, О. Ю. Поволоцька¹

¹ Національний університет
імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна,

² Клінічна лікарня на залізничному
транспорті, Філія № 1 «Центр охорони
здоров'я» ПАО «Українська залізниця»,
Харків, Україна

У клініці мультиморбідність захворювань властива особам похилого або старечого віку, проте терміни початку недуги, які формують синдроми множинності, та їх хронізації припадають на молодий (30–45 років) і середній (46–60 років) вік. На практиці все частіше спостерігається збільшення кількості пацієнтів середнього віку з мультиморбідністю.

Поряд з серцево-судинними захворюваннями поширені й метаболічні стани — подагра та діабет, які пов'язані з багатьма факторами. Поєднання або конкуренція таких захворювань потребує відповідних рекомендацій щодо вибору тактики ведення, лікарської терапії, щоб уникнути розвитку поліпрагмазії. Дані питання висвітлені на прикладі клінічного випадку.

Клінічний випадок. Чоловік, 45 років, агроном. Інвалід III групи за поєднаною патологією.

Основний діагноз: ішемічна хвороба серця, стабільна стенокардія напруження II ФК, постінфарктний (2007, 2015 рр. — NSTEMI, передньоперегородковий, тип 2) кардіосклероз. Вторинна артеріальна гіпертензія III стадії, 2-го ступеня. Ризик дуже високий. Уперше виявлена пароксизмальна форма фібриляції передсердь (02.09.2017 р.), тахісistolічний варіант, EHRA — 3 бали, CHA₂DS₂-VASc — 2 бали, HAS BLED — 4 бали. Серцева недостатність II A стадії зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (фракція викиду лівого шлуночка 53 %).

Супровідний діагноз: автоімунний тиреоїдит, тиреотоксикоз, гіперплазія щитоподібної залози. Синдром Кона (утворення медіальної ніжки лівої залози). Жовчнокам'яна хвороба. Хронічний некалькульозний холецистит у стадії ремісії. Жировий гепатоз. Виразкова хвороба. Виразка цибулини дванадцятипалої кишки, фаза ремісії. Порушення толерантності до глюкози. Подагра, подагричний артрит, хронічний перебіг з ураженням плечових, ліктьових, промене-зап'ясткових, колінних, гомілковостопних суглобів і дрібних суглобів кистей і стоп, III стадія активності, функціональне порушення суглобів II ступеня. Тофуси на вушних раковинах і розгинальних поверхнях ліктьових суглобів. Вторинна анемія на тлі хронічних захворювань, лег-



кий перебіг. Сечокам'яна хвороба. Хронічна хвороба нирок IV стадії.

Пацієнт був обстежений згідно з вітчизняними рекомендаціями.

Лікування — дієта, лікарська терапія: фуросемід за схемою, при набряковому синдромі та під контролем рівня сечової кислоти; еплеренон 50 мг уранці до їжі під контролем К⁺ за схемою; верапаміл ретард 180 мг вранці під контролем пульсу й артеріального тиску (АТ); лозартан 50 мг увечері під контролем АТ; аторвастатин 10 мг удень; клопідогрель 75 мг увечері після їжі. При суглобових болях: дексаметазон 8 мг + 100 мл розчину NaCl 0,9 % внутрішньовенно краплинно, 3 дні поспіль. Ультразвук із маззю гідрокортизону 1 % на уражені суглоби, 5 разів, через день. Німесулід по 1 пакету 2 рази на день після їжі, 5 днів. За відсутності ефекту — глюкокортикоїди внутрішньосуглобово одноразово.

Наведений клінічний випадок показує, що збільшення частоти мультиморбідності серед осіб середнього віку зумовлює низку терапевтичних завдань.

У пацієнтів з вираженою мультиморбідністю знижується комплаєнс до лікування основного захворювання, а терапія кількох станів потребує врахування взаємного впливу медикаментів та їх побічних ефектів. Індивідуалізація рекомендацій щодо ведення пацієнтів середнього віку сприятиме зниженню ризику ускладнень, частоти госпіталізацій і поліпшенню прогнозу.

Висновки. Ведення пацієнта з мультиморбідними станами має починатися з «жорсткої» модифікації способу життя, а при плануванні медикаментозної терапії потрібно виключити поліпрагмазію з чіткою оцінкою можливих побічних ефектів препаратів. Лікарська тактика хворих повинна бути зосереджена на конкретних групах препаратів з можливим плейотропним ефектом для послідовної корекції наявних синдромів.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМОЛИФТИНГА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ГОНАРТРОЗА

**В. М. Назарян, В. И. Величко,
Д. Н. Храмов, Н. В. Шишкина**

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Остеоартроз (ОА) — это хроническое прогрессирующее заболевание сустава, в основе которого лежат дегенеративные изменения в гиалиновом хряще, вызывающие его разрушение. По мере развития процесса в него вовлекаются капсула сустава, кости и связочный аппарат. Достаточно важной проблемой в разви-

тии данного процесса является воспаление, которое во многом определяет темпы прогрессирования этого заболевания и его исходы.

Остеоартроз коленного сустава (гонартроз) — одна из наиболее распространенных патологий опорно-двигательного аппарата (заболеваемость взрослого населения в разных регионах Земли колеблется от 13 до 29 %), которая занимает второе место по частоте развития после остеоартроза тазобедренного сустава.

Повреждение суставного хряща коленного сустава остается важной нерешенной клинической проблемой из-за плохой способности к восстановлению этой высокоспециализированной ткани. В результате того, что на данный момент нет возможности надежно восстановить естественную целостность суставного хряща, возникает ограничение способности ткани выдерживать механические нагрузки во время физических упражнений в течение жизни.

Лечение ОА — сложная терапевтическая задача в связи со сложностью анальгезии, обусловленной отрицательным влиянием нестероидных противовоспалительных средств на организм в целом и, в частности, на хрящ, необходимостью длительного лечения, коморбидностью состояния.

В лечение данной патологии мы включили плазмолифтинг — метод местного воздействия собственной плазмой пациента. Процедура заключается в воздействии на область поражения путем местного введения инъекционной формы богатой тромбоцитами аутоплазмы, под влиянием которого происходит купирование болевого синдрома и воспаления в суставе, стимуляция заживления тканей. Мы проводили процедуру плазмолифтинга 1 раз в 7 дней.

В исследовании принимали участие 32 пациента мужского и женского пола, которые были разделены на 3 группы: I группу составили 10 (31 %) пациентов, получавших традиционную медикаментозную терапию, II — 10 (31 %) пациентов, в лечении которых применяли только плазмолифтинг, III — 12 (38 %) пациентов, которые получали комбинированное лечение (традиционная медикаментозная терапия в сочетании с плазмолифтингом).

В результате проведенного лечения у пациентов I группы было отмечено купирование болевого синдрома и улучшение объема движений в коленном суставе на $(9,8 \pm 1,1)$ день. У пациентов II и III групп отмечалось купирование болевого синдрома, а также увеличение объема движений в коленном суставе на $(8,4 \pm 1,3)$ и $(5,6 \pm 1,4)$ дни соответственно ($p > 0,5$; $p < 0,5$).

