



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ДУ "ІНСТИТУТ ГЕРОНТОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ"



**ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА**  
**Національний конгрес**

**ТЕЗИ**

**ДОПОВІДЕЙ**

1-3 квітня 2014  
Київ



**ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА**  
**Національний конгрес**

# **НАУКОВА ПРОГРАМА**

**ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

**1-3 квітня 2014**  
**Київ**



ОРГАНІЗАТОРИ КОНГРЕСУ

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук та України  
ДУ «Інститут геронтології НАМН України»  
ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеско» НАМН України»  
ДУ «Інститут фармакології і токсикології НАМН України»  
ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського НАМН України»  
ГО «Українська асоціація міждисциплінарної медицини»  
БО «БФ «За безпечну медицину»  
ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»

Оргкомітет: ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»  
Адреса: 03150, м. Київ, вул. Боженка, 86-е, оф. 7,  
тел./факс +38(044) 200-17-73, e-mail: office@newvivo.com.ua  
www.chil.com.ua

## ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА КОРОНАРНИХ АРТЕРІЯХ

*І.Г. Купновицька, Н.М. Романишин*

*Івано-Франківський національний медичний університет*

**Мета.** Вивчити особливості перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) після проведення коронарної ангіопластики з імплантацією стентів і підвищення ефективності фармакотерапії за допомогою івабрадину.

**Матеріали й методи.** До дослідження були включені пацієнти із II–IV ФК стабільної стенокардії. Хворі були рандомізовані у 3 групи згідно лікування: I група — пацієнти, які отримували базову терапію (БТ) (бета-адреноблокатори, нітрати, антикоагулянти, статини) ( $n = 31$ ) і не були прооперовані через особисті причини, II група — хворі після перкутанного втручання (ПКВ), які отримували БТ ( $n = 30$ ), і III група — хворі після ПКВ, для лікування яких використовувалася БТ у комбінації з івабрадином ( $n=30$ ). Аналізували перебіг ІХС, кількість і структуру кардіальних подій (КП), частіше ішемії за даними холтеровського моніторування (ХМ) та толерантність до фізичних навантажень (ТФН) до проведення лікування, через 6, 12 та 24 міс.

**Результати.** При клінічному аналізі встановлено, що за 24 міс. спостереження ІХС прогресувала у пацієнтів I групи: збільшувався ФК, зареєстровано 25 КП у 80% хворих від досліджуваної групи (нефатальний інфаркт міокарда — у 3 осіб, рецидив стенокардії — у 16 хворих одноразово, у 3 повторно). У хворих II групи перебіг ІХС був задовільним: знизився ФК стенокардії у 66% хворих протягом перших 12 місяців спостереження, мав тенденцію до зниження у 20% хворих із 12 до 24 міс., що сприяло виникненню лише 13 КП у 43% від загальної кількості (повторна ангіопластика із стентуванням коронарних артерій в 1 хворого, 12 госпіталізацій із приводу загострення стенокардії). У хворих III групи структура ФК стенокардії зосередилася на II ФК. Протягом перших 12 місяців ФК стабільної стенокардії зменшився у 92% пацієнтів, від 12 до 24 міс. у 47% хворих, що супроводжувалося усього 6 КП у 20% усіх пацієнтів групи (2 пацієнтів госпіталізували одноразово та 2 повторно із приводу загострення стенокардії).

Клінічні дані підтверджувалися зменшенням тривалості часу ішемії за даними ХМ на 28% у II та на 53% у III групі протягом 24 міс. спостереження, зі стійким покращенням цього показника в перші 12 міс. та утриманням на високому рівні від 12 до 24 міс., тоді як у I групі час ішемії навпаки подовжився на 26% ( $p<0,05$ ) за зазначений термін. Підтвердженням є і покращення ТФН: за результатами 6-хвилинної ходьби приріст становив 29% у III групі та 11% ( $p<0,05$ ) у II групі зі зниженням цього показника у I групі хворих на 25% ( $p<0,05$ ) через 24 місяці спостереження.

**Висновок.** Івабрадин, включений до фармакотерапевтичного комплексу для лікування хворих після стентування КА, покращує клінічний перебіг ІХС, запобігає КП, зменшує тривалість ішемії за даними ХМ і підвищує ТФН, що поліпшує якість життя та дає змогу пацієнтам повернутися до попередньої трудової діяльності.

## АМБУЛАТОРНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОФІСНИХ СЛУЖБОВЦІВ ІЗ БОЛЕМ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

*О.Л. Сіделковський, О.А. Овсянніков,*

*В.О. Монастирський, О.В. Білик, Е.В. Драч*

*клініка сучасної неврології «АКСІМЕД»,*

*м. Київ*

**Тема.** У структурі неврологічної патології опорно-рухового апарату біль у нижній частині спини (БНЧС), що асоціюється з умовами праці офісних службовців, складає майже 40% у когорті цих працівників і обумовлює обмеження рухової активності, втрату працездатності та погіршення стану здоров'я.

