Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ:

ТОМ 18, ВИПУСК 2 (62), 2018

ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Авраменко Н. В., Барковський Д. Є., Кабаченко О. В., Грідіна І. Б. 5
КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ПОКАЗНИКАМИ ЇХ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛІЧНОГО СТАТУСУ ДО ТА ПІД ЧАС ВИКОРИСТАННЯ ГОРМОНАЛЬНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Безкоровайна І.М., Наконечний Д.О. 11
ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СФЕРО-ЦИЛІНДРИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ ДЛЯ БЛИЗЬКОЇ ВІДСТАНІ У ПАЦІЄНТІВ ПРЕСБІОПІЧНОГО ВІКУ З ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИМ АСТИГМАТИЗМОМ

Бобирьова Л.Є., Городинська О.Ю. 16
ФУНКЦІОНАЛЬНО-АДАПТИВНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ, ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ

Васько Л.М. 20
РЕЗУЛЬТАТИ НЕОАД'ЮВАНТНОГО ХІМІОПРОМЕНЕВОГО ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВОПОШИРЕНОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Вовк О.Я., Кондратюк А.И., Коврыга А.И. 24
ПЕРВИЧНО-ОТСРОЧЕННЫЕ МЕЖКИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРФОРАЦИЕЙ

Гасанова В.Л., Фараджев З.Г., Салехов А.Э. 29
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ НА ФОНЕ ДИСБАКТЕРИОЗА И НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ТЕРАПИИ

Драбовський В.С., Малик С.В., Лисенко Р.Б., Челішвілі А.Л., Ляшенко В.О. 33
УДОСКОНАЛЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОСМЕТИЧНИХ ДЕФЕКТІВ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З БРАХІМОРФНИМ ТИПОМ КОНСТИТУЦІЇ

Ждан В.Н., Кирьян Е.А., Бабанина М.Ю., Шилкина Л.Н., Моторная Н.Н., Петренко В.А. 37
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ У ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Жукова Т.О. 41
ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЕМОКСИПІН» ПРИ ПРОМЕНЕВИХ ЦИСТИТАХ

Іващенко Д.М. 47
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНАЦІЇ БАКТЕРІОФАГІВ ТА ДЕКАМЕТОКСИНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГНІЙНИХ РАН У ХВОРИХ З АЛЕРГІЄЮ ДО АНТИБІОТИКІВ

Катеренчук О.І., Іваницький І.В. 51
КАРТУВАННЯ ІНТЕРВАЛУ QT ТА ЙОГО ДИСПЕРСІЯ В ПІСЛЯІНФАРКТНИЙ ПЕРІОД: ДІАГНОСТИЧНО-КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Коробчанський В.О., Богачова О.С. 55
ГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ УМОВ НАВЧАННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН УЧНІВ ПРОФЕСІЙНОГО АГРАРНОГО ЛІЦЕЮ

Лиманець Т.В. 61
ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА ПРОЦЕСИ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ У ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ГРУПИ ВИСОКОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО РИЗИКУ В ДИНАМІЦІ ІНДУКЦІЙНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ

Литвин К. Ю. 65
ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА РИЗИКИ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Маркін А. І. 70
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ НАДІЙНОСТІ УКРАЇНСЬКОЇ ВЕРСІЇ ОПИТУВАЛЬНИКА HAEMO-QOL

Нікіфорова О.С., Дельва М.Ю. 75
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ МІГРЕНІ У ПАЦІЄНТІВ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Недоборенко В.М. ***80***
ДОДАВАННЯ КВЕРЦЕТИНУ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЗНИЖУЄ РІВЕНЬ ЕКСПРЕСІЇ ІКВА В ПІДШКІРНІЙ ЖИРОВІЙ ТКАНИНІ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ.