Пациентам II и III групп мы продлили применение плазмолифтинга 1 раз в 7 дней до 5 процедур. В данных группах отмечались по-



ложительная отдаленная динамика в виде улучшения конфигурации сустава, уменьшение частоты обострений в течение последующих 6 мес., повышение толерантности к физической нагрузке.

Таким образом, плазмолифтинг показал высокую эффективность не только в лечении обострений гонартроза (как в составе комбинированной терапии, так и в качестве самостоятельного метода), но и в отношении отдаленного прогноза. Важное преимущество данного метода заключается в том, что используемая в ходе процедуры плазма, являясь собственным продуктом тела человека, содержащим множество полезных веществ, не вызывает реакций отторжения и побочных эффектов.

МАГНІЄВИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК І–ІІІ СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД РЕАКЦІЇ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ КРОВІ НА ВОДНО-СОЛЬОВЕ НАВАНТАЖЕННЯ

Л. М. Савицька

*Національна медична академія
післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

Актуальність. Хронічна хвороба нирок (ХХН) є незалежним фактором виникнення серцево-судинних ускладнень та кардіальної смерті. Гіпомagneмія асоційована з ендотеліальною дисфункцією, інсулінорезистентністю, поганим глікемічним контролем, розвитком артеріальної гіпертензії та ризиком інсульту. У пацієнтів з ХХН низький рівень сироваткового магнію асоційований із прогресуючим зниженням функції нирок, новими випадками термінальної стадії ХХН, що потребує нирково-замісної терапії, а також зі смертністю у пацієнтів на програмному гемодіалізі.

Мета. Оцінити магнієвий статус у пацієнтів з ХХН І–ІІІ стадії у взаємозв'язку із реакцією сечової кислоти на водно-сольове навантаження із використанням 0,5 % розчину натрію хлориду та швидкістю прогресування ХХН.

Матеріали та методи. На базі КЗ КОР «Київська обласна лікарня № 2» обстежено 60 пацієнтів з ХХН І–ІІІ стадії віком від 45 до 77 років. Серед них було 36 (60 %) чоловіків і 24 (40 %) жінки. За стадіями захворювання розподіл був таким: І стадію діагностовано у 2 (3 %) пацієнтів, ІІ стадію — у 18 (30 %), ІІІ — у 40 (67 %). Проводили визначення функціонального ниркового резерву за методикою А. І. Гоженка з використанням водно-сольового навантаження 0,5 % розчином натрію хлориду із розрахунку 0,5 % від маси тіла, адаптованою до амбулаторних умов з додатковим визначенням

рівнів сечової кислоти сироватки крові до та через одну годину після водно-сольового навантаження. Повторний огляд з визначенням швидкості клубочкової фільтрації було проведено через один рік. Пацієнти за зміною рівня сечової кислоти сироватки крові на фоні водно-сольового навантаження були розподілені на дві групи. До першої групи увійшло 26 пацієнтів, у яких на фоні водно-сольового навантаження значення сечової кислоти сироватки крові зросли, залишилися тими самими або знизилися менше ніж на 5 ммоль/л. До другої групи увійшло 34 пацієнти, у яких на фоні водно-сольового навантаження рівень сечової кислоти знизився більше ніж на 5 ммоль/л. Обидві групи були порівнюваними за віком, масою, індексом маси тіла, окружністю талії, показниками систолічного та діастолічного артеріального тиску, рівнем альбумінурії, базовою швидкістю клубочкової фільтрації. Статистична обробка даних проведена за допомогою програм Microsoft Excel та StatSoft STATISTICA.

Результати. На фоні водно-сольового навантаження у пацієнтів першої групи рівень сечової кислоти сироватки крові зріс з $(283,7 \pm 81,4)$ ммоль/л до $(294,9 \pm 87,9)$ ммоль/л, у пацієнтів другої групи знизився з $(318,1 \pm 61,6)$ ммоль/л до $(287,6 \pm 66,9)$ ммоль/л. Зміна рівня сечової кислоти становила $(11,2 \pm 22,3)$ ммоль/л для першої групи і — $(24,6 \pm 17,8)$ ммоль/л для другої групи відповідно. У динаміці протягом року спостереження пацієнти першої групи мали статистично більше зниження швидкості клубочкової фільтрації порівняно з пацієнтами другої групи: $(8,6 \pm 5,3)$ мл/хв/ $1,73 \text{ м}^2$ — у першій групі та $(0,73 \pm 5,30)$ мл/хв/ $1,73 \text{ м}^2$ — у другій групі. У пацієнтів першої групи зафіксовано статистично менші рівні магнію сироватки крові, ніж у другій групі: $(0,76 \pm 0,10)$ ммоль/л проти $(0,85 \pm 0,10)$ ммоль/л.

Висновки. Результати проведеного дослідження продемонстрували, що високі й нормальні рівні сироваткового магнію і зниження сечової кислоти на фоні водно-сольового навантаження 0,5 % розчином натрію хлориду із розрахунку 0,5 % від маси тіла асоційовані з меншою швидкістю прогресування хронічної хвороби нирок у пацієнтів з І–ІІІ стадією ХХН.

АНАЛІЗ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ДЕЯКИМИ БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА

О. В. Саїд, Н. С. Сидоренко, Н. С. Шнайдер

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Досягнення останніх років у вивченні механізмів розвитку цукрового діабету (ЦД) 2 типу



сприяли розвитку принципово нових поглядів на генез захворювання та його ускладнень. Останніми роками активно дискутується роль хронічного запального процесу в розвитку та прогресуванні атеросклерозу, ожиріння, метаболічного синдрому та інсулінорезистентності.

Тригерними факторами для цих механізмів може бути ціла низка причин: порушення дієти, низька фізична активність, інші показники способу життя. Ці стимули пов'язані з факторами ризику розвитку ЦД 2 типу через внутрішньоклітинні зміни, що включають стрес ендоплазматичного ретикулума й активацію прозапальних і стрес-індукованих ферментів, наприклад таких, як фактор некрозу пухлин альфа (TNF- α), інтерлейкін-1-бета (IL-1 β) і інтерлейкін-6 (IL-6), а також високочутливий С-реактивний білок (вчСРБ). Зміни секреції у різних тканинах призводять до підвищення системних концентрацій прозапальних цитокінів і гістологічних змін, що виражалося в інфільтрації імунними клітинами жирової тканини й островців підшлункової залози. Персистенція цих процесів призводить до субклінічного запалення, що є визнаним фактором ризику в розвитку інсулінорезистентності, дисфункцій β -клітин і, насамкінець, ЦД 2 типу.

У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів середнім віком (55,36 \pm 10,25) року, яких було розподілено на дві групи: I група — пацієнти з ЦД 2 типу на тлі надмірної маси тіла (n=40) та II група — пацієнти з ЦД 2 типу на фоні нормальної маси тіла (n=20).

