

✓

ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ФІТОТЕРАПІЇ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ ТЕРАПІЇ

УЖГОРОДСЬКИЙ ТОРГОВЕЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ
КИЇВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО ТОРГОВЕЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ

СЛОВАЦЬКИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ В НІТРІ
ІНСТИТУТ ЗБЕРЕЖЕННЯ БІОРІЗНОМАНІТТЯ В НІТРІ

УНІВЕРСИТЕТ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ, КОШИЦЕ,
СЛОВАЧЧИНА

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ І
НАУКИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОДА

МІЖНАРОДНИЙ ІНСТИТУТ ЛЮДИНИ І ГЛОБАЛІСТИКИ
«НООСФЕРА»

САНАТОРІЙ «КВІТКА ПОЛОНИНИ»

Актуальні питання збереження здоров'я людини

МАТЕРІАЛИ
МІЖНАРОДНОЇ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

(11-12 квітня 2014 року)

УЖГОРОД
2014

УДК 613.2 (075.8)

ББК 53.51Я2

Б 62

*Рекомендовано до друку
Вченою радою Ужгородського торгово-економічного інституту
(протокол № 3 від 25 березня 2014 року)*

За редакцією проф. Ганича Т.М.

Голови редколегії:

О.М. Ганич – заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, директор НДІ фітотерапії ДВНЗ "УжНУ"

Т.М. Ганич – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри факультетської терапії медичного факультету ДВНЗ "УжНУ"

Члени редколегії:

проф. Гаврилко П.П.

доц. Бриндза Я.

проф. Ганич М.М.

доц. Лукша О.В.

засл. лікар України П.П. Ганинець

н.с. Скаканді С.І.

Автори опублікованих робіт несуть повну відповідальність за зміст і ілюстративний матеріал.

Актуальні питання збереження здоров'я людини: матеріали міжнар. міждисциплінарної наук.-практ. конф., сан. "Квітка полонини", 11-12 квітня 2014 року (с. Солочин Свалявського району) / За ред. проф. Т.М. Ганича. – Ужгород : 2014. – 340 с.

Матеріали конференції висвітлюють нові відомості про збереження здоров'я людини, а саме, роль сімейного лікаря в оздоровленні населення природними засобами, забезпечуванням адекватного харчування, якісної питної та мінеральної води, використаними агронауки перспективних здобутків наномедицини. Звернуто увагу згаданих проблем для збереження здоров'я людини у школах і вузах України.

ISBN

978-611-010624-5

©ДВНЗ «УжНУ», 2014

©УТЕІ КНТЕУ, 2014

М. Ахметов, Г. Д. Алексанянц, Г. Б. Горская, Г. А. Макарова. –
Криводар: КГУФКСТ, 2013. –с.41-44.

SUMMARY

**USE OF DIETARY SUPPLEMENT – APHERBAL
COMPOSITION “VITALAR” IN COMPLEX TREATMENT OF
CHILDREN SUFFERED AFTER CHERNOBYL ACCIDENT**

**Bozhenko V.B., Hutz N.M., Kuprash N.M., Vitenko I.V.,
Pnyshchenko A.A., Davidova G.I., Hotska S.M.**

This article highlights nowadays ecological and social problems of Ukraine connected with the Chernobyl disaster. Clinical test prove the effective treatment of children with health problems caused by radiation with compositions of products of bee-keeping.

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ З ВИСОКИМ РІВНЕМ КОМОРБІДНОСТІ

Волошин О.І., Доголіч О.І.

*Буковинський державний медичний університет, Чернівці,
Україна*

В останні два десятиліття в світі й Україні спостерігається помітне зростання захворюваності на подагру, особливо в осіб п'ятого-шостого десятків життя [1, 3, 4]. Помимо існуючих стандартів лікування подагри мимоволі необхідно звертати увагу на рівень вікових коморбідних захворювань: ІХС, гіпертонічну хворобу, цукровий діабет, ожиріння, хвороби системи травлення – хронічний панкреатит, гастроентеропатії, гепатопатії тощо. Зазначене спонукає до медикаментозної поліпрагмазії, а деякі з ліків при цих коморбідних процесах є провокаторами загострень подагри (діуретики, АТФ, рибоксин, ксантини тощо). Виникає потреба в ліках багатогранної, поліорганної дії, якими є переважно ліки рослинного походження.

Метою дослідження є вдосконалення комплексного лікування хворих на хронічний подагричний артрит з високим рівнем коморбідності за допомогою біофлавоноїда кверцетину.

