

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ  
НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ  
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ  
ІМ. В.Х.ВАСИЛЕНКА»



Науково-практична конференція

**«Коморбідність у клініці внутрішньої медицини:  
фактори ризику, механізми розвитку та  
взаємообтяження, особливості фармакотерапії»**

*Запрошення та програма*

10-11 жовтня 2013 року

м. Чернівці

## ЗМІСТ

ОСОБЛИВОСТІ ЛЕГЕНЕВОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	Амеліна Т.М.
Полянська О.С., Тащук В.К., Іванчук П.Р. ....	3
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ В ЛІКУВАННІ ОСТЕОАРТРОЗІ	
КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ З АЛІМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦІЙНИМ ОЖИРІННЯМ	Баранова І.В.
Гуменюк А.Ф., Пшелуцький Ф.Ф. ....	5
КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО	
ЛІКАРІ	Букач О.П., Антонюк М.В., Сидорчук Л.П. ....
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВКЛЮЧЕННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНИХ МЕРОПРИЯТІЙ	
БОЛЬНИХ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	Бурсаковски Д., Барба Д., Бодруг Н. ....
ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІУ ТА ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА	
ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	Волков В.І., Серін С.А., Ткаченко О.В., Ченчик Т.В. ....
ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІМОРБІДНОСТІ ТА КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ В ЛІТНЬОМУ	
СТАРЕЧОМУ ВІЦІ	Волошина Л.О., Федів О.І., Ковалишин І.Р. ....
ВІКОВІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ КОМОРБІДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ	Волошин О.І., Догаліч О.І. ....
СТАН СИСТЕМИ КРОВОТВОРЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ	
ЛЕГЕНЬ ТА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ	Вілігорська К.В., Хухліна О.С. ....
УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОГРАМИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ	
ЛЕГЕНЬ	Герман А.О., Тодоріко Л.Д. ....
ВИКОРИСТАННЯ ПІДРОГЕН СУЛЬФІДУ У ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ	
ГЕРЦЯ	Григорук М.В. ....
СТАН ГІПЕРТОНІЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ ЗА ДАНИМИ ДОБОВОГО	
МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ	Гречко С.І., Тащук В.К., Іванчук П.Р., Коцюбинська К.М. ....
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕПЛЕРЕНОНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З ХРОНІЧНОЮ	
ХВОРОБОЮ НИРОК	Гулага О.І., Полянська О.С., Тащук В.К. ....
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ КОМОРБІДНИХ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СТАНІВ В СТРУКТУРІ ХРОНІЧНОГО	
ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	Довгань А.О., Мостовой Ю.М., Константинович Т.В. ....
ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА СТАН ОКИСНЮВАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ У ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ ЗА УМОВ	
УВЕДЕННЯ 2,4-ДИНІТРОФЕНОЛУ	Дікал М.В. ....
УСПАДКУВАННЯ ГЕНОТИПУ ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНУ ІІ ПЕРШОГО ТИПУ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ	
ВИНИКНЕННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ	Жебель Е.М., Савович О.О., Гуменюк А.Ф. ....
ПРОГНОЗУВАННЯ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ТА ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ГОСТРИХ ПОЄДНАНИХ РАДІАЦІЙНИХ	
УРАЖЕННЯХ	Іванчук М.А. <sup>1</sup> , Бойчук Р.Р. <sup>2</sup> ....
ВИКОРИСТАННЯ ТІВОРТИНУ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ТА ІШЕМІЧНОЇ	
ХВОРОБИ СЕРЦЯ	Каньовська Л.В., Каушанська О.В., Квасницька О.Б. ....
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ НАБРЯКОВОЇ ФОРМИ ДІАБЕТИЧНОЇ МАКРОЛОПНІ	
КАРЛІЙЧУК М.А. <sup>1</sup> , Пінчук С.В. <sup>2</sup> , Вацук О.Б. <sup>3</sup> ....	3