Вивчали наявність кореляційних зв'язків між показниками перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) і антиоксидантного захисту (АОЗ) й рівнем прозапальних цитокінів (ПЦ). Відмічено найсильніші кореляційні зв'язки між каталазою (КАТ) і супероксиддисмутазою (СОД) (r=0,962), малоновим діальдегідом (МДА) і дієновими кон'югатами (ДК) (r=0,993), СОД і МДА (r=-0,998), КАТ і МДА (r=-0,979), КАТ і ДК (r=-0,996) серед показників ПОЛ–АОЗ. Одночасно показано наявність кореляційних зв'язків між показниками ПЦ: вчСРБ і TNF- α (r=0,974), вчСРБ та IL-1 β (r=0,999), TNF- α й IL-1 (r=0,996). Між показниками ПОЛ–АОЗ та ПЦ також існують тісні кореляційні зв'язки: вчСРБ та СОД (r=-0,571), TNF- α й СОД (r=-0,743), IL-6 і СОД (r=-0,743), TNF- α та ДК (r=0,607), IL-6 і ДК (r=0,692). Слід відмітити, що усі кореляції статистично значущі (p<0,001) і відображають наявність зв'язків між варіюванням показників середньої або навіть високої сили.

Така зв'язність варіювання показників вказує на те, що їх можна розглядати як складові частини єдиної біохімічної запально-протизапальної системи. При цьому найсильнішими кореляційними зв'язками пов'язані між собою КАТ, СОД, МДА, ДК, FNO- α та IL-6.

КЛІНІЧНА І ЕКОНОМІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ПОЄДНАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

С. Б. Стречень, А. О. Шпичка

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Розповсюдженість коморбідної та мультиморбідної патології в сучасних умовах клінічної медицини досягла значних показників і продовжує зростати, перш за все, у клініці внутрішньої медицини. Одночасна наявність артеріальної гіпертензії та цукрового діабету — яскравий приклад такого стану, що останніми роками набув характеру неінфекційної епідемії. Хронічний персистуючий перебіг зазначених патологічних станів ускладнюється виразними ушкодженнями органів-мішеней (магістральні та периферичні судини, нирки, очне дно). Патофізіологія судинних уражень схожа при підвищеному артеріальному тиску і гіперглікемії та характеризується ушкодженням ендотелію артеріальних судин, підвищенням синтезу судинозвужувального фактора ендотеліну-1, підсиленням агрегації тромбоцитів, процесів ліпопероксидації, проліферації гладеньких клітин. Сучасна адекватна фармакотерапія є найбільш прийнятною для профілактики прогресування захворювань і розвитку ускладнень, покращання якості життя хворих.

Мета. Здійснити аналіз клінічної ефективності застосування комбінованих антигіпертензивних лікарських засобів у хворих з поєднаною патологією та порівняти дані з фармакоеконічним аналізом визначення найбільш ефективної та доступної комбінації.

Результати. Згідно з вітчизняними та міжнародними стандартами, за наявності супровідної патології порушень вуглеводного обміну і регуляції артеріального тиску, цільовим рівнем нормотензії є такий, що не перевершує 130/80 мм рт. ст. З другого боку, наявність поєднаної патології потребує застосування комбінацій лікарських засобів з можливим одночасним впливом на різні патофізіологічні механізми патологічних станів.

Тому в роботі здійснювався аналіз тривалого прийому комбінованих антигіпертензивних засобів у хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному, ендокринологічному, кардіологічному відділеннях КУ «МКЛ № 1» Одеси, а потім під час амбулаторного нагляду. Була розроблена карта спостереження, яка містить суб'єктивні параметри перебігу захворювань, вимірювання артеріального тиску і частоти серцевих скорочень, лабораторні та інструментальні стандартні дані встановлення діагнозу і контролю ефективності



сті та безпеки застосування фармакотерапії (ліпидограма, рівні креатиніну, сечовини, мікроелементів, протеїнурії, ЕКГ, ультразвукове дослідження серця, периферичних судин). У цілому аналізу підлягали 70 хворих (співвідношення жіночої та чоловічої статі приблизно порівну, середній вік (54 ± 3) роки, стаж супровідної патології не менше 10 років).

При проведенні клініко-економічного дослідження застосовували методологію порівняльної оцінки різних медичних технологій на основі комплексного взаємопов'язаного аналізу отриманих з їх допомогою клінічних результатів і витрат на використання цих технологій (у даному випадку програма лікування). З-поміж різних методів клініко-економічного дослідження у своїй роботі ми використовували аналіз «витрати–ефективність» (cost-effectiveness analysis — СЕА), який дозволяє встановити найоптимальніший препарат за співвідношенням ціна–ефект. Перш за все, було виявлене коло ТОП комбінованих препаратів, що найчастіше застосовувались у хворих з мінімальними дозами. Проміжок часу оцінки ефективності — 3 міс. Клінічну ефективність визначали за стандартними показниками, вказаними вище. Економічний аналіз СЕА передбачає порівняння як вартості (у грошовому еквіваленті), так і ефективності медичних технологій (в однакових натуральних або фізичних одиницях), у вигляді інтегрального показника — коефіцієнта «витрати–ефективність», який враховує обидва показники. Метод дозволяє визначити вартість одиниці ефективності (питома ефективність витрат) і додаткову грошову суму, яку необхідно витратити на отримання додаткової переваги (інкрементальний показник), наприклад, вартість додаткового року збереженого життя, визначити не найдешевше лікування коморбідного стану, а оптимальне за ефективністю і вартістю, виходячи з можливостей конкретного споживача.

Для проведення даного методу були відібрані комбіновані препарати з ефективністю більше 75 % (Амлесса, Бі-Престаріум, Екватор, Трипліксам, Ко-Амлесса, Арифам, Лоріста, Кодиротон, Лізотіазид). Наступними етапами роботи були калькуляція вартості одного дня лікування, визначення показника ефективності, розрахунок коефіцієнта ефективності витрат. Саме призначення комбінацій вазотропних антагоністів кальцію (амлодипін) з інгібіторами АПФ (периндоприл, лізиноприл) з індапамідом відповідало зазначеній меті фармакотерапії та супроводжувалось доброю переносимістю, у тому числі без негативного впливу на метаболічний профіль крові.

Висновки. Отримані результати клініко-економічного аналізу використання комбінацій лікарських засобів, які діють на стан ренін-ангіо-

тензин-альдостеронової системи і судинний тонус, показали добру переносимість, тривалий ефект, прийнятну ціну, метаболічну нейтральність, що дозволяє залучати їх до формування формулярних переліків, рекомендувати тривале застосування, забезпечуючи високий комплекс терапії артеріальної гіпертензії та цукрового діабету.

ВИКОРИСТАННЯ ПІДШКІРНИХ ІН'ЄКЦІЙ ГАЗУ CO_2 ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ І ОСТЕОАРТРОЗУ

Т. М. Ямілова, Л. І. Загородня

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Остеоартроз (ОА) належить до захворювань з одним із найвищих індексів коморбідності. Найчастіше поєднуються з ОА надмірна маса тіла та ожиріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, захворювання шлунково-кишкового тракту.

Мета. Вивчити ефективність комплексного лікування остеопорозу та остеоартрозу препаратом ібандронової кислоти і підшкірних ін'єкцій газом CO_2 .

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 30 пацієнтів з остеопорозом і первинним ОА на тлі ожиріння 1-го ступеня. Діагноз ОА встановлено згідно з рекомендаціями EULAR (2010) та Наказом МОЗ України від 12.10.2006 р. № 676 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим ревматологічного профілю». Обсяг рухів, функціональні можливості, больовий синдром оцінювали за допомогою ВАШ та індексу Лекена до початку лікування та через 6 і 12 міс. Визначали в крові маркер кісткової резорбції — В-CrossLaps (Стх — С-термінальний телопептид, продукт деградації колагену 1-го типу). Маркери визначали попередньо і через 6 міс. лікування. Для діагностики кісткових змін застосовували ультразвукову денситометрію з використанням апарата "Алока-AOS-100". Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували як співвідношення маси тіла хворого (кг) і квадрата його росту (м). Оцінювали ІМТ за класифікацією ВООЗ (1997).

