

**Міністерство охорони здоров'я України
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»**

ГО «Прикарпатське товариство терапевтів»



**II МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ» (ПРИСВЯЧЕНА ПАМ'ЯТІ
АКАДЕМІКА НАМН УКРАЇНИ Є.М.НЕЙКА)**

ЗБІРНИК ТЕЗ

6-7 жовтня 2016 р.

Івано-Франківськ-Яремче

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Вакалюк Ігор Петрович – проректор з наукової роботи ІФНМУ, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №2 та медсестринства.

Яцишин Роман Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Нейка Є.М.

Гавриш Ігор Тарасович – кандидат медичних наук, доцент кафедри кафедри внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Нейка Є.М.

Матеріали і методи: Обстежено 37 хворих з гострим QS ІМ, серед яких 27 із супутньою АГ II-III ст. Було обстежено 23 чоловіків і 14 жінок (середній вік 61 ± 4 роки), які були розподілені на 2 групи за способом лікування. У хворих контрольної групи ($n=17$) у лікуванні було застосовано тромболітичну терапію (ТЛТ), дезагреганти, антикоагулянти, нітрати, β -адреноблокатори, інгібітори ангіотензинперетворювального фермента і ліпідзнижуючі засоби. Хворим основної групи ($n=20$) проводилося ургентне черешкірне коронарне втручання (ЧКВ) з стентуванням ураженої коронарної артерії.

В процесі виконання роботи були використані наступні методи: клінічне обстеження пацієнтів, вимірювання АТ, ЕКГ, двомірна і доплер-ехокардіографія, вивчення властивостей загортальної системи крові та ліпідного обміну, визначення рівня тропоніну-I в крові пацієнтів. Всі результати досліджень підлягали комп'ютерній статистичній обробці. Термін спостереження склав 28 днів.

Результати дослідження: Серед обстежених 21 хворих (57%) були госпіталізовані в терміні до 6 год від початку за грудинного болю а 16 (43,2%) через 6 год. У 22 (59%) хворих ІМ локалізувався в передньо-перетинково-верхівковому сегменті лівого шлуночка (ЛШ), у – 8 (22%) в передньо-перетинково-верхівково-бокову сегменті ЛШ, і в 7 (19%) хворих було уражено нижньо-базальний сегмент ЛШ. Супутню АГ II ст. діагностовано в 19 (51%) хворих, АГ III ст. – 8 (21%) хворих. Середня тривалість захворювання на АГ склала 8 ± 2 роки. У 10 пацієнтів (27%) артеріальної гіпертензії не було.

При оцінці стану хворих через 3 доби було відмічено, що в основній групі 14 (70%) хворих практично одразу демонстрували кращу толерантність до фізичних навантажень. Серед них у 9 (25%) із супутньою АГ спостерігалось значно швидше відновлення задишки і запаморочення. Хворі могли самостійно вставати з ліжка без значного погіршення самопочуття і негативної динаміки за даними ЕКГ, тоді як у контрольній групі таких хворих було лише 5 (28%) хворих ($p=0,02$) незалежно від супутньої патології.

За даними ЕКГ у 18 (90%) хворих основної групи резолуцією сегменту ST $\square$ 50% спостерігали уже в першу добу після проведеного ЧКВ, у контрольній групі цей показник вдалось досягти на третю добу в 11 (66%) хворих ($p=0,3$) і на четверту в 6 (34%) хворих ($p=0,02$).

Висновки: У хворих, яким проводили ЧКВ із стентуванням ураженої коронарної артерії відновний період проходить краще, ніж при використанні тільки базової медикаментозної терапії. У таких хворих вже з 1-ї доби спостерігається вища толерантність до фізичних навантажень, зменшення загальної слабості, задишки, дискомфорту за грудиною, нормалізація АТ за наявності його патологічних коливань у порівнянні із контрольною групою. Це підтверджує більшу ефективність лікування і відновного періоду у хворих яким проводиться ЧКВ.

СТРАТЕГІЯ ВООЗ В ГАЛУЗІ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ 2014-2023 РОКІВ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ В ЗАХІДНОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

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

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Однією із важливіших проблем сучасної світової медицини є досліджен-

ня і розробка технологій лікування пацієнтів із полі- та коморбідністю. Вимушена поліпрагмазія в таких випадках грозить зростаючою частотою побічних ефектів, ускладнень від лікарських засобів. Як один із реальних шляхів виходу із цієї ситуації, ВООЗ вважає застосування методів народної медицини, що відображені у дуже важливому документі «Стратегія ВООЗ у галузі народної медицини 2014-2023 рр».

