

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВДНЗ УКРАЇНИ «БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОДА
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ "АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ"



МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-
ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОГО
ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА
ЇХ ФАРМАКОТЕРАПІЯ В КЛІНІЦІ
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ»

ЧЕРНІВЦІ
2017

УДК 616.1/4-036-07-08(063)
О-75

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Особливості коморбідного перебігу захворювань та їх фармакотерапія в клініці внутрішньої медицини” (Вищий державний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, 5-6 жовтня 2017 року) – Чернівці: Медуніверситет, 2017. – 196 с.

У збірнику наведені матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Особливості коморбідного перебігу захворювань та їх фармакотерапія в клініці внутрішньої медицини” (Вищий державний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, 5-6 жовтня 2017 року) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним питанням поєданого перебігу захворювань внутрішніх органів у хворих різних вікових груп.

Рецензенти:

Федів О.І. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини та інфекційних хвороб Вищого державного начального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці) МОЗ України.

Ілащук Т.О. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вищого державного начального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці) МОЗ України.

Наукова та загальна редакція - д.мед.н., професор О.С. Хухліна

Рекомендовано до видання Вченою радою ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» 28 вересня 2017 року (протокол № 2).

ISBN 978 – 966 -697 -709 - 3

Вищий державний навчальний заклад
України «Буковинський державний
медичний університет», 2017.

Таким чином, ми можемо припустити існування зв'язку між зростанням інтенсивності ліпопероксидації та зміною структурно-функціонального стану еритроцитів. При загостренні хронічного холециститу можна прослідкувати прямо пропорційну залежність між вмістом малонового діальдегіду в крові та відносною в'язкістю еритроцитів.

УДК:616-002.78+616.441-008.64]-07-092-055.1/.3

ПОДАГРА І ГІПОТИРЕОЗ: ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ І КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗАЛЕЖНОСТІ, ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ

Волошин О.І., Доголіч О.І.

*Вищий державний навчальний заклад України
“Буковинський державний медичний університет”,
м. Чернівці, doholich.oleksandra@bsmu.edu.ua*

В останні десятиріччя захворюваність на подагру (П) зросла з 0,2% до 2%. За такий самий період збільшилася захворюваність на гіпотиреоз (ГТ) з 0,5% до 2%, а в США – до 4%. Однак П частіше уражає чоловіків середнього та старшого віку, а ГТ – жінок старше 50-60 років. Поєднання цих патологічних станів не часте, особливості різного плану дослідженні недостатньо.

Спостереження проведені у 127 хворих на первинну П. Серед обстежених було 99 чоловіків та 28 жінок у віці 37-76 років. Середній вік хворих на П чоловіків складав $57,6 \pm 3,54$ років, у жінок – $65,3 \pm 1,32$ років ($p < 0,05$). У чоловіків давність П складала $17,6 \pm 3,42$ років, у жінок – $5,8 \pm 1,42$ років ($p < 0,05$). Початковий період П у чоловіків знаменувався рідкими (1-2 на 2-3 роки) епізодами гострого подагричного артрити (перша стадія), які з роками ставали все тривалішими, гірше піддавалися лікуванню і поступово розвивалась стадія хронічного подагричного артрити і навіть стадія хронічної тофусної П. На цьому тлі у хворих поступово формувався подагричний комплекс: артеріальна гіпертензія, ІХС, ожиріння, дисліпідемія, що складала метаболічний синдром і у віці за 55 років був наявний в усіх хворих. Коморбідний фон у жінок із П був майже аналогічним як і у чоловіків, але в часі нашарування на нього П виглядає зворотнім; нерідко мало місце застосування подагропровокуючих ліків із приводу коморбідних процесів.

Скринінговими дослідженнями рівнів ТТГ, Т4-вільних у крові із 127 обстежених у 25 випадках (19,68%) виявлені ознаки ГТ: у 18-субклінічна, у 7-маніфестна форми. У жінок з виявився після 50-55 років (6 осіб – 21,42% від контингенту жінок), у чоловіків – після 58-60 років (12 пацієнтів – 12,12% від числа чоловіків, тобто в 1,8 рази рідше, ніж у жінок). Із 7 хворих на маніфестний ГТ (5,51% від числа обстежених) було чотири жінки (14,25% від числа жінок, тобто, в 2,6 разу частіше). В гендерному аспекті різні форми ГТ серед чоловіків спостерігалось в 15 (15,15%) осіб, серед жінок – у 10 (35,71% від числа жінок) осіб, тобто, у 2,36 року частіше ($p < 0,05$).

В клінічному аспекті навіть у хворих із субклінічним ГТ П і коморбідні процеси перебігали торпідніше, гірше піддавались традиційним засобам лікування, що може слугувати неспецифічним орієнтиром для скринінгового дослідження тиреоїдних гормонів у крові. Підтвердженням значення ГТ в прогресуванні П було дослідження кореляційної залежності між рівнями сечової кислоти в крові та швидкістю клубочкової фільтрації нирок: у хворих на П без ГТ $r=-0,47$; за наявності ГТ $r=-0,75$ ($p<0,05$). Оцінка показників відношення шансів (OR 95% CI) свідчила, що найбільш несприятливий прогноз перебігу П на тлі ГТ мають такі параметри як рівень сечової кислоти (OR=1,68, CI 95%=1,38-2,05; $p<0,05$), вміст креатиніну крові в крові (OR=1,63; CI 95%=1,08-2,47; $p<0,05$) та швидкості клубочкової фільтрації нирок (OR=1,98; CI 95%=1,27-3,08; $p<0,05$).