Для лікування остеопорозу й остеоартрозу призначали препарат ібандронової кислоти перорально дозою 150 мг один раз на місяць на тлі аплікацій підшкірних ін'єкцій газом CO_2 дозою 4–5 мм в одній ін'єкції, параартикулярно навколо уражених суглобів і паравертебрально на поперековий відділ хребта експозицією 5 аплікацій через день, загальним курсом двічі на рік.

Результати. Втрата кісткової тканини в усіх хворих перевищувала 2,5 за Т-критерієм $(-2,70 \pm 1,31)$, що, згідно з класифікацією ВООЗ,



відповідає вираженому остеопорозу. Рівень маркера резорбції у обстежених був підвищений (Стх=(0,68±0,05) нг/мл), що свідчить про прискорену втрату мінеральної щільності кісткової тканини. Визначення маркерів кісткової резорбції через 3 міс. від початку лікування показало достовірне зниження Стх на 28,5 %.

Висновки. Отримані дані свідчать про зниження рівня маркерів кісткової резорбції та підвищення показників денситометрії, тобто про сповільнення процесу втрати кісткової маси і позитивні результати проведеної терапії.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПАЦІЄНТАМИ ВДОМА ЗАЛЕЖНО ВІД МЕТОДУ ДОМАШНЬОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**О. Б. Волошина, В. В. Саморукова,
І. С. Лисий, Т. О. Дичко**

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Актуальність. Останніми роками, згідно з рекомендаціями ESH (2013), відмічається підвищення прогностичного значення домашнього моніторування артеріального тиску (АТ) і його ролі в діагностиці та лікуванні артеріальної гіпертензії разом з амбулаторним добовим моніторуванням АТ.

Мета. Порівняти інформативність різних методик вимірювання артеріального тиску вдома порівняно з показниками добового моніторування АТ.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 60 пацієнтів з есенціальною артеріальною гіпертензією II стадії, 1–2-го ступеня, віком 45–79 років. Пацієнти були приблизно однаковими за своїми гендерними, клініко-функціональними і віковими показниками. Залежно від частоти моніторування АТ вдома пацієнти були розділені на 3 групи. Перша група — пацієнти вимірювали АТ вдома лише один раз вранці; друга — двічі на день — вранці та ввечері, третя — через кожні 2–3 год протягом дня. Одночасно всім пацієнтам проводилось амбулаторне добове моніторування АТ.

Результати. При порівнянні показників АТ вимірюваного при добовому моніторуванні та за різними методиками домашнього моніторування, були отримані такі результати: за рівнем діастолічного артеріального тиску (ДАТ) середньоденний рівень показника при добовому моніторуванні становив (94,8±3,1) мм рт. ст., у першій групі — (99,1±4,2) мм рт. ст. (p>0,1), у другій групі — (97,6±4,7) мм рт. ст. (p>0,1), у третій групі — (95,3±4,3) мм рт. ст. (p>0,5), тобто статистично значущої відмінності за рів-

нем ДАТ не було. За рівнем систолічного артеріального тиску (САТ) середньоденний рівень САТ при добовому моніторуванні дорівнював (146,1±4,5) мм рт. ст., у першій групі — (158,6±3,9) мм рт. ст. (p<0,001), у другій групі — (153,7±4,1) мм рт. ст. (p<0,05), у третій групі — (147,2±4,4) мм рт. ст. (p>0,5). Отже, статистично достовірною різницею рівня САТ отримана у першій та другій групах.

При визначенні прихильності пацієнтів до кожної з методик домашнього моніторування АТ через 1 та 3 міс. отримано такі результати: у першій групі через 1 міс. — 78,3 %, через 3 міс. — 62,4 %, у другій групі — через 1 міс. — 77,4 %, через 3 міс. — 59,8 %, у третій групі — відповідно 52,7 та 37,4 %.

Висновки. Найбільшу інформацію за амбулаторних умов надає домашнє моніторування АТ через кожні 2–3 год, і ця методика найбільш близька за своїми даними до показників добового моніторування АТ. Проте при цій методиці (за даними щоденників пацієнтів) найчастіше порушується рекомендований режим у зв'язку з незручністю частого вимірювання АТ, тобто спостерігається найбільш низька прихильність саме до цього методу моніторування.

Домашнє моніторування артеріального тиску двічі на добу також є інформативним методом діагностики та надає більше інформації, ніж офісний АТ або домашнє моніторування АТ 1 раз на добу. При цьому менше порушуються рекомендації щодо кількості вимірювань вдома, даний метод більш зручний для пацієнтів, що, у свою чергу, підвищує прихильність до нього.

ВИКОРИСТАННЯ БАЛЬНЕОТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

**С. А. Новіков, З. П. Коврига,
В. Б. Яблонська**

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Актуальність. Складовими метаболічного синдрому (МС) є такі патологічні стани: абдомінальне ожиріння, артеріальна гіпертензія, інсулінорезистентність та дисліпідемія — що обмежують компенсаторно-приспосувальні можливості організму, ускладнюють відновлювальний процес після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ). Сукупні порушення функціонування деяких систем організму різко знижують переносимість хворими фізичних навантажень і не дозволяють ефективно розширити у них режим рухової активності. Доцільним у цій ситуації є включення у реабілітаційний комплекс фізичних факторів, які надають додаткового тренувального впливу на серцево-судинну систему.



Мета. Вивчити ефективність впливу курсу камерних ванн з білою скипидарною емульсією на функціональний стан серцево-судинної системи хворих на ІМ у підгострій стадії захворювання з коморбідною патологією у вигляді МС.

Матеріали та методи. У дослідження включено 62 хворих — чоловіків молодого та середнього віку, які надійшли на санаторний етап реабілітації на 25–26-ту добу від розвинення в них Q ІМ. У всіх був діагностований МС на основі підвищення індексу маси тіла більше 25,0 кг/м², АТ понад 140/90 мм рт. ст., глікемії натщесерце більше 6,1 ммоль/л, індексу атерогенності більше 2,51 од. У пацієнтів у динаміці вивчали клініку, толерантність до фізичного навантаження методом велоергометрії (ВЕМ), показник скорочувальної функції міокарда — фракцію викиду (ФВ) методом ЕхоКГ.

Диференційована відновлювальна терапія проводилася у двох групах (n=31), включала дієту, програму фізичної реабілітації (ЛФК та дозовану ходьбу), прийом інгібіторів АПФ (лізиноприл), інгібіторів і_f-каналів синусового вузла (івабрадин), статинів (аторвостатин), антитромбоцитарних препаратів (АСК та клопидогрель), бігуаніди (метформін) у першій (контрольній) групі, а також, додатково, курс з 10 камерних ванн, які містили білу скипидарну емульсію: у першій, двокамерній — 20 мг, у наступних — чотирикамерних — 40 мг, температурою 36 °С, тривалістю 10 хв.

