

**ДЛЯ ВАС, ЛІКАРІ - ПРАКТИКИ!**

**ліки**  
**УКРАЇНИ**

**ДОДАТОК**

СПЕЦІАЛІЗОВАНЕ ІНФОРМАЦІЙНЕ ВИДАННЯ

**ЗБІРКА  
НАУКОВИХ ПРАЦЬ  
І НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ ЛІКАРІВ  
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ**

**м. Київ**

**19–21 травня 2005 року**

НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ



INTERNATIONAL SOCIETY  
OF INTERNAL MEDICINE – ISIM  
(МІЖНАРОДНЕ ТОВАРИСТВО  
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦІНИ)



АСОЦІАЦІЯ  
ЛІКАРІВ-  
ІНТЕРНІСТІВ  
УКРАЇНИ

03049, м. Київ, Повітровітський пр., 9,  
тел.: (044) 465-27-33, тел./факс: (044) 481-10-39.  
E-mail: vnetiazhenko 1@yahoo.com  
Веб-сайт: <http://www.ksg.kiev.ua/> – ліж  
[www.uml.kiev.ua/nmu/](http://www.uml.kiev.ua/nmu/)

# ДЛЯ ВАС, ПРОФЕСІОНАЛИ!



# ЗМІСТ

ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАКОНОМІРНОСТЬ ПОШИРЕНОСТІ ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗА ДАНИМИ КОМПЛЕКСНОГО ВИВЧЕННЯ ЗДОРОВ’Я У ХОДІ ПЕРШОГО ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ПЕРЕПИСУ НАСЕЛЕННЯ <i>Москаленко В.Ф., Грузева Т.С.</i>	7
АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІСТІВ УКРАЇНИ – ДІЯЛЬНІСТЬ ДЛЯ ЛІКАРІВ І З ЛІКАРЯМИ	10
GENERALISTS ARE NEEDED MORE THAN EVER! <i>Rolf A., Streuli M.D., FACP, FRCP, Switzerland</i>	13
MODERN TREATMENT STRATEGY OF HYPERTENSION: 2003 ESH-ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION <i>Horký K.</i>	14
EMERGING INFECTIOUS DISEASES IN THE 21st CENTURY <i>Joseph E. Johnson III, MD, MACP</i>	15
MULTIFACTORIAL INTERVENTION IN DIABETES MELLITUS <i>Bart Keymeulen</i>	15
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY EMBOLISM <i>Kohler H.P., Switzerland</i>	16
КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ АСПІРИНРЕЗІСТЕНТНОСТІ У ХВОРІХ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ <i>Нетяженко В.З., Мальчевська Т.Й.</i>	16
ГЕЛІКОБАКТЕРНА ІНФЕКЦІЯ У ХВОРІХ З ВІРУСНИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ <i>Архій Е.Й., Дербак М.А., Сірчак Є.С., Москаль О.М.</i>	23
УДОСКОНАЛЕННЯ СХЕМИ ДИСПАНСЕРНОГО НАГЛЯДУ ЗА ХВОРІМИ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ щодо супутнього ОСТЕОДЕФІЦИТУ <i>Бабінець Л.С.</i>	23
ЗАСТОСУВАННЯ МІСЦЕВИХ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У САНАТОРНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРІХ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ <i>Владимиров О.А., Бабова І.К.</i>	24
ПИТОМА ЕЛЕКТРОПРОВІДНІСТЬ ЖОВЧІ В ДІАГНОСТИЦІ ХВОРОБ ЖОВЧНОГО МІХУРА <i>Бандурин О.Ю.</i>	25
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ СТЕНОКАРДІЇ У ЖІНОК <i>Барна О.М.</i>	26
ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Батушкин В.В.</i>	27
ТРАНСФОРМУЮЧИЙ ФАКТОР РОСТУ- $\beta_1$ І ТКАНИННИЙ ІНГІБІТОР МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕІНАЗИ-1 ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ <i>Біла Н.В., Колосов Є.В.</i>	28
ВІДДАЛЕННІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ НАДВИСОКОЧАСТОТНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРІХ НА СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОЇ КІШКИ ТА ХРОНІЧНИЙ НЕВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ <i>Юрлов В.М., Бережна Е.В.</i>	28
ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ МЕТОДОМ <i>Благодаренко А.Б., Мещерякова Т.В., Покрышка И.И., Реброва О.А., Ребров Б.А.</i>	29
ДОМАШНІЙ ГЕЛІКОБАКТЕРНИЙ ТЕСТ – СУЧASNІЙ МЕТОД НЕІНВАЗИВНОЇ СКРІНІНГ-ДІАГНОСТИКИ АКТИВНОГО ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ <i>Ганич Т.М., Свистак В.В., Бобинець Н.В., Ганич О.Т.</i>	30
ДІАГНОСТИКА ТА КОНТРОЛЬ ЗА ЕФЕКТИВНІСТЮ ЛІКУВАННЯ АВТОІМУННИХ ЗАХВОРЮВАНЬЩІТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕХОДОПЛЕРОГРАФІЇ <i>Бобрик М.І., Резніченко В.М.</i>	31
МЕХАНІЗМИ ОБМЕЖЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ХВОРІХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІGU <i>Борисова І.С.</i>	32
ОЗОНОТЕРАПІЯ ОСТРОГО ПІЕЛОНЕФРИТА <i>Брезицкий Ю.І., Черныш В.І.</i>	32
К ВОПРОСУ О ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЇ СМЕРТИ, ІНФАРКТЕ МІОКАРДА, МОЗГОВОМ ІНСУЛЬТЕ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНИХ ШАХТ <i>Валуцина В.М., Передерий Г.С., Головня О.П.</i>	33
ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ГЛІКЕМІЇ ПРИ ФІЗИЧНОМУ НАВАНТАЖЕННІ У ХВОРІХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ <i>Варгатій С.Я.</i>	34
ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ВАРІАНТІВ ПЕРЕБІGU ЕКЛАМПСИЧНИХ НАПАДІВ В ДІАГНОСТИЦІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ТЯЖКОЮ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ <i>Вашук Ф.С., Шевченко О.А.</i>	34
АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ІХС У ЖІНОК <i>Вовк Л.П.</i>	35
ЯК СТРИМАТИ ПЕРЕБІG АТЕРОСКЛЕРОЗУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ <i>Глушко Л.В., Федоров С.В.</i>	36
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ АМІЗОНУ НА ПОКАЗНИКИ ПЕРИФЕРІЧНОЇ КРОВІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ <i>Голубєва М.Г.</i>	37
MYOCARDIAL DAMAGE MARKER TROPONIN T AND PLASMA ANTICOAGULATIVE ACTIVITY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROM WITHOUT ST SEGMENT ELEVATION <i>Netiazhenko V. Z., Gontar A.M., Plenova O.M.</i>	37
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: 20-РІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ <i>Горбас І.М., Смирнова І.П., Давиденко Н.В.</i>	38
ПОВТОРНІ ІНФАРКТИ МІОКАРДА В КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНОМУ АСПЕКТИ <i>Гребеник М.В.</i>	38
ВІДМІННОСТІ В ПОШИРЕНОСТІ ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД РІЗНИХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ, СТРАТЕГІЇ ЇХ СКОРОЧЕННЯ <i>Грузєва Т.С.</i>	39
ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АМІЗОНУ ТА ТІОТРИАЗОЛІНУ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО АЛКОГОЛЬНО-ТЕТРАХЛОРМЕТАНОВОГО ГЕПАТИТУ <i>Гудивок Я.С., Голубєва М.Г.</i>	41
ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРІХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРЮБУ СЕРЦЯ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ <i>Деміхова Н.В.</i>	41