ЕФЕКТИВНОСТЬ	Боравик І.В.
ПЕРІНСУЛЬ	Боравик І.В.
ГЕМО	Боравик І.В.
ТОКСИЧНИЙ	Боравик І.В.
МЕ	Боравик І.В.
Боравик І.В.	Боравик І.В.
ОС	Боравик І.В.
ПОРУШЕННЯ	Боравик І.В.
ПОЛІМОРФ	Боравик І.В.
ДУ	Боравик І.В.
Лук'яненко І.	Боравик І.В.
ВП	Боравик І.В.
Макевич У.	Боравик І.В.
СУ	Боравик І.В.
СУПУТНО	Боравик І.В.
АКТИ	Боравик І.В.
ЛЕГЕНЯ	Боравик І.В.
ХРО	Боравик І.В.
НА ПЕРЕБІ	Боравик І.В.
КОМ	Боравик І.В.
КЛІНІЧНО	Боравик І.В.
КОМ	Боравик І.В.
ШЛУНКОВО	Боравик І.В.
Орловський	Боравик І.В.
ІШЕ	Боравик І.В.
ЛІПІДІВ	Боравик І.В.
СТАН	Боравик І.В.
ПАТОЛОГІ	Боравик І.В.
ТАКТИ	Боравик І.В.
СУПУТНО	Боравик І.В.
ВАРИ	Боравик І.В.
ОЖИРЕН	Боравик І.В.
Редько І.І.	Боравик І.В.
СТАН	Боравик І.В.
Добродієв	Боравик І.В.
ПОКА	Боравик І.В.
ЗАХВОРЮ	Боравик І.В.
Юхимчук В.В.	Боравик І.В.
ДОБ	Боравик І.В.
ГІПЕРТОНІ	Боравик І.В.

(n=17), AC – у 48% (n=24), CC – у 18% (n=9) хворих ( $p_{AC-CC} \leq 0.05$ ). Алель А визначалась – у 58% таких хворих, алель С – у 42% хворих. При проведенні порівняльного аналізу розподілу частот генотипів гену АТ1-Р встановлено, що у хворих на ГХ стадії генотип АС виявлявся частіше, а генотип АА та алель А – рідше, ніж у практично здорових осіб ( $p \leq 0,05$ ).

Вказані особливості розподілу частот алелей гену АТ1-Р дозволили розрахувати ймовірність виникнення ХСН ІА стадії на тлі ГХ серед практично жінок постменопаузального віку, мешканок Вінниччини, яка в разі успадкування алелі А становить 34,00%, для носіїв алелі С вона є достовірно вищою і становить 64% (модель достовірна при  $\chi^2 = 16,81$ ,  $p < 0,01$ ).

**Висновки.** 1) Наявність алелі С в генотипі гену АТ1-Р у мешканок Вінниччини постменопаузального віку асоціюється із захворюваністю на гіпертонічну хворобу; 2) успадкування жінками постменопаузального віку, які є мешканками Вінницької області, генотипів гену АТ1-Р із наявністю алелі С - АС та СС, асоціюється з вищою ймовірністю виникнення ГХ, що ускладнюється ХСН ІА стадії.

УДК 616.34 – 06 : 535.23] – 07

### ПРОГНОЗУВАННЯ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ТА ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ГОСТРИХ ПОЄДНАНИХ РАДІАЦІЙНИХ УРАЖЕННЯХ

Іванчук М.А.<sup>1</sup>, Бойчук Р.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

<sup>2</sup> Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, м. Чернівці

[mgracia@ukr.net](mailto:mgracia@ukr.net)

**Мета дослідження** – порівняння двох підходів щодо прогнозування летальності при гострих поєднаних радіаційних ураженнях (ГПРУ).

**Методи дослідження.** Розрахунки проводилися на основі даних з історій хвороб 35 осіб, які постраждали при аварії на Чорнобильській АЕС.