Отримані результати обробляли статистично з оцінкою достовірності розбіжності середніх величин на підставі критерію Стьюдента.

Результати. До початку дослідження 10 (16,1 %) хворих турбували болі стенокардитичного типу при ходьбі, 30 (48,4 %) — кардіалгії нестенокардитичного типу, 44 (70,9 %) — дихальний дискомфорт, 36 (58,1 %) — цефалгії, 22 (35,4 %) — суглобово-м'язові болі. Толерантність до фізичного навантаження була знижена через надмірну масу тіла та притаманну хворим малорухливість, артеріальну гіпертензію, схильність до тахікардії, кардіофобічні невротичні реакції. Розрахований субмаксимальний рівень не був досягнутий жодним з пацієнтів під час ВЕМ. Показник насосної функції серця (ФВ) був помірно зниженим.

Пацієнти першої групи режим рухової активності розширювали повільно через погану переносимість дозованих фізичних навантажень. Порогова потужність ВЕМ зросла достовірно — від (42,6±2,5) до (56,8±3,1) Вт (p<0,001), але величина приросту була невисокою, у середньому (14,2±1,6) Вт. Показник скоротливості міокарда (ФВ) зріс недостовірно — від (44,4±2,2) до (46,8±2,7) % (p>0,5), що вказує на обмеження адаптаційного резерву міокарда хворих з МС.

У другій групі самопочуття хворих почало покращуватися після 4–5 бальнеопроцедур, що дозволило інтенсифікувати реабілітаційну програму. Як наслідок, толерантність до фізичного навантаження не підвищилась, але при проведенні ВЕМ було зафіксоване зростання порогової потужності від (42,9±2,6) до (79,8±4,1) Вт (p<0,001).

Про підвищення скоротливості міокарда свідчить достовірне зростання ФВ від (43,8±2,0) до (51,5±2,4) % (p<0,01).

Переносимість ванн була доброю. Збільшення частоти серцевих скорочень спостерігалось як реакція на процедуру та виявилось короткочасним. Однак достовірного уповільнення частоти серцевих скорочень унаслідок лікування не відбулося, що зумовило необхідність прийому івабрадину як засобу негативної хронотропної дії пацієнтам, які проходили курс скипидарної бальнеотерапії.

Висновки. Процес післяінфарктної реабілітації хворих на ІМ з коморбідним фоном у вигляді МС є складним, а його успішне проведення може бути зумовлене оптимальним поєднанням дозованого фізичного навантаження, медикаментозної терапії та фізичних факторів, які характеризуються тренувальним впливом на серцево-судинну систему. Як подібна методика може бути рекомендований курс камерних ванн з білої скипидарної емульсії.

DIETARY CORRECTION AND PHYSICAL ACTIVITY CORRECTION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

D. Noiabrov, A. Bessarab

*Medical Center of Sport Rehabilitation
"Artromed", Odessa, Ukraine*

Purpose of the study. Investigate of influence of balanced low-calorie diet (BLD) and increased physical activity on organisms of patients with metabolic syndrome (MS).

Methods and approaches. The 67 people with MS (IDF, 2005) have taken part in the investigation, 31 men and 36 women. Average age was 47 years. Average waist circumference (WC) — (111.0±1.6) cm in men, and (95.7±1.2) cm in women. Body mass index (BMI) — 33.0±1.7.

Patients were divided into two groups: 1-st group (16 men and 18 women) and 2nd group (15 men and 18 women). Patients from the first group were recommended to follow low-calorie diet with calorie deficit — 10% per day with combination of healing fitness (HF) (two training sessions per week for 60 mins each and one cardio training 40 mins long). The length of correction period was 60 days. The second group did not correct a dietary plan and did not add physical exercises.



Lipidogram before correction. Group 1: total cholesterol (TC) (6.21±0.20) mmol/l, high-density lipoprotein (HDL) — (1.60±0.02) mmol/l, low-density lipoprotein (LDL) — (3.2±0.3) mmol/l, atherogenic index (AI) — (3.90±0.33).

Group 2: TC — (6.18±0.30) mmol/l, HDL — (1.40±0.01) mmol/l, LDL — (3.3±0.2) mmol/l, AI — 3.70±0.02.

Results. After completing the correction period we admitted a persistent changes of lab tests including HOMA-IR descent in 37%.

Group 1: total cholesterol (TC) (5.11±0.20) mmol/l, high-density lipoprotein (HDL) — (1.80±0.01) mmol/l, low-density lipoprotein (LDL) — (2.4±0.2) mmol/l, atherogenicity index (AI) — 2.90±0.02.

Group 2: TC — (6.19±0.20) mmol/l, HDL — (1.20±0.02) mmol/l, LDL — (3.0±0.2) mmol/l, AI — 3.60±0.02.

Average waist circumference (WC) — 101.0 cm in men, and 89.7 cm in women. Body mass index (BMI) — 29.0±1.7.

Conclusions. So, one of the most important part in treatment of MS is dietary correction using the low-calorie diet, improving the quality of life by adding physical activity as healing fitness, including aerobic exercises. Evidently that this method requires a longer period of application for normalization of BMI, decreasing of WC, recovering of lipids and carbohydrates metabolism.

СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ У НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВАХ ВИРОБНИЦТВА

О. М. Ігнат'єв, Т. О. Єрмоленко,
Т. Л. Прут'ян, М. І. Турчин,
О. О. Добровольська, О. М. Мацко

Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна

Актуальність. Зростання розповсюженості артеріальної гіпертензії (АГ), ожиріння (ОЖ) та остеопорозу (ОП), які спостерігаються у 85 % жінок віком від 45 років і старше, свідчить про єдність патогенетичних механізмів їхнього поєданого розвитку (Каронова Т. Л., 2105, Питецька Н. І., 2016). Неприятливі фактори виробництва (НФВ) відіграють роль каталізатора природних інволютивних процесів і сприяють розвитку структурно-функціональних змін кісткової тканини (КТ) у більш ранньому працездатному віці (Ігнат'єв О. М., 2016). За даними ВООЗ, унаслідок переломів на тлі ОП 20 % пацієнтів із переломами шийки стегнової кістки помирають протягом першого року, близько 50 % осіб стають інвалідами, а майже третина осіб втрачає здатність до самообслуговування і потре-

бує сторонньої допомоги. Оцінка стану КТ у жінок даної категорії спрямована на своєчасне виявлення груп ризику, проведення своєчасної профілактики та лікування, а також покращання якості життя.

Мета. Оцінити стан кісткової тканини у жінок постменопаузального віку з артеріальною гіпертензією та ожирінням, що працюють у несприятливих умовах виробництва, на основі кластерного аналізу досліджуваних показників.