Мета. Висвітлити основні здобутки науково-практичної медицини Західного регіону України за попередній період та перспективи реалізації вищезазначеного документу ВООЗ на найближчі роки в регіоні.

Матеріал і методи. Аналіз основних досягнень вчених західного регіону, оцінка ресурсної, рослинної, промислової фармацевтичної бази крізь призму ключових положень вищенаведеного документу ВООЗ.

Результати. Основною метою, викладеною в «Стратегія ВООЗ у галузі народної медицини 2014-2023 рр» є підтримка зусиль держав, щодо використання потенційного внеску народної медицини (НМ) для зміцнення здоров'я нації. Вважається, що застосування сучасних медичних технологій та методів НМ – це буде новий більш ефективний поступ, що принесе вагому користь людству. В цьому документі вперше чітко визначено місце методів народної медицини: додаткові але необхідні. За цим документом пропонується урядам держав, профільним міністерствам, керівним органам медичної галузі (лікувальних, наукових, медичних навчальних закладів) внести корективи в свою діяльність, створивши новітню базу знань з НМ, сформувавши новітню національну політику медичної опіки. ВООЗ надаватиме допомогу державам новітніми рекомендаціями, технічними інструкціями для наукових досліджень, виробництва лікарських засобів та їх практичного використання. Будуть надані різні форми заохочень та підтримки у впровадженні новітніх технологій лікування, обмін досвідом, пропаганді кращих методів лікування у світовому масштабі тощо.

Слід зазначити, що в центрі методів НМ в різних країнах на фітотерапію припадає 65-82%. Щодо ресурсного фонду та економічної ситуації в Україні реалізація цієї «Стратегії ВООЗ у галузі народної медицини 2014-2023 рр» цілком можлива при ініціативі кадрів медичної галузі знизу до верху. Західний регіон України має вагомні переваги перед іншими регіонами за всіма параметрами: природна рослинна база, медичні вищі, кадри, історичний досвід, здобутки минулих літ тощо. Розглянемо детальніше.

В контексті цього документу ВООЗ в Буковинському державному медичному вищі з 1991 року велася інтенсивні клініко-експериментальні дослідження цілющих властивостей пилку бджолиного та екстрактів лікарських рослин Карпатського регіону при найбільш поширеній патології (гастродуоденіти, виразкова хвороба, холецистити, гепатити, остеоартроз, ревматоїдний артрит, серцева недостатність, ІХС). На підставі досліджень розроблено ТУ на біологічно-активний комплекс із пилку бджолиного «Апітонік» та певний період здійснювалося його виробництво. Ці дослідження стали фрагментами 3 докторських і 23 кандидатських дисертацій, опубліковано біля 900 наукових праць, серед яких 12 монографій і 2 навчальних посібника. За останні 12 років для лікарів функціонують курси тематичного вдосконалення «Актуальні питання фітотерапії», підготовлено більше 120 практичних лікарів.

Негативні моменти: відома економічна ситуація в Україні та відсутність фармацевтичної бази в області унеможливають впровадження результатів у практику.

В Івано-Франківському національному вищі ще з 60-х років минулого століття велися плідні дослідження, очолювані згодом академіком Є.М. Нейком та проф. Ф.І Мамчуром. Їх результатом став всебічно вивчений вченими вищу і нині дуже популярний фітопрепарат Уролесан. Про вагомість цих досліджень служить їх відзнака Державною премією в галузі науки та техніки. За ініціативи багаторічного ректора академіка Є.М. Нейка проводилися також численні дослідження фітопрепаратів при поширених захворюваннях внутрішніх органів. Однак ті ж негативні моменти не дозволяли належно реалізувати наукові досягнення у виробництво фітозасобів.

В Ужгородському національному університеті майже 25 років плідно працює НДІ фітотерапії на чолі з проф. О.М. Ганич, який щорічно організовує науково-практичні конференції вчених України та сусідніх держав Європи з цього наукового напрямку. Їх здобутки лягли в основу створення численних трав'яних зборів для реабілітації ліквідаторів аварії на ЧАЕС, але також не можуть реалізувати промисловий випуск за економічних причин.

У Львівському національному медичному університеті дещо менший спектр наукових досліджень в цьому напрямку, але у них є сучасна база: «Галичфарм». Майже аналогічний спектр здійснюється в Тернопільському державному медичному університеті та вони також мають «Тернофарм».

Окремі із співавторів цього повідомлення вивчали ситуацію з виробництва ліків рослинного походження в ФРН. Виявлено, що у цій країні на 1,25 млн. населення функціонує одна фітофірма. Ці фірми концентруються в селах чи містечках з чистою екологією, поблизу сировинної бази. В Західному регіоні України, де проживає більше 9 млн населення, є лише дві фармацевтичні фірми, які можуть виробляти фітопрепарати, що є явно недостатніми.