Матеріал і методи. Спостереження проведені в 74 хворих на хронічний подагричний артрит в період загострення. Вік хворих коливався в межах 47-76 років, серед них домінували чоловіки

(65 осіб – 87,84%). Давність захворювання складала 9 – 23 роки, спадкову схильність до подагри виявили в 28 (39,2%) осіб. Переважна більшість із них були гурмани (69 хворих – 93,24%), схильні до частого вживання алкогольних напоїв, але в п'яти осіб при правильному способі харчування , відсутністю ожиріння, основними реалізуючи ми факторами були вживання тіазидів, переохолодження, мікротравми, спадкова схильність до подагри. У всіх хворих були явища подагричного поліартриту: в 100% - ураження першого плюсно-фалангового суглоба стопи, рідше колінних, ліктьових, суглобів кистей (разом від 4 до 9 суглобів, іноді – тофуси білясуглобові та вушних раковин (у 7 – 9,5%). Серед коморбідних захворювань, які виникли на основі аліментарних огріхів були: ожиріння I-II ступеня – у 58 (78,34%), ІХС – у 51 (68,92%), гіпертонічна хвороба – у 47 (63,51%), цукровий діабет – у 17 (22,97%), ураження системи травлення – гастродуоденопатії – у 69 хворих (93,24%), з них виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки – в 11 (14,86%), а також стеатогепатози чи гепатити – в 44 (59,5%) осіб, калькульозний холецистит – в 17 (22,97%), хронічний панкреатит клінічно – в 21 (28,34%), за даними УЗД – в 41 (55,4%). У кожного хворого виявили від 5 до 8 з вище зазначених захворювань, які клінічно були в стані нестійкої ремісії та провокувалися необхідністю застосування НПЗП навіть під прикриттям гастропротективних засобів або на амбулаторному етапі вживанням підтримуючих доз алопуринолу. Рівень коморбідності у цих хворих визначав високий ступінь кардіоваскулярного та гастро-гепатоінтестинального ризиків. Ретроспективний аналіз результатів лікування за попередні роки як в лікуванні подагричного артриту, так і зазначених коморбідних захворювань показав, що вимушене застосування НПЗП тривалістю до 2 тижнів при прикритті інгібіторами протонної помпи все таки давало загострення гастроентеропатій, а тривалий прийом алопуринола в добовій дозі 200-300 мг – загострення гепато-панкреатопатій. У хворих на ІХС чи ожиріння, гіпертонічну хворобу в рамках метаболічного синдрому профілактичне застосування малих доз аспірину явно не провокувало загострення подагричного артриту, але

нимовільне включення в лікувальні комплекси коморбідних захворювань активаторів метаболізму (АТФ, рибоксин), тіазидів чи нікотинової кислоти швидко приводило до загострення подагри.

Характерно, що із зростанням віку пацієнтів набували все більше явних і стійких клінічних ознак віковий ураження серцево-судинної системи і хворі частіше з їх приводу почали звертатися до кардіологів чи лікарів первинної ланки медичної допомоги, домінуючими засобами постійного лікування ставали кардіологічні препарати та почастишали при цьому випадки загострень подагри. Саме в цей період змінювався комплайєнс хворих щодо виконання рекомендацій лікарів різних профілів: вони вимушені чіткіше виконувати режим дієти №6 щоб рідше вживати НПЗП, але часто переривали лікування алопуринолом ще передчасно знижували його добову дозу, що не сприяло тривалості періоду ремісії подагри. На цьому етапі життя хворого на подагру зміщення лікувально-профілактичних акцентів в бік кардіологічної патології вимагає від ревматолога акцентування уваги хворого щодо важливості частішого контролю рівня сечової кислоти в крові та альбумінурії як факторів підвищення рівня кардіоваскулярного ризику та аргументування таких доповнень до комплексного лікування подагри і коморбідних захворювань, які мінімізували як ризики, так і прояви всіх захворювань.