Некрасова Н.О. ***84***
ДІАГНОСТИКА ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ: ПРИНЦИПИ ТА ДОСВІД КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ ЇЇ СПОНДИЛОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Попович Ю.О., Федотов В.П., Ковальова Т.Д. ***89***
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ТА ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДОРОСЛИХ У СУЧАСНИЙ ПЕРІОД

Радіонова Т.О. ***95***
ЧАСТОТА ТА ХАРАКТЕР УРАЖЕНЬ ШЛУНКУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЙОГО ТИПУ

Савченко Л.В. ***99***
ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ФАКТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З АЛІМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦІЙНИМ ОЖИРІННЯМ

Сизова Л. М. ***105***
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Стебловська І.С. ***110***
ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ НАБРЯКУ МАКУЛЯРНОЇ ДІЛЯНКИ СІТКІВКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВМІСТУ ПРОСТАЦИКЛІНУ І ТРОМБОКСАНУ У ВНУТРІШНЬООЧНІЙ РІДИНІ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ КАТАРАКТИ

Сухін В.С. , Сухіна О.М., Сокур І.В., Задніпряний О.В., Демченко В.М. ***113***
ЕКСПРЕСІЯ ДЕЯКИХ МОЛЕКУЛЯРНО-БІОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР ПРИ ЛЕЙОМІОСАРКОМІ

Сухонос Н.К. ***119***
ГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ ВІБРАЦІЙНОЮ ХВОРОБОЮ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Терів П.С. ***122***
ГОСТРА ЦЕРЕБРАЛЬНА ТА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА НЕДОСТАТНОСТІ: НЕЙРОВЕГЕТАТИВНІ ВПЛИВИ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ

Хагвердиев Ф.Т. ***127***
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Хайменова Г.С., Ждан В.М., Кир'ян О.А. ***130***
ПЛЕЙОТРОПНИЙ ЕФЕКТ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Овчаренко Л.К., Циганенко І.В. ***133***
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Шаєнко З.О., Попруга А.О. ***137***
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Щербак О.В. ***141***
ВПЛИВ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПРООКСИДАНТНО -АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА БІОЛОГІЯ

Бугаевский К. А., Пашинский С. С., Кизилова А. А., Нечипорук А. В., Канунова Н. С. ***147***
РАССМОТРЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИНАМИКИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА В ПОЛОВЫХ СОМАТОТИПАХ У СПОРТСМЕНОК ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТЕННИСОМ

Волошина О.В., Григоренко А.С., Донець І.М. ***151***
МЕТОДИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ГЕПАТОЦИТІВ ПРИ АСЕПТИЧНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Каплун Д.В., Скрипник В.М., Ставицький С.О. ***155***
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ФІБРОАРХІТЕКТОНІКИ СЛИЗОВИХ КЛАПТІВ РІЗНОГО СТУПЕНЮ НАТЯГУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КЛАПТЕВИХ ОПЕРАЦІЙ В ПОРОЖНИНІ РОТА

Нагорна О.О. ***160***
ВПЛИВ ПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛУ НА СПОЛУЧЕНІ СИСТЕМИ: ВІДНОВЛЕНІ ТІОЛИ/NO IN VITRO

Рыкова Ю. А., Шупер В. А., Шупер С. В., Гордийчук Д. А. ***168***
ХАРАКТЕРИСТИКА МАССЫ И ДЛИНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА ОРГАНИЗМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗОГЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ

Силенко Б.Ю. ***172***
ВИВЧЕННЯ ТОКСИЧНОГО ВПЛИВУ ФУЛЕРЕНУ C_{60} НА ОРГАНІЗМ ЩУРІВ

Филенко Б.М., Ройко Н.В., Проскурня С.А. ***177***
ПОКАЗНИКИ НЕОАНГІОГЕНЕЗУ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ПРИ ПЛОСКОКЛІТИННОМУ РАКУ ЛЕГЕНІ З ОРОГОВІННЯМ

Черемісіна В.Ф. ***181***
ІМУНОМОРФОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ПАРОДОНТА У ЩУРІВ ПРИ ПАРОДОНТИТІ ТА ГІНГІВІТІ