Комплексна терапія пацієнтів із БНЧС передбачає фармакологічне усунення больового синдрому з наступним застосуванням засобів лікувальної фізкультури (кінезотерапії), фізіологічні механізми дії яких безпосередньо сприяють відновленню порушених функціональних взаємодій у нервово-м'язових вертебральних структурах.

**Мета.** Здійснити апробацію батареї сучасних тестів оцінки ефективності фізичної реабілітації пацієнтів із БНЧС в умовах амбулаторного лікування.

**Методи й матеріали.** За добровільною інформаційно-мотивованою згодою 38 пацієнтів (27 жінок і 11 чоловіків, середній вік —  $32,41 \pm 3,23$  років, стаж офісної роботи —  $6,7 \pm 4,35$  років) брали участь у 6-місячній відновлювально-профілактичній програмі фізичної реабілітації.

Перед початком відновлювального лікування у пацієнтів визначали наявність кардіоваскулярних факторів ризику, характер робочої пози, якість перерв та інших компонентів культури здоров'я. Поряд із цим проводили комплексне тестування якості життя за мультидисциплінарним опитувальником SF-36, рівень інтенсивності болю за візуально аналоговою шкалою ВАШ, а також визначали ризики розвитку болю у спині за індексом BROW (Back pain Risk Score for Office Workers).

Слід наголосити, що саме останній тест дає змогу визначити динаміку показників активних люмбальних рухів у 5 напрямках (нахил тулуба вперед, ліворуч, праворуч і нахили тулуба ліворуч і праворуч з обертом назад), які відображають рівень функціональної дієздатності хребта.

**Результати.** На основі даних тестування було складено персоналізовану реабілітаційно-оздоровчу програму, виконання якої пацієнтом 2 рази на тиждень в умовах реабілітаційної зали під керівництвом інструктора ЛФК ми розглядали як заключний етап комплексного лікування БНЧС.

Окрім цього, пацієнту рекомендували щоденно виконувати ранкову гімнастику та 2–3 рази робити комплекс спеціальних фізичних вправ під час перерв на робочому місці.

Порівняльний аналіз впливу повного курсу фізичної реабілітації за динамікою обраних у дослідженні показників тестування показав, що у 87% пацієнтів зафіксовано функціонально повноцінний обсяг безболісних люмбальних рухів за тестом BROW, значно покращилися показники фізичної складової загального стану здоров'я за тестом SF-36, індекс ризику розвитку болю у спині ВАІ зменшився на 1,7 балів, що у сукупності свідчило про високу ефективність проведеного лікування.

**Висновок.** Таким чином, використання апробованої в дослідженні батареї тестів об'єктивно віддзеркалює ефективність оздоровчо-реабілітаційної програми та підтверджує доцільність її включення у структуру комплексного лікування пацієнтів із болем у нижній частині спини.

## АМІНОКИСЛОТНИЙ ДИСБАЛАНС У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

*С.С. Сірчак, Н.Ю. Курчак, В.І. Русин*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,*

*м. Ужгород*

**Мета.** Дослідити зміни показників вільних амінокислот сироватки крові (ВАСК) у хворих із хронічним панкреатитом (ХП) після холецистектомії (ХЕ).

**Методи й матеріали.** Обстежено 64 хворих із ХП після ХЕ, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному та хірургічному відділеннях ЗОКЛ ім. А. Новака. Пацієнти були віком від 21 до 64 років; чоловіків було 26, жінок — 38. Контрольну групу склали 30 фактично здорових осіб відповідного віку та статі. Діагноз ХП після ХЕ встановлювали з урахуванням скарг, анамнестичних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Визначення ВАСК проводили методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії в ізократичному режимі елюювання з електрохімічним детектуванням. Статистична обробка результатів здійснювалася за допомогою комп'ютерної системи Statistica 6.0.