На нинішньому етапі на фармацевтичному ринку в останні роки з'явився біофлавоноїд кверцетин (гранули, або «квертин» - таблетки, Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод) [2]. Відносно численних наукових досліджень, що лягли в основу інструктивних вказівок до цього препарату, йому притаманні антиоксидантні, капілярозміцнювальні, мембраностабілізуючі, протизапальні, гастропротективні, репаративні, кардіопротекторні, гіпотензивні, спазмолітичні, діуретичні, антисклеротичні, антиагрегантні, проостеокластичні властивості. Саме з огляду на такий широкий спектр дії цього біофлавоноїда та високий рівень коморбідності досліджуваних хворих з підвищеними рівнями кардіоваскулярного, гастроентероінтестинального ризиків, закономірного формування вторинного остеоартрозу у 30 хворих на подагричний

поліартрит (основна група) нами застосований в комплексному лікуванні (дієта №6, НПЗП, з 10-14 дня – алопуринол зі 100 до 300 мг на добу впродовж одного місяця, місцеве лікування 4-5 кварти по 1 таблетці (40 мг) тричі на день за 30 хв. до їжі впродовж 3-4 місяців. За потреби використовувалися гіпотензивні, антиішемічні, гастропротективні засоби. Інші 44 хворих склали групу порівняння.

В даному повідомленні наведені суто клінічні спостереження. Критеріями ефективності лікування в обох групах були швидкість регресу суглобового больового синдрому та настання стану нестійкої ремісії, рівень покращення показників периферійної крові та зменшення рівня сечової кислоти в крові. Прихвилювались також динаміка регресу ознак коморбідних захворювань, рівень АТ, потреба в гіпотензивних, гастропротекторних чинниках. Тривалість стаціонарного етапу лікування два тижні.

Встановлено, що у хворих основної групи на 2-3 дні раніше починався регрес суглобового больового синдрому, припухлості та почервоніння найбільш ураженого суглоба. Час настання нестійкої ремісії був також коротшим на 2-4 дні. Потреба НПЗП, в т.ч. інгібіторів протонної помпи були на 2-4 дні меншою, в той саме час раніше наставала можливість на стаціонарному етапі розпочати урикодепресивну терапію малими дозами алопуринолу. Суб'єктивно хворі основної групи відмічали покращення з боку наявних коморбідних захворювань та загальний їх стан, якісні показники життя (настрій, сон, апетит, толерантність до фізичних навантажень). В обох групах хворих нормалізувалися показники крові, ШОЕ, невірогідно знизилась за 2 тижні рівні сечової кислоти в крові з відсутністю міжгрупової різниці цього зниження.

Отже, на стаціонарному етапі з комплексного лікування впродовж двох тижнів хворих на подагру з та без застосування кверцетину є помірні позитивні переваги останнього на клінічні прояви подагри і коморбідні захворювання, однак за лабораторно-біохімічними показниками вони виявилися невірогідними.

На амбулаторно-поліклінічному етапі комплексного лікування витримали 27 хворих основної групи та 34 – групи порівняння.

Тривалість спостереження в них склала 3 місяці. За цей період один ремісії був у всіх 27 хворих основної групи та 14 пацієнтів – групи порівняння, в інших спостерігалася нестійка ремісія шкварли чи коморбідних захворювань. Контроль рівня сечової кислоти в крові здійснювався через 1 і 3 місяці від початку лікування. У хворих основної групи показники сечової кислоти були: початково – $482,4 \pm 18,26$ мкмоль/л, через 1 місяць – $408,8 \pm 10,24$ мкмоль/л, через 3 місяці – $362,2 \pm 11,56$ мкмоль/л; $P < 0,01$ у всіх випадках. Тобто, через 3 місяці рівень сечової кислоти у крові у цієї групи доведений до цільового рівня. В групі порівняння: початково – $471,5 \pm 16,58$ мкмоль/л; через 1 місяць – $438,8 \pm 12,22$ мкмоль/л, $P > 0,05$; через 3 місяці – $406,4 \pm 8,56$ мкмоль/л, $P < 0,01$ відносно початкового рівня; $P > 0,05$ відносно 1 місяця лікування, але цільового рівня рівня сечової кислоти в крові не досягнуто. Вірогідною ($P < 0,01$) була різниця рівнів сечової кислоти крові через 3 місяці від початку лікування.

Тобто, трьохмісячний термін комплексного лікування хворих на хронічний подагричний артрит з високим рівнем коморбідності показав помірні переваги включення біофлавоноїда кверцетину на перебіг основного і коморбідних захворювань та, ймовірно, потенціюючий його вплив на урикодепресивну дію алопуринолу.

Висновок: Біофлавоноїд кверцетин є важливим доповненням до комплексного лікування хворих на подагру з високим рівнем коморбідності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко В.М., Шуба Н.М. (ред.). Національний підручник з ревматології. – К.: Моріон, 2013. – С. 497-510.
2. Кверцетин. Інструкція для медичного застосування. Реєстраційне посвідчення NUA/0119/02/01. Наказ МОЗ України №649 від 26.07.13
3. Пасонов Е.Л.(ред.). Клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 752 с.
4. Свінціцький А.С. Сучасні погляди на діагностику та лікування подагри. – Здоров'я України, 2013., лютий, тем. номер «Ревматологія». – С. 70-72.

