

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Підсумкова LXII науково-практична конференція**

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»,**

*присвячена 165-річчю від дня народження  
Івана Яковича Горбачевського*

*13 червня 2019 року*

Тернопіль  
ТНМУ  
«Укрмедкнига»  
2019

УДК 61(063)  
3-46

**Відповідальний за випуск:** проф. І. М. Кліщ.

**Здобутки клінічної та експериментальної медицини**, присвячена 165-річчю від 3-46 дня народження Івана Яковича горбачевського : матеріали підсумкової LXII наук.-практ. конф. (Тернопіль, 13 черв. 2019 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТНМУ, 2019. – 115 с.

Автори опублікованих матеріалів несуть повну відповідальність за точність наведених фактів, цитат, даних, відповідної галузевої термінології, власних імен та інших відомостей.

Матеріали надруковано в авторській редакції.

Середнє значення (СРЗНАЧ) шкали HADS = 8,01,  $p < 0,05$ , відповідає субклінічній тривозі, симптоми депресії відсутні. Шкала AUDIT при початковій вибірці  $n=100$  СРЗНАЧ вживання алкоголю 4,2, індексу паління – 2,71. Індекс коморбідності Charlson та CIRS у жінок на 20% вищий, ніж в чоловіків. Серед чоловіків 46% курять, або мають стаж курця.

Низька прихильність до зміни способу життя та корекції ФР провокують виникнення та прогресування хвороб СС системи.

Висновки. Детальний аналіз поширеності ФР неінфекційних захворювань дозволить спланувати процес проведення профілактично-лікувальних заходів на території окремої амбулаторії.

*Шайген О.Р.*

## **ОЦІНКА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПОЄДНАННІ ІЗ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С**

*Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

**Актуальність.** За останній період збільшилась увага до інфекційного агента, вплив якого може призвести до розвитку запального процесу в підшлунковій залозі. Набагато складніша ситуація виникає при захворюванні вірусним гепатитом С (ВГС), для якого притаманний безсимптомний (безжовтяничний) перебіг із подальшим розвитком хронічного процесу у 80% пацієнтів. Значне поширення ВГС серед населення, різноманітність його позапечінкових проявів обумовлюють актуальність проблеми. Недостатність розробки питань первинної та вторинної профілактики хронічного панкреатиту (ХП) мотивує до глибшого вивчення механізму його розвитку на тлі ВГС.

**Мета.** Вивчити клінічний перебіг ХП у хворих із супутнім ВГС.

**Матеріали і методи.** Обстежено 57 хворих ХП (серед них 37 – ХП на тлі ВГС) та проведено ретроспективний аналіз їхніх історій хворіб. Досліджували клінічний перебіг за допомогою адаптованої версії гастроентерологічного опитувальника (GSRS), структурний стан ПЗ за УЗ критеріями в балах, копрограму в балах, проведена оцінка загального та біохімічного аналізів крові.

**Результати дослідження.** У клінічному перебігу ХП із супутнім ВГС провідне місце займали больовий, диспепсичний та порушення випорожнення синдроми, що були вираженішими, ніж у групі порівняння (вірогідна відмінність стосовно показників II групи ( $p < 0,05$ )). У хворих ХП із супутнім ВГС виявили анемію легкого ступеня, зниження рівня альбуміну у крові, гіпербілірубінемію, гіперхолестеринемію, підвищення рівня ферментів АЛТ та АСТ, підвищення рівній амілази крові та діастази сечі (вірогідна відмінність стосовно II групи ( $p < 0,05$ )). У хворих ХП із супутнім ВГС копрограма склала ( $5,20 \pm 0,82$ ) балів, а в хворих ХП – ( $3,10 \pm 0,32$ ) балів (виявлено значно гірші рівні показників, більш виражений запальний синдром та дисбактеріоз). У двох досліджуваних групах переважала стеаторея II типу. Глибина структурних змін у ПЗ за даними УЗД у групі хворих ХП із ВГС становила ( $2,56 \pm 1,10$ ) балів, що відповідає процесу середнього ступеня важкості. У контрольній групі ступінь ураження склав ( $1,90 \pm 0,60$ ) балів.

**Висновок.** За оцінкою даних дослідження встановлено негативний вплив супутнього ВГС на перебіг ХП.

УДК – 616.12-008.331.1-085.355:577.152.042.2

*Шевченко М.В., Медведчук Г.Я.*

## **АРА II – СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

*Запорізький державний медичний університет*

Сучасні терапевтичні підходи спрямовані на раннє виявлення, якісну профілактику і ефективне лікування пацієнтів на гіпертонічну хворобу. Антагоністи рецепторів ангіотензину II (АРА II) – це одні з антигіпертензивних препаратів, які найбільш часто призначаються. Мають доведений антигіпертензивний ефект, сприятливий вплив щодо запобігання ураження органів мішеней, зниженням кардіоваскулярного ризику і смерті від всіх причин.