При дослідженні в крові стану про- і антиоксидантних властивостей крові, рівнів С-реактивного протеїну у хворих на П без та з наявністю будь-якої із форм ГТ виявлено глибший рівень їх порушень при нашуруванні ГТ, які характеризувалися торпідністю регресу при реалізації комплексного лікування як П, так і коморбідних захворювань.

П у чоловіків і жінок має свої вікові і клінічні відмінності: у жінок вона виникає в 4-6 разів рідше, як правило в постменопаузальному періоді, нашаровується на віковий поліморбідний фон та має стертий стадійний характер. ГТ у хворих на П у 2,36 разу частіше виникає у жінок, але в обох статей однаково погіршує клінічні прояви, перебіг та метаболічні порушення в крові, результати лікування як П, так і коморбідних процесів. Рання діагностика та лікування ГТ у цього контингенту хворих може розглядатися як один із шляхів підвищення ефективності загальних результатів лікування таких пацієнтів.

УДК 616.72-007.24-036.1-085.322

**КОМПЛЕКСНИЙ ФІТОХОНДРОПРОТЕКТОРНИЙ ЗАСІБ
ОСТЕОАРТІЗІ АКТИВ ПЛЮС: ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ У
ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ ВИСОКИМ РІВНЕМ КОМОРБІДНОСТІ**

Волошина Л.О., Коханюк Ю.В., Доголіч О.І.

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”,

м. Чернівці, voloshka03@ukr.net

Актуальність. Остеоартроз (ОА) – найпоширеніше захворювання опорно-рухового апарату, що вражає людей старших вікових груп з високим рівнем коморбідності. Вікове зниження метаболічних процесів та коморбідні захворювання є однією з провідних причин вимушеної поліпрагмазії та побічних ефектів і ускладнень від лікарських засобів. Одним із шляхів виходу із цієї ситуації є застосування комбінованих лікарських засобів, в яких важливою складовою є чинники рослинного чи біологічного походження.

Волошин О.І., Доголіч О.І. ПОДАГРА І ГІПОТИРЕОЗ: ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ І КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗАЛЕЖНОСТІ, ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ.....	23
Волошина Л.О., Коханюк Ю.В., Доголіч О.І. КОМПЛЕКСНИЙ ФІТОХОНДРОПРОТЕКТОРНИЙ ЗАСІБ ОСТЕОАРТІЗИ АКТИВ ПЛЮС: ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ ВИСОКИМ РІВНЕМ КОМОРБІДНОСТІ.....	24
Ганжа В.Д., Гайдичук В.С., Сучеван А.Г., Гринюк О.Є. ЛІКУВАННЯ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ ПРЕПАРАТАМИ ЕЗАФОСФІНА ТА РАНЕКСА В КОМБІНАЦІЇ ЗІ СТАНДАРТНОЮ ТЕРАПІЄЮ.....	26
Геруш І.В., Таралло В.Л. СИСТЕМНІ МАРКЕРИ ЗДОРОВ'Я ОБ'ЄКТІВ КОМПЛЕКСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ З УРАХУВАННЯМ ХРОНОРИТМІКИ ЖИТТЯ.....	29
Горбатюк І.Б., Войткевич Ю.І. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ З ХОЛЕСТЕРОЗОМ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ.....	30
Гребеник М.В. БАГАТОРІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ: ПРОБЛЕМА ВИБОРУ ТАКТИКИ.....	32
Данилишин Т.М., Антофійчук М.П. КОРЕКЦІЯ ХІЛЬОЗУ КРОВІ У ХВОРИХ НА СТЕАТОГЕПАТИТ.....	33
Дудка І.В. ЗАСТОСУВАННЯ ГІНКГО БІЛОБА У ТЕРАПІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	34
Дудка І.В. СТАН ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.....	35
Дудка Т.В., Хухліна О.С., Дудка І.В., Смандич В.С. СТАН НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТОНУСУ БРОНХІВ ТА ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	37
Дяків-Корейба Н.І. ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ КИШКОВОГО КАНАЛУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАННЯМ ЖОВЧЕКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ.....	38
Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Кітура О.Є. АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ І ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНА ПАТАЛОГІЯ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ: ЯК ПОКРАЩИТИ ПРОГНОЗ?.....	40
Журавльова Л.В., Лопіна Н.А. ЗАЛЕЖНІСТЬ КАРОТИДНО-ФЕМОРАЛЬНОЇ ШВИДКОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПУЛЬСОВОЇ ХВИЛІ ВІД ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ.....	42
Журавльова Л.В., Огнєва О.В. ДО ПИТАННЯ ДИСБАЛАНСУ АДІПОКІНІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ.....	43