87. Libby P, Maseri A: Inflammation and atherosclerosis. *Circulation* 2002, 105:1135-1143.88'
88. Altman R: Risk factors in coronary atherosclerosis athero-inflammation: the meeting point. *Thromb. J* 2003, 1;4
89. Altman R, et al. Efficacy assessment of meloxicam / a preferential COX-2 inhibitor. In acute coronary syndromes without ST-segment elevation: the Nonsteroidal antiinflammatory drugs in Unstable Angina Treatment-2( NUT-2) pilot study. *Circulation* 2002, 106:191-5.
90. Mc Kee S A, Sane D C., Deliargiris E.N; aspirin resistance in cardiovascular disease: a review of prevalence, mechanism, and clinical significance. *Thromb haemost* 2002, 88:711-5. ■

## **ГЕЛІКОБАКТЕРНА ІНФЕКЦІЯ У ХВОРИХ З ВІРУСНИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ**

**Архій Е.Й., Дербак М.А., Сірчак Є.С.,  
Москаль О.М.**

Ужгородський національний університет,  
 медичний факультет

Захворювання печінки займають суттєве місце серед причин ранньої інвалідизації та смертності осіб працездатного віку. Щорічно ними хворіють більше 1 млн. жителів земної кулі. Так, з вірусним гепатитом В щорічно пов'язано більше 2 млн. смертей у світі. За даними ВООЗ, у 2000 р. число інфікованих вірусом гепатиту В досягло 400 млн. осіб та вірусом гепатиту С – більше 300 млн. Хронічна HBV та HCV-інфекції залишаються одними із основних етологічних чинників розвитку хронічних дифузних уражень печінки.