**Метою** нашої роботи стало вивчення впливу терапії ірбесартаном на показники підвищеного артеріального тиску і стану ендотеліальної функції у хворих на гіпертонічну хворобу.

**Матеріали та методи.** Обстежено 57 хворих (27 чоловіків і 30 жінок) на гіпертонічну хворобу II стадії. Середній вік хворих склав  $55,8 \pm 7,8$  року, без ознак вираженої серцевої недостатності і клінічно значущої супутньої патології. Систолічний АТ (САТ) склало  $177,6 \pm 6,08$  мм рт. ст., діастолічний АТ (ДАТ) –  $103,7 \pm 7,15$  мм рт. ст. Тривалість захворювання від 5 до 16 років. В якості контролю була обстежена група з 20 практично здорових осіб, порівнянних за статтю та віком з основною групою. Функціональний стан судинного ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу оцінювали імуноферментним методом, враховуючи рівень ендотеліозалежних вазоконстрикторних і вазодилатуючих речовин: ендотеліну-1 (ЕТ-1) і циклічного гуанозинмонофосфату (цГМФ). Всім хворим на гіпертонічну хворобу II стадії проводилася антигіпертензивна монотерапія препаратом ірбесартан («Апровель» фірми «Sanofi»). Початкова доза становила 75 мг 1 раз на добу, у разі відсутності ефекту через три тижні дозу подвоювали. Подібна терапія проводилася протягом трьох місяців. Результати враховувалися через один і три місяці терапії ірбесартаном. Ефект вважався повним при зниженні ДАТ нижче 90 мм рт.ст.

**Отримані результати.** Треба відзначити, що ірбесартан позитивно впливав на показники центральної гемодинаміки, тобто рівень артеріального тиску. Так, після першого місяця лікування спостерігалось зниження рівнів систолічного, діастолічного і середнього артеріального тиску на 11,5%, 16,7%, 14,5% ( $p < 0,05$ ). Після тримісячного курсу терапії САТ, ДАТ, АТ<sub>ср</sub> достовірно знижувалося на 17,3%, 18,2%, 16,8% в порівнянні з показниками АТ до прийому препарату. Зниження АТ не супроводжувалося розвитком рефлекторної тахікардії. Аналіз ефективності терапії ірбесартаном показав, що антигіпертензивний ефект цього препарату супроводжувався достовірним збільшенням ендотеліозалежної вазодилатації артеріальних судин і сприяв поліпшенню функції ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу. Це проявлялося зменшенням вмісту такого потужного ендогенного вазоконстриктора, як ЕТ-1 на 24,1% і підвищенням активності цГМФ на 27,3%.

**Висновки.** Після курсу терапії ірбесартаном у хворих на гіпертонічну хворобу відзначався виражений гіпотензивний ефект і спостерігалось позитивний вплив на функціональний стан ендотелію у різних ланках судинного русла, що підтверджувалося підвищенням плазмового рівня вазодилататора цГМФ на 27,3%, зниження плазмового рівня вазоконстриктора ендотеліну-1 на 24,1%.

Таким чином, селективний АРА II – ірбесартан має виражену антигіпертензивну активність, що призводить до ряду сприятливих змін нейрогуморальних систем і дозволяє рекомендувати його для широкого застосування при лікуванні артеріальної гіпертензії.

УДК 616.98:579.834.114-06:616.5-073.756.3

**Шкільна М.І., Андрейчин М.А., Корда М.М., Кліщ І.М., Гук М.Т.**

## **ТЕРМОСЕМІОТИКА ШКІРНОЇ ФОРМИ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ**

*Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

В останні роки в Україні рівень захворюваності на Лайм-бореліоз зріс щонайменше в 1,5-2 рази. Число інфікованих осіб продовжує збільшуватися як за рахунок інтенсифікації епідемічного процесу, так і внаслідок розширення географії захворювань. Водночас діагностика Лайм-бореліозу потребує значного вдосконалення.

Мета роботи – дослідити термографічні особливості шкірної форми Лайм-бореліозу та можливість використання термографічних критеріїв для діагностики цієї інфекції.