СТОМАТОЛОГІЯ

Буханченко О. П., Іваницька О. С., Локес К. П. ***185***
ОСОБЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ НОРМОТРОФІЧНИХ РУБЦІВ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

tients of the group 2 demonstrated a significant decrease in the frequency of OCD to 31.5% (p<0.05), but the decrease in the frequency of OGD to 24.7% was statistically unreliable. The group 3 shown the lowest frequency of OCD (25%), which was significantly lower than in the group 1 (p<0.01), but compared with the group 2 this decrease in the frequency of OCD was unreliable. At the same time, the patients of the group 3 demonstrated a highly reliable decrease in the frequency of OGR (up to 11.8%, p<0.01) compared with the group 1. Moreover, this decrease in the frequency of HRV was also statistically significantly lower than in the group 2 (p<0.05). During the post-operative period OGR was observed in 32 patients of the group 1, including 106 patients. OGR manifested with nausea and vomiting (both single and multiple), 9 patients experienced nausea, 10 of them had occasional vomiting and 13 patients experienced repeated vomiting. In the 2nd group of 89 patients, 22 experienced OGR. Nausea was observed in 8 patients. Relief of OGR in the form of nausea and single vomiting in 8 patients was achieved by cerucal (2 ml) IV. 6 patients having repeated vomiting were administered ketonal (2 ml) intramuscularly in addition to cerucal. In the 3rd group of 76 patients, OGD was noted in 9 individuals. Nausea was observed in 4 patients. To stop OGR (nausea and occasional vomiting), 3 patients of the group 3 were given cerucal (2ml) IV, 2 patients suffering from repeated vomiting were additionally prescribed ketonal (2 ml) intramuscularly. Conclusion. The study has shown the combined application of general, subtenonian and topical anesthesia reduces the incidence of oculocardiac and oculogyral reflexes when performing vitreoretinal surgery.

УДК: 616.24 – 002.2 + 616.12 – 005. 4:615

Хайменова Г.С., Ждан В.М., Кир'ян О.А.

ПЛЕЙОТРОПНИЙ ЕФЕКТ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У комплексному лікуванні хронічного обструктивного захворювання легень в поєднанні з ішемічною хворобою серця все частіше приділяється увага плейотропним ефектам статинів. Метою наших досліджень стало визначити ефективність використання розувастатину в комплексному лікуванні хронічного обструктивного захворювання легень в поєднанні з ішемічною хворобою серця. На базі пульмонологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського було обстежено 60 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з ішемічною хворобою серця (стабільна стенокардія напруги ФК II) у віці від 51 до 67 років (середній вік склав 57,03 ± 3,51 років). Хворі були розділені на дві однакові за віком групи. Обстеження хворих проводилося до початку і через 12 тижнів лікування, включало в себе оцінку респіраторних симптомів захворювання, ступеня вираженості задишки. Толерантність до фізичного навантаження вивчали за допомогою тесту з 6-ти хвилинною ходьбою. Визначали показники ліпідограми, функцію зовнішнього дихання. Середню частоту загострень протягом останнього року оцінювали за рахунок ретроспективного вивчення анамнезу. Після проведеного лікування у пацієнтів обох груп відзначалося поліпшення клінічного стану за рахунок зменшення інтенсивності вираженості респіраторних симптомів захворювання: кашлю, кількості мокроти, вираженості задишки, а також збільшення толерантності до фізичного навантаження і поліпшення лабораторно-інструментальних показників. Однак, у пацієнтів основної групи мало місце більш вірогідно значиме зменшення інтенсивності кашлю і кількості мокротиння, ніж у пацієнтів контрольної групи. Слід зазначити, що у пацієнтів основної групи після лікування мало місце достовірне зменшення бронхообструкції за рахунок підвищення об'єму форсованого видиху за першу секунду (p < 0,05). Також мало місце достовірне зниження рівнів в сироватці крові загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності, а також підвищення ліпопротеїдів високої щільності (p < 0,05). Ретроспективне вивчення анамнезу показало, що частота загострень протягом останнього року спостерігалася від 1 до 2 разів на рік (1,6 ± 0,48). Включення розувастатину в схему лікування дозволяє зменшити і стабілізувати основні клінічні прояви цієї коморбідної патології, підвищити якість життя.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, розувастатин, плейотропна дію.