Матеріали та методи. Обстежено 140 жінок (середній вік — (57,3±2,7) року) в постменопаузі (ПМ), тривалість ПМ — (7,32±2,12) року. Жінки поділені на дві групи: I група — 80 жінок із АГ II стадії, 2-го ступеня та ОЖ I ступеня, що працюють під впливом НФВ, II група — 60 жінок із АГ II стадії, 2-го ступеня та ОЖ I ступеня, що не працюють в умовах НФВ. Групи були порівняні за віком та тривалістю менопаузи. Клінічне обстеження включало збір скарг, анамнезу життя та хвороби (тривалість АГ (ТАГ)), вимірювання систолічного артеріального тиску (САТ) і діастолічного артеріального тиску (ДАТ), зросту, маси тіла. Розраховували індекс маси тіла (ІМТ). Лабораторно визначали рівень 25-гідроксिवітаміну D (25(OH)D) у сироватці крові та інструментально оцінювали мінеральну щільність КТ (Т-критерій) методом ультразвукової денситометрії на апараті AOS-100NW (Аюка, Японія). На основі отриманих результатів обстеження проводили кластерний, а потім кореляційний аналіз, де значення кожного показника оцінювали методом найменших квадратів і за отриманою формулою:

$$\varphi_{\text{тяж}} = 0,7689 \cdot \text{ІМТ} - 1,163 \cdot 25(\text{OH})D_3 - 10,536 \cdot \text{Т-критерій} + 0,21 \cdot \text{ТАГ} + 0,1433/\text{САТ}$$

визначали ступінь тяжкості ($\varphi_{\text{тяж}}$) ураження КТ. Значення $\varphi_{\text{тяж}}$ від 0 до 25 оцінювали як задовільний стан КТ, від 26 до 50 — середній ступінь тяжкості, від 51 до 75 — тяжкий ступінь, а при значенні вище 75 — вкрай тяжкий ступінь.

Результати. Показник $\varphi_{\text{тяж}}$ у 31 (38,75 %) жінки I групи становив 8,27±4,20 та відповідав задовільному стану КТ, у 38 (47,5 %) жінок $\varphi_{\text{тяж}}$ був середнього ступеня тяжкості — 36,09±2,74, у 8 (10 %) жінок $\varphi_{\text{тяж}}$ був тяжкого ступеня — 61,35±2,31 та у 3 (3,75 %) жінок $\varphi_{\text{тяж}}$ був вкрай тяжкого ступеня — 86,30±3,18. У II групі 29 (48,3 %) жінок мали задовільний стан КТ — 5,33±2,04, у 26 (43,4 %) жінок $\varphi_{\text{тяж}}$ відповідав середньому ступеню тяжкості — 32,25±2,48 та у 5 (8,3 %) жінок $\varphi_{\text{тяж}}$ був тяжкого ступеня і становив 57,99±1,30. Таким чином, у жінок ПМ віку з АГ та ОЖ виявлені структурно-функціональні зміни КТ різного ступеня вираженості, однак більш глибокі порушення ($p < 0,05$) виявлено у жінок I групи, що свідчить про негативний вплив НФВ на метаболізм КТ.



Висновки. У жінок з артеріальною гіпертензією та ожирінням у постменопаузі, що працюють під впливом НФВ, виявлені структурно-функціональні зміни кісткової тканини різного ступеня вираженості. Рекомендована математична модель дозволяє з високим ступенем точності виявляти та оцінювати ступінь тяжкості остеопоротичних змін кісткової тканини.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ АСПЕКТ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА — СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Г. В. Чернецька, О. В. Чернецька

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Для формування основних компетенцій сімейного лікаря та забезпечення якісного оволодіння студентами і інтернами практичними навичками на етапах додипломної та післядипломної підготовки бажано проводити навчання на клінічних базах кафедр (у поліклініці, навчально-практичних центрах первинної медико-санітарної допомоги, відділеннях сімейної медицини, амбулаторіях і стаціонарах); у тренінгових і симуляційних центрах. У навчальній роботі використовується «Наскрізна програма підготовки студентів медичних факультетів і лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для праці на посадах лікарів за спеціальністю «Загальна практика та сімейна медицина»». Враховуючи реформування системи охорони здоров'я, було визначено, що первинна медична допомога, яка надається лікарем загальної практики — сімейним лікарем, передбачає здійснення консультацій, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, отруєнь, травм, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів, надання невідкладної медичної допомоги, яка не потребує екстреної спеціалізованої або високоспеціалізованої медичної допомоги. Важливо, щоб студенти і випускники мали не лише теоретичні знання, а і працювали над оволодінням практичними навичками, рівень підготовки яких надає можливість використовувати їх для подальшої самостійної роботи.

Упровадження в навчальну роботу наскрізної програми для підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина» сприяло міждисциплінарній інтеграції різних кафедр університету. Комплексний підхід до підготовки найбільш затребуваних лікарів створив можливість взаємодії кафедр різного напрямку: педіатричного (педіатрії №№ 1, 2, дитячих інфекційних хвороб), хірургічного (хірургії №№ 1, 2, 3, 4 з курсом онкології, травмато-

логії та ортопедії, урології та нефрології, офтальмології, оториноларингології, анестезіології, інтенсивної терапії з післядипломною підготовкою, акушерства та гінекології №№ 1,2), терапевтичного (внутрішньої медицини №№ 1, 2, 3, 4, сімейної медицини і загальної практики, інфекційних хвороб, професійної патології, клінічної лабораторної та функціональної діагностики, загальної практики, неврології, фтизіопульмонології, дерматології та венерології, психіатрії та наркології). Науково-педагогічні працівники цих кафедр неодноразово проводили міжкафедральні наради, особливо з питань одностайності оволодіння практичними навичками згідно з Переліком практичних навичок, якими повинні оволодіти студенти вищих медичних навчальних закладів і інтерни за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина». Також питання оволодіння практичними навичками систематично розглядалися на засіданнях предметно-циклових методичних комісій та засіданнях Центральної координаційно-методичної ради університету. Так, 28 лютого 2018 р. (протокол № 4) було заслухано питання «Стан виконання кафедрами факультетів втілення наскрізних програм». Голови предметно-циклових методичних комісій з терапевтичних, хірургічних, педіатричних дисциплін та післядипломної освіти доповіли присутнім про використання в освітньому процесі наскрізної програми підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина». Науково-педагогічні працівники, що входять до складу Центральної координаційно-методичної ради, одностайно проголосували за подальше активне впровадження цієї програми, наголосили на актуальності та значущості її на сучасному етапі реформування освіти і системи охорони здоров'я.

ПОЛІМОРФІЗМ ДЕЯКИХ ГЕНІВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ЖІНОК ПІСЛЯМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

О. О. Якименко, Н. М. Богдан

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Мета. Виявити поліморфізм деяких генів при остеоартрозі колінних суглобів у жінок післяменопаузального періоду

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням було 120 жінок (основна група) зі встановленим діагнозом остеоартрозу колінних суглобів за критеріями Американської колегії ревматологів (ACP), що мають I–III рентгенологічну стадію за Kellgren–Lawrence, післяменопаузальний період (середня тривалість менопаузи — $(8,50 \pm 0,43)$ року), віком від 50 до 70 років.



Контрольна група — 100 жінок у тому ж віці, але без остеоартрозу колінних суглобів. Клініко-генетичні дослідження включали проведення молекулярно-генетичного аналізу з визначенням мутацій генів: колаген 1 — *Coll1A1 C/A*; рецептор вітаміну D — *VDR T352C*; естроген — *ER: PvuII* і *ER: XbaI*; інтерлейкін 1 — *IL1A1 T4845G*; фактор некрозу пухлин α — *TNF -308G/A*; матриксна металопротеїназа — *MMP1 -1607insG* у клітинах букального епітелію. Поліморфізм генів оцінювався методом ПЛР.