**Результати.** Під час визначення показників ВАСК у хворих із ХП після ХЕ виявили наступні зміни: достовірне зменшення рівнів аргіні-

ну (до  $68,1 \pm 3,2$  нмоль/мл при нормі  $92,1 \pm 15,3$  нмоль/мл), тирозину (до  $39,8 \pm 4,3$  нмоль/мл при нормі  $60,5 \pm 7,7$  нмоль/мл), триптофану (до  $28,5 \pm 7,2$  нмоль/мл при нормі  $58,7 \pm 10,2$  нмоль/мл), метіоніну (до  $10,1 \pm 0,9$  нмоль/мл при нормі  $24,7 \pm 3,2$  нмоль/мл), лейцину (до  $70,3 \pm 3,4$  нмоль/мл при нормі  $127,4 \pm 11,1$  нмоль/мл) та ізолейцину (до  $70,2 \pm 4,7$  нмоль/мл при нормі  $123,1 \pm 7,0$  нмоль/мл) —  $p < 0,05$ , а також зменшення вмісту треоніну (до  $152,1 \pm 8,2$  нмоль/мл при нормі  $167,1 \pm 11,4$  нмоль/мл), серину (до  $87,2 \pm 7,3$  нмоль/мл при нормі  $117,7 \pm 9,2$  нмоль/мл), лізину (до  $212,4 \pm 11,3$  нмоль/мл при нормі  $267,2 \pm 25,1$  нмоль/мл) —  $p > 0,05$ . Це супроводжувалося збільшенням рівнів цистеїну (до  $224,4 \pm 10,2$  нмоль/мл при нормі  $184,1 \pm 11,1$  нмоль/мл), проліну (до  $252,4 \pm 9,9$  нмоль/мл при нормі  $152,1 \pm 25,0$  нмоль/мл), глутаміну (до  $601,3 \pm 24,2$  нмоль/мл при нормі  $525,0 \pm 31,2$  нмоль/мл), аспарагіну (до  $15,8 \pm 0,8$  нмоль/мл при нормі  $8,7 \pm 1,0$  нмоль/мл) —  $p < 0,05$ , фенілаланіну (до  $135,2 \pm 1,4$  нмоль/мл при нормі  $85,70 \pm 13,3$  нмоль/мл) та валіну (до  $263,4 \pm 8,0$  нмоль/мл при нормі  $214,0 \pm 25,5$  нмоль/мл) —  $p > 0,05$ . Однак рівні орнітину ( $251,7 \pm 9,4$  нмоль/мл), гістидину ( $80,3 \pm 7,7$  нмоль/мл), гліцину ( $277,5 \pm 10,2$  нмоль/мл) у хворих на ХП після ХЕ не відрізнялися від таких показників у контрольної групи ( $251,4 \pm 11,6$  нмоль/мл,  $89,3 \pm 20,3$  нмоль/мл і  $275,1 \pm 23,0$  нмоль/мл відповідно).

**Висновок.** У хворих із ХП після ХЕ виявлено дисбаланс вмісту ВАСК із переважним зменшенням рівнів метіоніну, лейцину, ізолейцину, триптофану, тирозину, аргініну та збільшенням показників цистеїну, проліну, глутаміну, аспарагіну.

## КОРЕКЦІЯ БІОХІМІЧНИХ ЗМІН У ЖОВЧІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ПРЕПАРАТОМ СИРИН

*Н.В. Скробач, І.Т. Гавриш, Ю.В. Дельва, О.А. Шаповал  
Івано-Франківський національний медичний університет,  
м. Івано-Франківськ*

**Мета.** Клініко-лабораторне обґрунтування застосування препарату Сирина у хворих на хронічний некалькульозний холецистит. Вивчити біохімічні властивості жовчі.

**Методи та матеріали:** Багатомоментне фракційне дуоденальне зондування із врахуванням часу та об'єму виділеної жовчі, біохімічне дослідження жовчі (холестерин, білірубін, жовчні кислоти).

**Результати.** Больовий синдром зникав на 3–4-й день від початку лікування. Гіркота у роті припинялася на 7–8-й день лікування.

Нами було виявлено вірогідне збільшення тривалості фази закритого сфінктера Одді з  $1,02 \pm 0,1$  хв до  $3,6 \pm 0,20$  хв ( $P < 0,001$ ). Фаза А-жовчі вірогідно більша, ніж до лікування ( $4,1 \pm 0,20$  хв,  $P < 0,001$ ). Кількість виділеної жовчі збільшилася з  $1,3 \pm 0,3$  мл до  $5,0 \pm 1,1$  мл ( $P < 0,01$ ). Фаза В-жовчі після застосування Сирина вірогідно зменшилася від  $72,2 \pm 2,5$  хв до  $21,2 \pm 1,2$  хв ( $P < 0,001$ ). Об'єм жовчі також вірогідно зменшився із  $82,2 \pm 1,2$  мл до  $50,0 \pm 1,1$  мл ( $P < 0,001$ ). Кількість жовчі під час 5-ї фази вірогідно не відрізнялася від показника у пацієнтів, які отримували базове лікування. Тривалість фази і об'єм отриманої жовчі у всіх пацієнтів після закінчення курсу лікування наближалася до показників здорових пацієнтів.