Вступ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – хвороба XXI століття. На ХОЗЛ страждає 210 мільйонів осіб у всьому світі, і щороку від цієї хвороби помирає 3 млн людей. На відміну від багатьох інших захворювань, смертність від ХОЗЛ не тільки зменшується, але, навпаки, зростає [1]. За невтішного прогнозу ВООЗ, ХОЗЛ до 2020 займатиме 5-е місце по захворюваності й 3-тє місце в структурі смертності серед хвороб, пропустивши вперед тільки ішемічну хворобу серця (ІХС), цереброваскулярні захворювання, нещасні випадки і депресії [6].

Враховуючи спільні фактори ризику та патогенетичні механізми розвитку ХОЗЛ і ІХС все частіше приділяється увага використанню статинів в комплексному лікуванні ХОЗЛ [7]. Дана група препаратів крім головної –

ліпідознижуючої дії, має плейотропну (протизапальну, імуномоделюючу, антиоксидантну) дію, впливаючи не тільки на стан судинної стінки, але й на перебіг захворювань бронхолегеневої системи [4].

Метою нашого дослідження стало дослідити клінічну ефективність використання розувастатину в комплексному лікування ХОЗЛ у поєднанні з ІХС.

Було обстежено 60 хворих на ХОЗЛ В групи у поєднанні з ІХС (стабільна стенокардія напруги ФК І-ІІ) віком від 51 до 67 років (середній вік склав 57,03±3,51 років), які перебували в пульмонологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського та терапевтичному відділенні Полтавської центральної районної клінічної лікарні. Діагноз ХОЗЛ встановлювався відповідно до наказу МОЗ України № 555 від 27.06.13 зі змінами наказу від 16.04.2014 № 270 [2]. Діагноз ІХС був верифікований на підставі Наказу МОЗ України від 03.07.2006 № 436 [3].

Відповідно до поставленої мети дослідження, всі хворі були розділені на дві групи. Пацієнти основної групи (n=30) отримували протокольну терапію ХОЗЛ та ІХС, включаючи 10 мг розувастатину. Пацієнти контрольної групи (n=30) не приймали розувастатин.

Обстеження хворих проводилось до початку та через 12 тижнів після лікування і включало в себе оцінку респіраторних симптомів захворювання в балах від 0 (відсутність симптомів) до 3 (значно виражені симптоми). Ступінь вираженості задишки оцінювали за модифікованою шкалою задишки MRC (Medical Research Counsil Dyspnoea Scale). Толерантність до фізичного навантаження визначали за допомогою 6-ти хвилинного тесту (6MWD) [8]. Визначали рівень загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів високої щільності ЛПВЩ. Визначали функцію зовнішнього дихання, аналізу підлягали: об'єм форсованого видиху за першу секунду ($ОФВ_1$), $ОФВ_1$/ФЖЕЛ (форсована життєва ємність легенів) – індекс Генслара (ІГ) [5].

Середню частоту загострень протягом останнього року оцінювали за рахунок ретроспективного вивчення анамнезу.

Таблиця 1

Клініко-інструментальні показники у хворих на ХОЗЛ В групи у поєднанні з ІХС І-ІІ ФК

Показники	І група (основна)		ІІ (контрольна)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Кашель (бали)	2,2±0,13	1,75±0,05*#	2,3±0,13	1,9±0,06*
Харкотиння (бали)	2,32±0,17	1,61±0,06*#	2,4±0,16	1,78±0,07*
MRC	2,33±0,12	1,83±0,10*	2,27±0,11	1,82±0,10*
6MWD (м)	411,47±20,57	467,17±19,35*	409,20±20,46	453,47±18,58
$ОФВ_1$,%	56,23±3,01	65,57±3,27*	55,51±2,98	62,8±3,02
ІГ	62,7±3,76	72,1±3,61*	63,33±3,8	70,26±3,51

*Примітка: *(p<0,05- p<0,001) достовірна різниця показників в динаміці лікування;*
#(p<0,05) достовірна різниця показників між групами після лікування.

Після проведеного лікування у пацієнтів обох груп відмічалось покращення клінічного стану за рахунок зменшення інтенсивності вираженості респіраторних симптомів захворювання (табл.1).