Результати. Виявлена достовірна різниця між частотами алелів гена *VDR T352C T/C* ($\chi^2=25,6$) та алелів гена *ER:XbaI Xx* ($\chi^2=2,05$) і *xx* ($\chi^2=6,5$) у жінок післяменопаузального періоду з остеоартрозом колінних суглобів порівняно зі здоровими жінками, що пов'язано з порушенням регуляції балансу кальцію та кісткового обміну (втрата кісткової маси). Також виявлена достовірна різниця між частотами алелів *C/C* ($\chi^2=8,1$) та *C/A* ($\chi^2=72,9$), гена *Col1A* у жінок післяменопаузального періоду з остеоартрозом колінних суглобів порівняно зі здоровими жінками, що пов'язано з деструкцією суглобового хряща і зумовлює більш тяжкий перебіг остеоартрозу.

ПРИЗНАЧЕННЯ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ І–ІІ ФК, З МЕТОЮ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕННЯ РИТМУ СЕРЦЯ ТА ІШЕМІЇ МІОКАРДА І МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ ШЛЯХОМ ПРИЗНАЧЕННЯ НІКОРАНДИЛУ

О. О. Шкуренко, Н. А. Мацегора

Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна

Вступ. Відомий сьогодні алгоритм діагностики хворих на бронхіальну астму (БА), згідно з Наказом МОЗ України від 08 жовтня 2013 р. № 868, не відображає стан серцево-судинної системи, що призводить до невиявлення початкової стадії розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) і порушень ритму.

Стандартна ЕКГ (12 відведень) у хворих на БА не показує в повному обсязі порушення з боку серцево-судинної системи, оскільки, як правило, вона проводиться у денний час і не враховує того, що уночі під дією вагусу можуть виникати порушення ритму та провідності у вигляді шлуночкових і передсердних екстрасистол, міграції синусового ритму, ознак ішемії міокарда, нападів стенокардії вагоспастичного типу.

Водночас лікування БА у хворих із супровідною серцево-судинною патологією становить

певні труднощі і має великий спектр протипоказань, тому потребує більш диференційованого лікування з метою запобігання помилкам при використанні інгаляторів, більш детального обстеження та ретельного підбору лікарських засобів, які б не обтяжували перебіг БА. Останнім часом зростає інтерес до препаратів для лікування ІХС з принципово новим механізмом дії — активаторам калієвих каналів. Найвідомішим лікарським засобом цієї групи є нікорандил.

Мета. Вивчити клінічну ефективність додаткового призначення нікорандилу до базового медикаментозного лікування хворих на БА у поєднанні з ІХС І–ІІ ФК за даними холтерівського моніторингу (ХМ) ЕКГ.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження були хворі на БА у поєднанні з ІХС І–ІІ ФК, які проходили лікування на базі Центру реконструктивної та відновної медицини (університетська клініка). Загальна кількість досліджених 60 пацієнтів: 36 жінок і 24 чоловіки, які були порівну розподілені на дві лікувальні групи, а саме лікувальна група 1 (ЛК-1) та лікувальна група 2 (ЛК-2), рандомізовані за віком, статтю і станом кардіореспіраторної системи, що давало підставу у подальшому порівнювати ефективність лікування. Середній вік досліджених у групі ЛК-1 становив: жінок — (49,30±3,45) року, чоловіків — (51,28±3,24) року. Бронхіальна астма мала інтермітуючий (21,13 %) або персистуючий перебіг легкого (45,07 %) і середнього (33,80 %) ступеня тяжкості у стані ремісії. Середній вік досліджених у групі ЛК-2 становив: жінок — (52,40±4,45) року, чоловіків — (55,28±3,16) року. Бронхіальна астма мала інтермітуючий (22,13 %) або персистуючий перебіг легкого (36,07 %) і середнього (41,80 %) ступеня тяжкості у стані ремісії. Діагноз встановлювали згідно з рекомендаціями кардіологів (ESC, 2016) та пульмонологів (GINA, 2016).

Критерії виключення з дослідження: БА, персистуючий перебіг, тяжкий ступінь, у стані ремісії; ІХС — стенокардія напруження вище II ФК, тяжкі порушення серцевого ритму та провідності, хронічна серцева недостатність вище II класу за NYHA, інша патологія у стані декомпенсації.

Базова терапія хворих на БА у поєднанні з ІХС І–ІІ ФК проводилася згідно з алгоритмом за Наказом МОЗ України № 868 від 08 жовтня 2013 р., відповідно до фази БА. Лікувальну групу 1 (ЛК-1) утворили 30 хворих, яким був призначений базовий комплекс, до лікувальної групи 2 (ЛК-2) увійшли 30 пацієнтів, яким стандартну терапію було доповнено призначенням нікорандилу.

Цей препарат додатково призначали з першої доби лікування *per os* дозою 20 мг зранку та ввечері, при виникненні головного болю дозу



зменшували до 10 мг двічі на добу зранку та ввечері, загальним курсом 14 днів.

Вплив дії нікорандилу, за даними ХМ ЕКГ, було виявлено з допомогою динамічного контролю до і після лікування. Проведена статистична обробка отриманих результатів методами варіаційної статистики, показник достовірності встановлювався за допомогою t-тесту за таблицею Фішера — Стьюдента. Відмінності між порівнюваними показниками вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати. За результатами ХМ ЕКГ у хворих з даною коморбідною патологією переважно реєструвалися такі порушення: більш ніж у 93 % відмічали синусову тахікардію, надшлуночкову екстрасистолію, а саме: рідка — у 70,17 та 83,33 % відповідно у ЛГ-1 та ЛГ-2; часта — у 53,33 та 63,33 % відповідно, особливо в нічний період, зміни сегмента ST у 10,07 % ЛГ-1 та у 70,00 % ЛГ-2, які не були зареєстровані при знятті стандартної ЕКГ, та інші ознаки ішемії міокарда.

Після застосування зазначеного вище лікувального комплексу (ЛГ-2) у хворих на БА у поєднанні з ІХС I–II ФК відзначалося зниження частоти серцевих скорочень: до лікування синусова тахікардія у $(93,33 \pm 7,63)$ %, після — у $(63,33 \pm 6,47)$ %. Значно зменшилася кількість суправентрикулярних — з $(83,33 \pm 6,23)$ % до $(53,33 \pm 6,62)$ % після лікування та шлуночкових екстрасистол — з $(46,66 \pm 6,41)$ % до 23,33 % ($p < 0,01$).

Ознаки неповної блокади правої ніжки пучка Гіса, які мали інтермітуючий характер до лікування, на 6,67 % зменшились у групі порівняння та на 30,31 % у ЛГ-2 ($p < 0,01$), значну динаміку показала зміна сегмента ST — у ЛГ-1 без суттєвих змін, тимчасом як у групі із застосуванням нікорандилу ознаки горизонтальної депресії значно зменшилися майже у 40,0 % пацієнтів ($p < 0,001$).

У ЛГ-1 незначні ознаки порушення процесів реполяризації залишалися без суттєвих змін.

