

Висновки. У жінок з артеріальною гіпертензією та ожирінням у постменопаузі, що працюють під впливом НФВ, виявлені структурно-функціональні зміни кісткової тканини різного ступеня вираженості. Рекомендована математична модель дозволяє з високим ступенем точності виявляти та оцінювати ступінь тяжкості остеопоротичних змін кісткової тканини.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ АСПЕКТ У ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА — СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Г. В. Чернецька, О. В. Чернецька

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Для формування основних компетенцій сімейного лікаря та забезпечення якісного оволодіння студентами і інтернами практичними навичками на етапах додипломної та післядипломної підготовки бажано проводити навчання на клінічних базах кафедр (у поліклініці, навчально-практичних центрах первинної медико-санітарної допомоги, відділеннях сімейної медицини, амбулаторіях і стаціонарах); у тренінгових і симуляційних центрах. У навчальній роботі використовується «Наскрізна програма підготовки студентів медичних факультетів і лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для праці на посадах лікарів за спеціальністю «Загальна практика та сімейна медицина»». Враховуючи реформування системи охорони здоров'я, було визначено, що первинна медична допомога, яка надається лікарем загальної практики — сімейним лікарем, передбачає здійснення консультацій, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, отруєнь, травм, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів, надання невідкладної медичної допомоги, яка не потребує екстреної спеціалізованої або високоспеціалізованої медичної допомоги. Важливо, щоб студенти і випускники мали не лише теоретичні знання, а і працювали над оволодінням практичними навичками, рівень підготовки яких надає можливість використовувати їх для подальшої самостійної роботи.

Упровадження в навчальну роботу наскрізної програми для підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина» сприяло міждисциплінарній інтеграції різних кафедр університету. Комплексний підхід до підготовки найбільш затребуваних лікарів створив можливість взаємодії кафедр різного напрямку: педіатричного (педіатрії №№ 1, 2, дитячих інфекційних хвороб), хірургічного (хірургії №№ 1, 2, 3, 4 з курсом онкології, травмато-

логії та ортопедії, урології та нефрології, офтальмології, оториноларингології, анестезіології, інтенсивної терапії з післядипломною підготовкою, акушерства та гінекології №№ 1,2), терапевтичного (внутрішньої медицини №№ 1, 2, 3, 4, сімейної медицини і загальної практики, інфекційних хвороб, професійної патології, клінічної лабораторної та функціональної діагностики, загальної практики, неврології, фтизіопульмонології, дерматології та венерології, психіатрії та наркології). Науково-педагогічні працівники цих кафедр неодноразово проводили міжкафедральні наради, особливо з питань одностайності оволодіння практичними навичками згідно з Переліком практичних навичок, якими повинні оволодіти студенти вищих медичних навчальних закладів і інтерни за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина». Також питання оволодіння практичними навичками систематично розглядалися на засіданнях предметно-циклових методичних комісій та засіданнях Центральної координаційно-методичної ради університету. Так, 28 лютого 2018 р. (протокол № 4) було заслухано питання «Стан виконання кафедрами факультетів втілення наскрізних програм». Голови предметно-циклових методичних комісій з терапевтичних, хірургічних, педіатричних дисциплін та післядипломної освіти доповіли присутнім про використання в освітньому процесі наскрізної програми підготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина». Науково-педагогічні працівники, що входять до складу Центральної координаційно-методичної ради, одностайно проголосували за подальше активне впровадження цієї програми, наголосили на актуальності та значущості її на сучасному етапі реформування освіти і системи охорони здоров'я.

ПОЛІМОРФІЗМ ДЕЯКИХ ГЕНІВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ЖІНОК ПІСЛЯМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

О. О. Якименко, Н. М. Богдан

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Мета. Виявити поліморфізм деяких генів при остеоартрозі колінних суглобів у жінок післяменопаузального періоду

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням було 120 жінок (основна група) зі встановленим діагнозом остеоартрозу колінних суглобів за критеріями Американської колегії ревматологів (ACP), що мають I–III рентгенологічну стадію за Kellgren–Lawrence, післяменопаузальний період (середня тривалість менопаузи — $(8,50 \pm 0,43)$ року), віком від 50 до 70 років.



Контрольна група — 100 жінок у тому ж віці, але без остеоартрозу колінних суглобів. Клініко-генетичні дослідження включали проведення молекулярно-генетичного аналізу з визначенням мутацій генів: колаген 1 — *Coll1A1 C/A*; рецептор вітаміну D — *VDR T352C*; естроген — *ER: PvuII* і *ER: XbaI*; інтерлейкін 1 — *IL1A1 T4845G*; фактор некрозу пухлин α — *TNF -308G/A*; матриксна металопротеїназа — *MMP1 -1607insG* у клітинах букального епітелію. Поліморфізм генів оцінювався методом ПЛР.