Однак, у пацієнтів основної групи мало місце достовірно значиме зменшення інтенсивності кашлю та кількості харкотиння, ніж у пацієнтів контрольної групи (p < 0,05). Також після проведеного лікування у пацієнтів спостерігали підвищення толерантності до фізичного навантаження, але у пацієнтів ІІ групи вона не носила суттєвий характер, тоді як у пацієнтів І групи пройдена відстань була достовірно більшою (p < 0,05). Слід відзначити, що у пацієнтів основної групи після лікування мало місце достовірне зменшення бронхообструкції, за рахунок підвищення $ОФВ_1$, ІГ (p < 0,05).

Аналізуючи показники ліпідного спектру крові хворих основної та контрольної групи до і після лікування, була відмічена суттєва різниця. Так, після проведеного лікування в пацієнтів основної групи, як видно на таблиці 2, мало місце достовірне зниження рівнів в крові ЗХ, ТГ, ЛПНЩ, а також підвищення ЛПВЩ (p < 0,05).

Таблиця 2.

Показники ліпідограми у хворих на ХОЗЛ В групи у поєднанні з ІХС І-ІІ ФК

Показники ліпідограми	І група (основна)		ІІ група (контрольна)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ЗХ	5,88±0,35	4,20±0,25*#	5,77±0,35	5,75±0,35
ТГ	2,17±0,11	1,68±0,08*#	2,14±0,11	2,16±0,08
ЛПНЩ	3,38±0,20	2,43±0,15*#	3,25±0,20	3,23±0,19
ЛПВЩ	0,95±0,05	1,16±0,06*	1,06±0,05	1,05±0,05

*Примітка: *(p<0,05) достовірна різниця показників в динаміці лікування;*
#(p<0,05) достовірна різниця показників між групами після лікування.

Ретроспективне вивчення анамнезу показало, що частота загострень протягом останнього року спостерігалась від 1 до 2 разів на рік (1,6±0,48).

Частота загострень ХОЗЛ у хворих з поєднаною патологією при застосуванні статинів значно зменшується, що сприяє підвищенню якості життя пацієнтів.

Включення розувастатину до комплексного лікування хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС дозволяє зменшити та стабілізувати основні клінічні прояви цієї констеляції захворювань за рахунок плейотропної дії.

Література

1. Кулинич-Міськів М.О. Патогенетичні механізми становлення і прогресування хронічного обструктивного захворювання легень / М.О. Кулинич-Міськів, М.М. Островський // Галицький лікарський вісник. – 2010. – № 2. – С. 147-152.
2. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555 (зі змінами наказ від 16.04.2014 № 270) «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень».
3. Протокол надання медичної допомоги хворим із ІХС: стабільною стенокардією. Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436.
4. Саморукова Е.И. Плейотропные эффекты розувастатина у больных хронической обструктивной болезнью легких / Е.И. Саморукова, В.С. Задионченко, Т. В. Адашева // Лечащий врач, 2013. – №7 – С.103-107.
5. Хайменова Г.С. Сучасні методи терапії поєднанної патології / Г.С. Хайменова // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Медична наука в практику охорони здоров'я», м. Полтава, 20 листопада 2015р. – С.32-33.
6. Ячник А.І. Хронічне обструктивне захворювання легень та ішемічна хвороба серця: паралелі і перехрестя коморбідності / А.І. Ячник, А.С. Свінцицький // Український пульмонологічний журнал, 2014. – №4 – С. 38-42.
7. Jerwood S. Unexpected antimicrobial effect of statins. / S. Jerwood, J. Cohen // J Antimicrob Chemother. – 2014. – V. 61(12). – P.362-364.
8. Zhdan V. Modernization of therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease and ischemic heart disease / V. Zhdan , G. Khaymenova, L. Shilkina , M. Potyazhenko , D. Martynyuk , E. Kiriyan // Clinical Practice (Therapy), London, United Kingdom, 2016. – Volume 13, Issue 3. – P. 63-66.

Реферат

ПЛЕЙОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Хайменова Г.С., Ждан В.Н., Кирьян Е.А.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, ишемическая болезнь сердца, розувастатин, плейотропное действие.