Передбачається, що площа поверхні та ступінь тяжкості радіаційних уражень (В) при ГПРУ може впливати на виникнення коморбідності гострої променевої хвороби. Навіть при дозах загального опромінення (R) менше 6 Гр можна очікувати виникнення ознак ураження шлунково-кишкового тракту. В свою чергу, змінюється не тільки загальна тяжкість ураження, але й

модифікується імовірність та терміни летальності при променевої патології. Для прогнозування оцінки ступеня тяжкості та летальності нами були використані два підходи: оцінка інформативності факторів за Кульбаком та кластерний аналіз за методом k-середніх.

**Результати дослідження.** В результаті оцінки інформативності факторів за Кульбаком та складання прогностичних таблиць, нами було запропоновано відносити хворих до першої групи тяжкості та очікувати у них летальність в перші три тижні після опромінення при  $R > 8$  Гр та  $B > 50$  та відносити хворих до третьої групи тяжкості без летальності при  $R < 6$  Гр та  $B < 12$ . В решті випадків відносимо хворих до другої групи тяжкості з летальністю пізніше, ніж через три тижні після опромінення. Даний алгоритм у 9% випадків розподілив хворих, що мали летальність (1 та 2 групи тяжкості) до 3 групи, але у 67% випадків хворих з 3 («нелетальної») групи відніс до 2 групи тяжкості.

Кластерний аналіз за методом k-середніх використовували при  $k=3$ . В результаті аналізу дані були розділені на три кластери відповідно до кількості груп тяжкості: перший кластер з середніми  $R=8,79$  та  $B=232,99$ ; другий  $R=9,48$  та  $B=47,09$ ; третій  $R=5,25$  та  $B=19,61$ . При цьому лише 1 (8%) хворий 3 групи був віднесений до «летальної» 2 групи тяжкості. Відсоток гіподіагностики (віднесення хворих з «летальних» 1 та 2 груп тяжкості до 3 групи) склав 18%.

**Висновки.** Отже, для прогнозування ступеня тяжкості та ймовірності летальності ГПРУ ми рекомендуємо використовувати оцінку інформативності факторів за Кульбаком, якщо необхідно зменшити імовірність гіподіагностики та кластерний аналіз при необхідності зменшити імовірність гіпердіагностики.

УДК: 616.33-002-06:616.12-005.4]-036-07-085

## ВИКОРИСТАННЯ ТІВОРТІНУ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Каньовська Л.В., Каушанська О.В., Квасницька О.Б.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці  
[bsmu@bsmu.edu.ua](mailto:bsmu@bsmu.edu.ua)

Коморбідні хвороби зустрічаються досить часто. Дедалі помітнішим стає ослаблення стану здоров'я людської популяції: за даними експертів ВОЗ, у людей віком до 40 років по 2-4 захворювання, до 60 років з'являється «букет»

5-7 недуг, після 70 — 8-10 і більше. Мультипатологія до 19 років до 80% у осіб, яким за клініко-патогенетичне розуміння клінічного лікування, спонукають до вимушеної політерапії, побічних дій та ускладнень від медикаментів відзначають, що явища коморбідності з взаємовпливом не є рівнозначними, тому математичною сумациєю. Лікування таких значної кількості медикаментів, що несприятливо впливу їх на організм пацієнтів, які звертаються до лікарів стаціонарі, складають хворі на хронічну хворобу (ВХ) та ішемічну хворобу серця значна поширеність, важкість ускладнень, внаслідок тимчасової непрацездатності захворюваннях органів травлення частково порушеного кровообігу в патологічний процес. Проте особливості перебігу цих нозологій при коморбідності. Між тим, порушення в системі потребують якісної діагностики та раціонального лікування коморбідності, фахівці використовують найбільш вживаних є індекс Чарльсона. Середніх захворювань відносно основних захворювань вік хворих. Оцінка здійснюється за допомогою балів середня тяжкість її перебігу — 2 бали, 50-59 років — 1 бал, 60-79 років — 4 бали.

У розвитку та перебігу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки на фоні ІХС велике значення має забезпечення трофіку, фізіологічну регуляцію. Результати клінічних та експериментальних досліджень порушень структурно-функціональних властивостей ендотеліальних та коагуляційних властивостей ендотеліальної дисфункції.