Більша ефективність спостерігалася при додатковому призначенні нікорандилу, що сприяло відновлюванню функції легенів за рахунок насичення клітин корисними іонами, очищенню мікрофлори дихальних шляхів від пилу та шкідливих бактерій та діяльності серцево-судинної системи у вигляді зменшення проявів аритмії, поліпшення процесу реполяризації.

Через 4–5 тиж. спостереження після лікування за ЛГ-2 у хворих на БА у поєднанні з ІХС I–II ФК виявлена позитивна динаміка за даними ХМ ЕКГ у вигляді достеменного зниження середньої добової ЧСС, частоти виникнення суправентрикулярних екстрасистол, насамперед денних, яка свідчила про сприятливі зміни функціонального і соматичного статусу пацієнтів як з боку респіраторної, так і серцево-

судинної системи. Проте у хворих, яким була призначена тільки базисна терапія, отримані дані достовірних відмінностей не мали. Слід відмітити, що до лікування прояви аритмії були виявлені при дослідженні пацієнтів обох груп.

Отже, завдяки поєднанню різних механізмів впливу на перебіг латентної ІХС у хворих на БА лікувально-диференційований підхід дозволяє поліпшити клінічні показники, зменшити толерантність до фізичного навантаження, покращити прогноз, значно зменшити кількість випадків раптової зупинки серця, порушення ритму та провідності, що взагалі сприятиме поліпшенню якості життя хворих на БА.

Застосування нікорандилу в складі комплексного лікування БА у поєднанні з ІХС сприяє купіруванню бронхолегеневих, кардіологічних проявів даного коморбідного стану.

Висновки

1. Виконання ХМ ЕКГ в обох групах сприяло ранньому виявленню порушень ритму, особливо у нічний період, які не могли бути діагностовані при реєстрації стандартної ЕКГ, що є корисним у виборі патогенетично обґрунтованої терапії.

2. Додаткове призначення нікорандилу до базисного медикаментозного комплексу хворим на БА у поєднанні з ІХС I–II ФК сприяло більш тривалому збереженню поліпшення суб'єктивного стану хворого, зменшенню нападів ядухи, кардіалгії, аритмогенних порушень, зниженню дози призначеного бронходилатуючого засобу.

ОСОБЛИВОСТІ КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ ПІД ВПЛИВОМ НЕСПРИЯТЛИВИХ ФАКТОРІВ ВИРОБНИЦТВА

О. М. Ігнат'єв, М. І. Турчин, А. В. Шанигін

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Актуальність. За даними статистики, у світі нараховується більш ніж 200 тис. хворих на остеопороз (ОП), а їхня кількість з кожним роком невпинно зростає (ОІФ, 2017). Низькоенергетичні переломи, що виникають унаслідок ОП, призводять до виключення з трудового процесу на тривалий період лікування та реабілітації осіб працездатного віку, завдають значних соціально-економічних збитків країні. Неприятливі чинники виробництва відіграють роль провокуючого та модифікуючого факторів, каталізатора природних інволютивних процесів, що призводить до передчасного старіння кісткової тканини (КТ) (Ігнат'єв О. М., Ермоленко Т. О., 2016). Дані літератури свідчать, про на-



явність спільних патогенетичних механізмів розвитку захворювань серцево-судинної системи та ОП (Нішкумай О. І., 2012). Однак досліджень, присвячених вивченню зв'язку між ступенем втрати мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), тривалістю гіпертонічної хвороби (ГХ) у чоловіків і стажом роботи в несприятливих умовах виробництва досі немає, що зумовило проведення даної роботи.

Мета. Вивчити стан кісткового метаболізму у чоловіків із гіпертонічною хворобою, які працюють у несприятливих умовах виробництва.

Матеріали та методи. Обстежено 87 робітників чоловічої статі у віці від 37 до 63 років (середній вік $(53,8 \pm 2,4)$ року) із ГХ II стадії, 2–3-го ступеня, які працюють під впливом несприятливих факторів виробництва (НФВ), стаж роботи — $(23,2 \pm 3,7)$ року. Залежно від стажу роботи чоловіки були поділені на три групи: I група ($n=22$) — стаж роботи до 10 років; II група ($n=32$) — стаж роботи від 11 до 20 років; III група ($n=33$) — стаж більше 20 років. Клінічне обстеження включало: збір скарг, анамнезу життя, анамнезу хвороби, огляд, вимірювання систолічного артеріального тиску і діастолічного артеріального тиску. Лабораторно визначали рівень остеокальцину (ОК) та маркера кісткової резорбції СТх. Інструментально оцінювали МЩКТ методом ультразвукової денситометрії (УЗД) п'яtkової кістки за допомогою апарата "Aloka OST-100".

Результати. За даними УЗД, у 9 (40,9 %) робітників I групи МЩКТ відповідала показникам остеопенії (Оп), Т-критерій становив — $(1,97 \pm 0,32)$ SD, і у 12 (59,1 %) чоловіків була визначена нормальна МЩКТ, Т-критерій дорів-

нював $(0,65 \pm 0,24)$. У II групі у 8 (21,9 %) чоловіків МЩКТ відповідала показникам ОП, Т-критерій $(-2,65 \pm 0,12)$ SD, у 18 (56,25 %) робітників з Оп Т-критерій сягав $(-2,23 \pm 0,16)$ SD і 6 (18,75 %) чоловіків мали нормальну МЩКТ, Т-критерій $(-0,71 \pm 0,09)$ SD. У III групі ОП діагностовано у 10 (30,3 %) чоловіків, Т-критерій $(-0,86 \pm 0,12)$ SD, 18 (54,5 %) чоловіків мали Оп, Т-критерій $(-2,42 \pm 0,02)$ SD, і 5 (15,2 %) — нормальну МЩКТ, Т-критерій $(-2,98 \pm 0,32)$ SD.

Рівень ОК у пацієнтів I групи становив $(12,19 \pm 0,65)$ нг/мл; II групи — $(15,52 \pm 0,48)$ нг/мл; III групи — $(16,92 \pm 0,52)$ нг/мл ($p < 0,05$). Підвищення рівня ОК призводить до порушення його включення до складу КТ і сприяє компенсаторній активації остеобластів на тлі зниження МЩКТ (Гависова А. А., 2012).

У пацієнтів I групи рівень СТх був у межах $(0,39 \pm 0,03)$ нг/мл, II групи — $(0,55 \pm 0,03)$ нг/мл, III групи — $(0,77 \pm 0,04)$ нг/мл ($p < 0,01$). Підвищення рівня СТх свідчить про прискорення резорбції кісткової тканини.

Встановлений кореляційний зв'язок між Т-критерієм і стажом роботи ($r = +0,51$; $p < 0,05$), рівнем ОК і стажом роботи ($r = -0,54$; $p < 0,05$), рівнем маркера кісткової резорбції СТх і стажом роботи ($r = -0,45$; $p < 0,05$). Таким чином, отримані дані свідчать про негативний вплив НФВ на стан КТ з порушенням процесів кісткового ремоделювання та переважанням кісткової резорбції.

Висновки. У чоловіків із ГХ виявлені структурно-функціональні зміни КТ. Кореляційний зв'язок між рівнем остеокальцину, СТх, показниками МЩКТ свідчать про спільну роль зазначених біомаркерів у мінеральному обміні та розвитку ГХ.

*Передплачуйте
і читайте*



ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