Відомо, що більшість хронічних уражень печінки супроводжуються розвитком хронічного езофагіту, гастриту, виразки шлунку та дванадцяталої кишки, етіопатогенетичним фактором яких є *H.pylori*.

**Мета роботи.** Вивчити частоту інфікування *H.pylori* у хворих з хронічним ураженням печінки.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами обстежено 50 хворих з хронічним ураженням печінки. Хворі розподілені на 2 групи в залежності від етіології гепатиту. I групу склали хворі з вірусною етіологією гепатиту (віруси гепатитів В, С), а в 2 групу увійшли хворі, у яких хронічний гепатит сформувався на тлі хронічного алкоголізму. Діагноз гепатиту встановлювали на основі скарг, анамнестичних даних, лабораторних (біохімічний аналіз крові, визначення маркерів вірусів гепатитів В, С, D за допомогою імуноферментного аналізу) методів дослідження та ультразвукового дослідження органів черевної порожнини. *H.pylori* у хворих визначали імунологічним методом, результати якого оцінювали по титрам сумарних антитіл до антигенів *H.pylori*.

### **Результати дослідження та їх обговорення.**

У результаті проведених досліджень встановлено, що *H.pylori* виявлено у 22 обстежуваних, що становить 44%. Розподіл хворих, інфікованих *H.pylori*, залежав від етіології гепатиту. Так, *H.pylori* у хворих на хронічний гепатит вірусної етіології був виявлений у 16 осіб із 25, що склало 64% хворих. Інфікування *H.pylori* у хворих на хронічний гепатит алкогольного генезу зареєстровано у 6 осіб, що відповідно склало 24% хворих. Частішу появу гелікобактерного інфікування у хворих з вірусним ураженням печінки, можна пояснити наявністю вторинного

імунодефіцитного стану у цих хворих, що спричинено персистенцією вірусів гепатітів В і С, і є сприятливим фактором для вторгнення та більш швидкого розмноження *H.pylori*.

### **Висновки:**

1. У хворих з хронічними ураженнями печінки виявена висока інфікованість *H.pylori* (64%).
2. Інфікування *H.pylori* зустрічається частіше у хворих на хронічний гепатит вірусної етіології, а ніж алкогольної (64% проти 24%). ■

## **УДОСКОНАЛЕННЯ СХЕМИ ДИСПАНСЕРНОГО НАГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЩОДО СУПУТНЬОГО ОСТЕОДЕФІЦИТУ**

**Бабінець Л.С.**

Тернопільський державний медичний  
університет ім. І.Я. Горбачевського

Згідно із Законом України від 19.11.1992 р. № 2801-12 "Основи законодавства України про охорону здоров'я", постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. №989 "Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я", плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, затвердженого наказом МОЗ від 11.09.2000 р. №214, якісному проведенню диспансеризації належить першочергова роль у забезпеченні профілактики виникнення та прогресування хронічних захворювань. Хронічний панкреатит (ХП) є важким прогресуючим запально-деструктивним захворюванням підшлункової залози, кількість випадків якого неухильно збільшується. Хворі на ХП складають 25 % пацієнтів, що звертаються в поліклінічні кабінети, і займають 9-12 % ліжок гастроenterологічного профіля. На теперішній час динамічне спостереження за пацієнтами з ХП виконується на основі алгоритму, який регламентовано наказом МОЗ України №770 від 30.05.1986 р. "Про порядок проведення диспансеризації населення". Вся отримана інформація фіксується в "Контрольній карті диспансерного нагляду" (Ф. 030/0).

**Мета дослідження** – на основі аналізу денситометричного обстеження хворих на хронічний панкреатит встановити частоту і глибину супутнього остеодефіциту та запропонувати удосконалену схему диспансерного нагляду за пацієнтами з ХП щодо профілактики остеопортичних змін.

Остеодефіцит (ОД) при ХП може мати компоненти як остеомаляції (гіповітаміноз вітаміну D), так і остеопорозу (порушення електролітного балансу). При ХП одним з головних синдромів є зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози, що являє собою порушення травлення (мальдигестії) і пов'язаного з ним всмоктування (мальабсорбції) внаслідок зниження продукції панкреатичних ферментів і/або розладу реалізації їх дії. У зв'язку з цим порушується всмоктування та обмін вітаміну D і йо-