Під час біохімічного дослідження жовчі ми виявили вірогідне зменшення рівня білірубіну, збільшення кількості жовчних кислот. Суттєво знизився рівень холестерину. Холато-холестеринний індекс зріс ( $P < 0,001$ ).

**Висновок.** Спостерігається вірогідна зміна тривалості фаз і об'єму жовчі, що спричинило нормалізацію тону жовчовивідних шляхів. Позитивна динаміка відзначається в біохімічному складі жовчі, що свідчить про те, що Сирина впливає на дані показники і дає можливість попередити розвиток холелітазу.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ БРОМОКРИПТИНУ ТА АМЛОДИПІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

*В.Г. Лизогуб, В.О. Соболев, Ю.О. Мошковська  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,  
м. Київ*

**Тема.** Вивчення дофаміну (ДА), який відіграє важливу роль у патогенезі артеріальної гіпертензії (АГ) шляхом регулювання епітеліального транспорту Na та взаємодії з вазоактивними факторами, що мають безсумнівний вплив на регуляцію артеріального тиску (АТ), є актуальним.

**Мета.** Оцінити ефективність комбінації бромокриптину та амлодіпину в лікуванні хворих на АГ із супутнім ожирінням

**Матеріали і методи.** Обстежено 24 пацієнта на АГ із супутнім ожирінням, серед яких 23 жінки та 1 чоловік, вік — 42–60 років, середній вік — 52,9 років. Тривалість АГ становила 6,8 років. І стадію АГ діагностовано у 9 хворих, ГХ ІІ стадії — у 13 хворих. За рівнем АТ АГ І ступеня мала місце в 10 хворих, ІІ ступеня — у 9 хворих, ІІІ ступеня — у 5 хворих. Середній індекс маси тіла (ІМТ) у групі досліджуваних пацієнтів становив  $40,5 \pm 5,5$  кг/м<sup>2</sup>, що відповідає ожирінню ІІІ ступеня. Хворим проводили добуве моніторування АТ (ДМАТ), визначали рівень дофаміну (ДА) у сечі флюорометричним методом, концентрацію альдостерону (АЛД) методом імуноферментного аналізу. Хворі на АГ із супутнім ожирінням отримували в якості лікування агоніст дофамінових рецепторів (бромокриптин у дозі 0,08 мг/кг тричі на добу та амлодіпін у дозі 5 мг на добу, збільшуючи дозу до 10 мг на добу) упродовж 2 місяців. Контрольну групу становили 15 практично здорових осіб, репрезентативних за віком.

**Результати.** У хворих на АГ із супутнім ожирінням вихідний рівень ДА в сечі перебував у межах  $600,3 \pm 232,8$  нмоль/л, що вказує на пригнічення дофамінергічної ( $P < 0,01$ ) системи у порівнянні з контрольною групою, рівень АЛД становив  $272,9 \pm 82,1$  пг/мл ( $P < 0,001$ ). Під впливом гіпотензивної терапії спостерігали нормалізацію АТ, а саме — зниження САТсер (доба) на 12,3% ( $P < 0,001$ ), ДАТсер (доба) на 12,5% ( $P < 0,001$ ) та позитивізацію показників досліджуваних систем: підвищення вмісту ДА у сечі на 77,5% ( $P < 0,01$ ), зменшення АЛД на 33,1% ( $P < 0,001$ ), що асоціюється зі зменшенням маси тіла на 8,8% ( $P < 0,05$ ).

**Висновки:**

1. У хворих на АГ із супутнім ожирінням відмічається пригнічення функції дофамінергічної та гіперактивація РААС.

2. Використання комбінації бромокриптину та амлодіпину впродовж 2 місяців зумовило позитивну корекцію вмісту дофаміну у сечі, що сприяло покращенню показників ДМАТ і РААС у поєднанні зі зменшенням маси тіла.

## МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АГОНІСТІВ ДОФАМІНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

*В.Г. Лизогуб, В.О. Соболев,  
Ю.О. Мошковська, О.М. Бондарчук  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,  
м. Київ*

**Тема.** Поглиблене вивчення дофамінергічної системи, дія якої спрямована на регуляцію артеріального тиску (АТ), функціонування ендотелію, формування і прогресування ожиріння, є актуальним.

**Мета.** Оптимізувати лікування хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) із супутнім ожирінням шляхом включення до терапії агоністів дофамінових рецепторів мірапексу.

**Матеріали й методи.** Було обстежено 18 пацієнтів із АГ із супутнім ожирінням, серед яких 13 жінок і 5 чоловіків, вік — 47–60 років, середній