В комплексном лечении хронического обструктивного заболевания легких в сочетании с ишемической болезнью сердца все чаще уделяется внимание плейотропным эффектам статинов. Целью исследования стало определение эффективности использования розувастатина в комплексном лечении хронического обструктивного заболевания легких в сочетании с ишемической болезнью сердца. На базе пульмонологического отделения Полтавской областной клинической больницы им. М.В. Склифосовского было обследовано 60 больных хроническим обструктивным заболеванием легких В группы в сочетании с ишемической болезнью сердца (средний возраст составил 57,03 ± 3,51 лет). Больные были разделены на две сопоставимые по возрасту группы. Обследование больных проводилось до начала и через 12 недель лечения, включало в себя оценку респираторных симптомов заболевания, степени выраженности одышки. Толерантность к физической нагрузке изучали с помощью теста с 6-ти минутной ходьбой. Определяли уровень показателей липидограммы, функцию внешнего дыхания. После проведенного лечения у пациентов обеих групп отмечалось улучшение клинического состояния за счет уменьшения интенсивности выраженности респираторных симптомов заболевания: кашля, количества мокроты, выраженности одышки, а также увеличение толерантности к физической нагрузке и улучшение лабораторно-инструментальных показателей. Однако у пациентов основной группы имело место более достоверно значимое уменьшение интенсивности кашля и количества мокроты, чем у пациентов контрольной группы. Следует отметить, что у пациентов основной группы после лечения имело место достоверное уменьшение бронхообструкции, за счет повышения объема форсированного выдоха за первую секунду ($p < 0,05$). Также имело место достоверное снижение уровней в крови общего холестерина, триглицеридов ($p < 0,05$). Ретроспективное изучение анамнеза показало, что частота обострений в течение последнего года наблюдалась от 1 до 2 раз в год (1,6 ± 0,48). Включение розувастатина в схему лечения позволяет уменьшить и стабилизировать основные клинические проявления этой коморбидности заболеваний, повысить качество жизни.

Summary

PLEIOTROPIC EFFECTS OF STATINS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND COMORBID CORONARY HEART DISEASE

Khaymenova G. S., V. N. Zhdan, O. A. Kyrian

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease, rosuvastatin, pleiotropic action.

When elaborating the approaches to the integrated therapy of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and concomitant coronary heart disease (CHD), much attention is being increasingly paid to pleiotropic effects of statins. The aim of our studies was to determine the effectiveness of rosuvastatin in the integrated treatment of comorbidity of COPD and CHD. We examined 60 patients with COPD and comorbid CHD aged 51 to 67 (mean age was 57.03 ± 3.51 years) at the pulmonology department of the M.V. Sklifosovsky Poltava Regional Clinical Hospital. Patients were divided into two groups comparable by age. The patients were examined before and after the 12 week course of treatment, including assessment of respiratory symptoms of the disease, degree of dyspnoea. Tolerance to exercise was studied using a test with a 6-minute walk. We also analized the level of lipidogram indices, function of external respiration. After the treatment, patients of both groups experienced improvement in clinical status due to a decrease in the intensity of respiratory symptoms of the disease: cough, sputum, dyspnoea, increased exercise tolerance and improved laboratory and instrumental indices. However, the patients of the main grpup demonstrated a more

significant decrease in the intensity of cough and sputum than in the control group. It should be noted that the patients of the main group after treatment showed a significant decrease in bronchial obstruction due to an increase in volume of forced exhalation for the first second (p < 0,05). There was also a significant decrease in blood levels of total cholesterol, triglycerides (p < 0,05). A retrospective study of the patients' past medical histories showed that the frequency of exacerbations during the last year was observed 1 or 2 times a year (1,6 ± 0,48). Rosuvastatin added in the treatment regimen allows us to reduce and stabilize the main clinical manifestations of the diseases as well as to improve the quality of life of the patients.