SUMMARY

METHOD OF TREATMENT OF GOUT PATIENTS WITH A HIGH RATE OF COMORBIDITY

Voloshyn O.I., Doholich O.I.

In the article adduced proofs of positive action of bioflavonoid Quercetinum in the holiatry of patients with a gout including comorbidity pathology. Potention action of Quercetinum is seen on urikodepressive property of Allopyrinolum.

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ НА ТЛІ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ

Волошина Л.О., Волошин О.І., Пашковська Н.В.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

В останні десятиліття в світі інтенсивно досліджуються наслідки йододефіциту в природі для здоров'я людини, особливо за несприятливого довкілля. За цих вислідів встановлено, що частота субклінічного і маніфестного гіпотиреозу зросла з 0,5 до 2% у популяції, а в осіб старше 60 років – до 6-8%, з них у жінок – навіть до 12-18% [5]. Гіпотиреоз суттєво погіршує перебіг результати лікування будь-яких захворювань, особливо вікзалежних судинних уражень [1, 2, 4]. Однак діагностика субклінічного гіпотиреозу можлива лише за підозри на нього лікарем та дослідження в крові рівнів ТТГ, Т₃, Т₄ – вільних й ультразвукового обстеження щитоподібної залози (ЩЗ).

Метою роботи були рання діагностика субклінічного гіпотиреозу у хворих на остеоартроз (ОА) та оптимізація комплексного лікування цього патологічного стану за допомогою фітозбору «Зобофіт».

Матріал і методи. Проведено комплексне обстеження 170 хворих на ОА у віці 45-79 років згідно Наказу МОЗ України від 12.10.2006 N 676 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія».

Серед обстежених домінували жінки (94 – 55,29 %), переважний вік хворих - після 60 років (146 осіб – 85,88 %). Всім хворим здійснено ультразвукове дослідження (УЗД) ЩЗ,

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ З ВИСОКИМ РІВНЕМ КОМОРБІДНОСТІ

Волошин О.І., Доголіч О.І.

43

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ НА ТЛІ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ

Волошина Л.О., Волошин О.І., Пашковська Н.В.

48

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ АРОМАТЕРАПІЇ

Гаврилко П.П.

52

ФІТОПРОФІЛАКТИКА ГЕСТОЗІВ ВАГІТНОСТІ ТА ПІДГОТОВКА ДО РОДІВ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ганич М.М., Ганич О.М., Панков В.А., Далекорей В.В.

56

КИЗИЛ ЛІКАРСЬКИЙ (*CORNUS OFFICINALIS* SIEB. ET ZUCC.) – НОВА ПЛЮДОВА І ЛІКАРСЬКА РОСЛИНА, ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ

Клименко С.В., Кухарська А.

59

АЛКОФІТОМЕДИЦИНА – ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМ СУЧАСНОЇ ФІТОТЕРАПІЇ

Курик М.В.

65

ПОХІДНІ ЯНТАРНОЇ КИСЛОТИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Максимчук О.О.

67

ЕФІРООЛІЙНІ ЗАСОБИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Малкович Н.М., Лукашевич І.В., Малкович Я.І.

69

ДО ПИТАННЯ ПРО ЛІКУВАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ ЛІЩИННИ ЗВИЧАЙНОЇ (*CORYLUS AVELLANA* L.)

Ніколаєва Н.В., Гаркава К.Г., Острівський Р.

72

АРОМОТЕРАПІЯ У ПРАКТИЦІ ДОГЛЯДУ ЗА ЗДОРОВ'ЯМ НІГТІВ

Портянко О. П.

76

РОЗДІЛ III. ПРИНЦИПИ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ. НОВІ ХАРЧОВІ ТЕХНОЛОГІЇ

НЕРОЗЧИННІ КАВОВІ НАПОЇ З ВИКОРИСТАННЯМ МІСЦЕВОЇ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ

Бодак М. П., Гаврилишин В. В.

80

СТРАТЕГІЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ В ЖИТТЯ У ХХІ СТОЛІТТІ – ОСНОВА ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОЛІМОРБІДНОСТІ

Волошин О.І., Бойчук Т.М., Волошина Л.О.

83

ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ТА БЕЗПЕКОЮ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ

Гаврилко П.П., Сабадош Г. О.

86