Результати. Виявлена достовірна різниця між частотами алелів гена *VDR T352C T/C* ($\chi^2=25,6$) та алелів гена *ER:XbaI Xx* ($\chi^2=2,05$) і *xx* ($\chi^2=6,5$) у жінок післяменопаузального періоду з остеоартрозом колінних суглобів порівняно зі здоровими жінками, що пов'язано з порушенням регуляції балансу кальцію та кісткового обміну (втрата кісткової маси). Також виявлена достовірна різниця між частотами алелів *C/C* ($\chi^2=8,1$) та *C/A* ($\chi^2=72,9$), гена *Col1A* у жінок післяменопаузального періоду з остеоартрозом колінних суглобів порівняно зі здоровими жінками, що пов'язано з деструкцією суглобового хряща і зумовлює більш тяжкий перебіг остеоартрозу.

ПРИЗНАЧЕННЯ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ І–ІІ ФК, З МЕТОЮ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕННЯ РИТМУ СЕРЦЯ ТА ІШЕМІЇ МІОКАРДА І МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ ШЛЯХОМ ПРИЗНАЧЕННЯ НІКОРАНДИЛУ

О. О. Шкуренко, Н. А. Мацегора

Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна

Вступ. Відомий сьогодні алгоритм діагностики хворих на бронхіальну астму (БА), згідно з Наказом МОЗ України від 08 жовтня 2013 р. № 868, не відображає стан серцево-судинної системи, що призводить до невиявлення початкової стадії розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) і порушень ритму.

Стандартна ЕКГ (12 відведень) у хворих на БА не показує в повному обсязі порушення з боку серцево-судинної системи, оскільки, як правило, вона проводиться у денний час і не враховує того, що уночі під дією вагусу можуть виникати порушення ритму та провідності у вигляді шлуночкових і передсердних екстрасистол, міграції синусового ритму, ознак ішемії міокарда, нападів стенокардії вагоспастичного типу.

Водночас лікування БА у хворих із супровідною серцево-судинною патологією становить

певні труднощі і має великий спектр протипоказань, тому потребує більш диференційованого лікування з метою запобігання помилкам при використанні інгаляторів, більш детального обстеження та ретельного підбору лікарських засобів, які б не обтяжували перебіг БА. Останнім часом зростає інтерес до препаратів для лікування ІХС з принципово новим механізмом дії — активаторам калієвих каналів. Найвідомішим лікарським засобом цієї групи є нікорандил.

Мета. Вивчити клінічну ефективність додаткового призначення нікорандилу до базового медикаментозного лікування хворих на БА у поєднанні з ІХС І–ІІ ФК за даними холтерівського моніторингу (ХМ) ЕКГ.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження були хворі на БА у поєднанні з ІХС І–ІІ ФК, які проходили лікування на базі Центру реконструктивної та відновної медицини (університетська клініка). Загальна кількість досліджених 60 пацієнтів: 36 жінок і 24 чоловіки, які були порівну розподілені на дві лікувальні групи, а саме лікувальна група 1 (ЛК-1) та лікувальна група 2 (ЛК-2), рандомізовані за віком, статтю і станом кардіореспіраторної системи, що давало підставу у подальшому порівнювати ефективність лікування. Середній вік досліджених у групі ЛК-1 становив: жінок — (49,30±3,45) року, чоловіків — (51,28±3,24) року. Бронхіальна астма мала інтермітуючий (21,13 %) або персистуючий перебіг легкого (45,07 %) і середнього (33,80 %) ступеня тяжкості у стані ремісії. Середній вік досліджених у групі ЛК-2 становив: жінок — (52,40±4,45) року, чоловіків — (55,28±3,16) року. Бронхіальна астма мала інтермітуючий (22,13 %) або персистуючий перебіг легкого (36,07 %) і середнього (41,80 %) ступеня тяжкості у стані ремісії. Діагноз встановлювали згідно з рекомендаціями кардіологів (ESC, 2016) та пульмонологів (GINA, 2016).

Критерії виключення з дослідження: БА, персистуючий перебіг, тяжкий ступінь, у стані ремісії; ІХС — стенокардія напруження вище II ФК, тяжкі порушення серцевого ритму та провідності, хронічна серцева недостатність вище II класу за NYHA, інша патологія у стані декомпенсації.

Базова терапія хворих на БА у поєднанні з ІХС І–ІІ ФК проводилася згідно з алгоритмом за Наказом МОЗ України № 868 від 08 жовтня 2013 р., відповідно до фази БА. Лікувальну групу 1 (ЛГ-1) утворили 30 хворих, яким був призначений базовий комплекс, до лікувальної групи 2 (ЛГ-2) увійшли 30 пацієнтів, яким стандартну терапію було доповнено призначенням нікорандилу.

Цей препарат додатково призначали з першої доби лікування *per os* дозою 20 мг зранку та ввечері, при виникненні головного болю дозу