УДК 616.12-008-053.9

Овчаренко Л.К., Циганенко І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У роботі розглядалося питання особливостей прояву гіпертонічної хвороби у осіб похилого віку. Дослідження проводилися на базі Полтавського клінічного кардіологічного диспансеру. З метою достовірності результатів було створено дослідну та контрольну групу. Дослідна група складалася з 96 осіб похилого віку (60 років і старше) з гіпертонічною хворобою II ступеня, 2 стадії. Контрольна група складалася з такої ж кількості осіб передпохилого віку (до 60 років) з гіпертонічною хворобою II ступеня, II стадії. Результати виявилися такими: скарги притаманні саме гіпертонічній хворобі більше виражені у осіб контрольної групи, тоді як у дослідній групі превалює загальна слабкість, а потім уже головний біль, важкість у голові та шум у вухах; кількість супутніх захворювань з віком значно збільшується, і на перший план виходять хвороби з боку нервової і дихальної системи та опорно-рухового апарату, які зумовлюють застосування нестероїдних протизапальних засобів. Останні не лише підвищують артеріальний тиск, а й знижують фармакологічну дію антигіпертензивних препаратів, за виключенням блокаторів кальцієвих каналів. Також у 33,3% представників дослідної групи проба Ослера виявилася позитивна, а у контрольній групі – лише у 2%, тобто 16,5:1. При ортостатичній пробі у всіх осіб контрольної групи артеріальний тиск змінювався при зміні положення тіла, тоді як пацієнти контрольної групи виявилися значно менш чутливими. У осіб похилого віку коливання систолічного артеріального тиску протягом доби виражене значно менше, а різкі підйоми рівня діастолічного артеріального тиску майже не спостерігаються.

Ключові слова: похилий вік, артеріальна гіпертензія.

Дана робота є фрагментом НДР «Роль запалення в патогенезі коронарних і некоронарних захворювань серця та розробка методів патогенетичної терапії», № державної реєстрації 0107U004808.

Вступ

Для сучасної демографічної ситуації в Україні характерне поступове старіння населення. Згідно з віковою класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, молодий вік – 25-44 роки, середній вік – 44-60 років, похилий вік – 60-75 років, старечий вік – 75-90 років і довгожителі – старше 90 років. В нашій країні, станом на 1 січня 2018 року, особи передпохилого віку (55-64 роки) становлять 13,8% від загальної популяції, особи похилого віку (65 років і старші) – 16,3%, в той час, як діти віком до 14 років – 15,76% і молодь віком 15-24 роки – 9,86%. Внаслідок постійного зниження народжуваності впродовж останнього століття, частка дітей знизилась з приблизно 40% на початку XX століття до 15 % на початку XXI століття, натомість, спостерігається зростання частки населення віком за 60 років від 3-4% на початку XX століття до 21% на початку XXI століття. Відповідно, поступово збільшується частка пацієнтів похилого віку, у яких серцево-судині захворювання є найпоширенішою причиною смерті. Не варто забувати і про поліморбідність, що ускладнює діагностику та лікування таких пацієнтів. Основною причиною якої у людей похилого віку є атеросклероз, що призводить до поліморбідності за патогенетичним принципом: ішемічної хвороби серця, дисциркуляторної атеросклеротичної енцефалопатії, артеріальної гіпертензії, атеросклерозу мезентеріальних судин, ішемії кишечнику тощо.[1] Поліморбідні захворювання та стани можуть суттєво вплинути на діагностику та лікування пацієнтів. Сліпе використання положень, рекомендацій та клінічних настанов, без урахування клінічного стану конкретного пацієнта, зокрема наявності у нього супутньої та комбінованої патології, може призвести до погіршення результатів лікування та розвитку ускладнень.[2] Оскільки внаслідок поліпрагмазії зростає імовірність появи небажаних ефектів лікарських препаратів. Побічні ефекти, які дають нову клінічну симптоматику, не завжди беруться до уваги, тому що розцінюються як вияв одного з факторів поліморбідності і спричиняють призначення ще більшої кількості лікарських препаратів.[3;4] Ця проблема особливо актуальна для пацієнтів старших вікових груп.[5;6;7] Кількість захворювань має пряму кореляцію з віком. Середня кількість захворювань на одного пацієнта, госпіталізованого до кардіологічного диспансеру, становить від 5,2 +/– 1,7 у групі 60-65 років до 5,8 +/– 1,8 у групі 81-85 років.[8] Добре зрозуміло, що питання діагностики та лікування гіпертонічної хвороби в