Чи є в нас переваги та перспективи? В нас є прекрасна сировинна база в Карпатах, яку ще називають «Зеленою аптекою» України, де досить хороша екологія, водні ресурси. Але ще не зовсім сучасний рівень, потрібні, як в Німеччині, спеціалізовані агрофітогосподарства, особливо з вирощування цінних рослин як родіола рожева, дженджура, астрагали, тирлич жовтий, перстач білий тощо. Подібний прототип вже існує в с. Спас Коломийського району на Франківщині, а місцеві аматори в курортних зонах вже давно продають цінні лікарські збори, які, однак, не мають відповідних сертифікатів та супровідних інструктивних вказівок.

У всіх медичних вищах Західного регіону функціонують фармацевтичні факультети, достатньо підготовлених наукових і практичних кадрів, є науково-практичний потенціал для розвитку фітофармацевтичної галузі. Чи може наша держава нині відповісти на серйозні виклики зі станом здоров'я нації в тому числі в руслі важливих рекомендацій ВООЗ у вище наведеному документі? Сумнівно...

Чи є вихід? Напевне є. Фіторесурсна база Західного регіону України вже давно є в полі зору фітофірм Європи. При належній організації сучасних фітогосподарств та належному екоконтролю торгувати сировиною можна, але чи вигідно? Перспективним можна вважати створення спільних фітофірм в Україні з європейськими сучасними технологіями. Такі фітопрепарати здобудуть швидке визнання в Україні та мали б доступ на ринки Європи. За умов швидкої інтеграції України в ЄС такий

шлях був би цілком реальним і перспективним щодо розвитку фітофармацевтичної галузі, реалізації положень «Стратегії ВООЗ у галузі народної медицини 2014-2023 рр» в практику.

Висновки. «Стратегія ВООЗ в галузі народної медицини в 2014-2023 рр» є надважливим мобілізуючим документом для державних органів, кадрового наукового потенціалу медичних вишів, практичної охорони здоров'я та ініціативних людей Західного регіону України, щодо покращеного використання багатих рослинних ресурсів Карпат з випуску цінних фітозасобів для укріплення здоров'я нації. Міжнародне співробітництво з країни ЄС може стати потужним поштовхом для реалізації оздоровчих програм та технологій на користь здоров'я нашого народу.

ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ ПЕРВИННИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Волошина Л.О., Гавриш Л.О.

*ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет",
м. Чернівці*

Вступ. Коморбідність є ключовим питанням сучасної світової медицини, що передбачає дослідження взаємодії патогенетично взаємообтяжливих патологічних процесів та пошук ефективніших лікувально-профілактичних програм.

Остеоартроз (ОА) є найбільш поширеним вік-залежним захворюванням опорно-рухового апарату з високий рівень коморбідності, що створює основу судинних ризиків та поліпрагмазії.

Мета дослідження: вивчити вікові та гендерні особливості формування коморбідності у хворих на ОА.

Матеріал і методи. 176 хворим на первинний ОА у віці 37-76 (середній вік 57,2 років) проведено клініко-інструментальні та лабораторні дослідження. Діагноз ОА встановлений згідно рекомендацій EULAR (2010) та Наказу МОЗ України №676 від 12.10.2006 року «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим ревматологічного профілю». Коморбідні захворювання – згідно відповідних протоколів МОЗ України та підтвердження профільними фахівцями.

Результати та їх обговорення. За поділом хворих ОА на вікові групи (I – до 50 років, II – 51 - 60 років, III – старше 61) коморбідні захворювання мали чітку тенденцію зростання за віковими групами.

Оцінюючи гендерне співвідношення встановлено, що у пацієнтів жіночої статі раніше розвивався та швидше прогресував ОА і коморбідні захворювання, ніж у чоловіків. З коморбідних процесів кількісно і за вираженістю переважали хвороби серцево-судинної системи: артеріальна гіпертензія (АГ), ІХС. Більшість пацієнтів мали надлишкову масу тіла чи різні ступені ожиріння, що вносило свою негативну частку в розвиток та швидкість прогресування ОА.

Аналіз кількісної оцінки коморбідних захворювань за гендерним аспектом показав зростання індексу коморбідності у жінок другої групи та чоловіків третьої групи з чітко вираженішою ранньою клінічною картиною у осіб жіночої статі. Така закономірність сприяла прогресуванню ОА, погіршувала результати його лікування та коморбідних хвороб, підвищувала кардіоваскулярний ризик у пацієнтів та