Під спостереженням перебувало 24 хворих молодого і середнього віку (13 чоловіків і 11 жінок) з кільцевою мігруючою еритемою, яка на підставі анамнестичних даних про недавній (протягом 3-35 днів) укусу кліща, характерної клінічної картини та серологічного обстеження була розцінена як шкірна форма Лайм-бореліозу. Додаткові серологічні дослідження засвідчили, що у 12 хворих Лайм-бореліоз, спричинений *Borrelia burgdorferi* s. l., поєднувався з бореліозом, викликаним *B. miyamotoi*, рідше з бабезіозом. Досліджували особливості інфрачервоного випромінювання над ділянкою кільцеподібної еритеми, порівнюючи визначену радіаційну температуру з показником симетричної анатомічної ділянки, яка не була захоплена мігруючою еритемою. Термографічне обстеження здійснювали медичним тепловізором TI-120. Аналіз термограм виконували за допомогою програмного пакету „IRSee Software”.

<i>Толокова Т.І.</i> ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ .....	27
<i>Федорченко Н.О.</i> АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ХВОРОЇ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У СУДИНАХ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОГО БАСЕЙНУ З ГЕМОРАГІЧНОЮ ТРАНСФОРМАЦІЄЮ ТА ПРОГРЕСУВАННЯМ ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	28
<i>Філюк А.</i> ПОПЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРВИННОГО СКРИНІНГУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ В ОКРЕМІЙ СІЛЬСЬКІЙ АМБУЛАТОРІЇ .....	29
<i>Шайген О.Р.</i> ОЦІНКА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПОЄДНАННІ ІЗ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С.....	30
<i>Шевченко М.В., Медведчук Г.Я.</i> АРА ІІ – СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ .....	30
<i>Шкільна М.І., Андрейчин М.А., Корда М.М., Кліщ І.М., Гук М.Т.</i> ТЕРМОСЕМІОТИКА ШКІРНОЇ ФОРМИ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ .....	31
<i>Шкробот С.І., Сохор Н.Р., Салій З.В., Бударна О.Ю., Салій М.І., Насалик Р.Б., Дуве Х.В.</i> ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ .....	32
<i>Ясній О.Р., Семенюк Р.В., Насалик Р.Б.</i> ВИЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ТРЕНОВАНОСТІ У СТУДЕНТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ОГАРВАРДСЬКОГО СТЕП-ТЕСТУ .....	33
<i>Білоус В.С.</i> СУЇЦИДАЛЬНИЙ РИЗИК У ПАЦІЄНТІВ У ПРОДРОМАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ПСИХОЗУ.....	34
<b>«ХІРУРГІЯ, ОНКОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ»</b>	
<i>Андрейчин Ю.М., Хоружий І.В., Омеляш В.І., Корицький В.Г.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІПОЗНО-ГНІЙНИМ РИНОСИНУСИТОМ.....	35
<i>Бариляк Р.В., Воробець Д.З., Мельник О.В., Корчинська О.С., Воробець З.Д.</i> ВЛАСТИВОСТІ $Ca^{2+}$ -ЗАЛЕЖНОЇ ТА $Ca^{2+}$ -НЕЗАЛЕЖНОЇ ІЗОФОРМ NO-СИНТАЗИ В ЛІМФОЦИТАХ КРОВІ ЖІНОК ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКА .....	35
<i>Беденюк А.Д., Твердохліб В.В., Мисак А.І., Нестерук С.О.</i> ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ СПЕРМАТОГЕНЕЗУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЧОЛОВІЧОГО БЕЗПЛІДДЯ .....	36
<i>Бенедикт В.В., Лісовський В.Р., Продан А.М., Дмитрів О.В.</i> НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ НЕНАТЯЖНОГО СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ПАХОВИХ ГРИЖ..	36
<i>Бенедикт В.В., Ставський С.Б., Продан А.М., Берекета Є.І.</i> ПРО НЕОБХІДНІСТЬ СОНОГРАФІЧНОГО МОНІТОРИНГУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ НА ПАХОВУ ГРИЖУ.....	37
<i>Бенедикт В.В., Шацький В.М., Качмар О.А., Кучина Р.С.</i> СПІНАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ, ЯК ОПТИМАЛЬНИЙ МЕТОД ЗНЕЧУЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ПАХОВУ ГРИЖУ .....	38
<i>Вадзюк С.Н., Супрунець Б.О.</i> НАСЛІДКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТИРЕОЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ .....	39
<i>Венгер І.К., Гусак М.О., Колотило О.М., Костів С.Я.</i> УСКЛАДНЕННЯ ВІДДАЛЕНОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ АОР- ТО/КЛУБОВО-СТЕГНОВОЇ ЗОНИ.....	39
<i>Венгер І.К., Костів С.Я., Хвалибога Д.В.</i> УЛЬТРАЗВУКОВА ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЯ У ВИБОРІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ВЕНОЗНОМУ ТРОМБОЗІ.....	41