

Серцево-судинної системи – гіпертонічна хвороба, стенокардія, серцева аритмія, серцева астма, атеросклероз, післяінфарктний стан, хронічна серцева і судинна недостатність, варикозне розширення вен, тромбоз, флебіти, ламкість судин, перикардит.

Органів травлення – захворювання печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, виразкова хвороба шлунка і 12-ти палої кишки, гастритів, ентеритів, колітів, геморою.

Ендокринної системи – цукровий діабет, захворювання щитовидної залози, ожиріння, целюліт, подагра, патологічний клімакс, метаболічні захворювання.

Опорно-рухового апарату – остеохондроз, ішіас, радикуліт, артрит, артроз, ревматизм, парез, атрофія м'язів та багато інших захворювань.

Органів сечовидільної і статевих систем – гломерулонефрит, пієлонефрит, аденома простати, імпотенція, фригідність, запалення яєчників тощо.

Приклад успішного лікування бронхіальної астми.

Хворий Г., 26 років звернувся на консультацію у вересні 2016 року зі скаргами на приступи задишки, які посилюються під час фізичного навантаження та більш виражені в нічний час, порушення сну, поява кашлю, незначне підвищення температури, виражену загальну слабкість, знижену працездатність.

Об'єктивно: дихання носом утруднене. Грудна клітка симетрична, при пальпації не болюча, еластична, резистентна. Втягнення підключичних ямок та міжреберних проміжків помітні незначно. Перкуторно над легеньми – коробковий звук. Аускультативно: сухі свистячі хрипи.

Порушень в інших органах і системах не виявлено.

Дані результатів спірометрії хворого на бронхіальну астму: рестриктивні порушення середнього ступеня важкості (ФЖЄЛ – різкі зміни; ЖЄЛвд – легкі зміни; ОФВ1 – легкі зміни; ОФВ1 % ФЖЄЛ в нормі; ІТ в нормі; ПОШ в умовній нормі).

Після використання ендогенного дихання стан хворого значно покращився: скарги на задишку зменшилися, збільшилася толерантність до фізичного навантаження, підвищилася працездатність.

Дані результатів спірометрії після використання ендогенного дихання:

обструктивних і рестриктивних порушень не виявлено (ФЖЄЛ – в умовній нормі; ЖЄЛвд – в умовній нормі; ОФВ1 – в нормі; ОФВ1%ФЖЄЛ в нормі; ІТ в нормі; ПОШ в нормі).

*Висновки.* Метод ендогенного дихання можна широко застосовувати для лікування та профілактики багатьох захворювань в практиці сімейного лікаря.

## **ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ СТАТИНАМИ З АЛЬФА-ЛІПОЄВОЮ КИСЛОТОЮ**

**Заремба Є. Х., Смалюх О. В., Заремба-Федчишин О. В., Заремба О. В.**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (Україна)

*Актуальність.* Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найбільш поширених захворювань серцево-судинної системи. Згідно прогнозу поширеність ІХС в Україні зростає до 2025 року на 63,5 %, а захворюваність збільшиться на 61,2 %. Великою кількістю багатоцентрових досліджень доведено ефективність прийому статинів для зниження частоти серцево-судинних ускладнень та смертності. Ефективність статинів пов'язують з гіполіпідемічною дією, так і з їх плейотропними ефектами: протизапальним, антитромботичним, антиішемічним, вони стабілізують атеросклеротичну бляшку, сприяють її регресу, пригнічують проліферацію та міграцію гладком'язових клітин.

*Мета дослідження:* дослідити рівень С-реактивного протеїну, загального фібриногену у хворих з нестабільною стенокардією при лікуванні статинами у поєднанні з альфа-ліпоєвою кислотою.

*Матеріали та методи.* Нами було обстежено 61 хворого з нестабільною стенокардією, середній вік хворих становив 68,3±1,5 роки. Пацієнти розподілені дві групи: перша група (n=33 особи) отримували загальноприйняте лікування, згідно затверджених протоколів лікування включно з прийомом розувастатину один раз на добу в дозі 10 мг, друга група (n=28), крім загальноприйнятого лікування з розувастатином один раз на добу в дозі 10 мг у комбінації з альфа-ліпоєвою кислотою (перші 10 днів – інфузійна терапія з переходом на пероральний прийом альфа-ліпоєвої кислоти в дозі 600 мг наступні 20 днів). Пацієнтам проводили загальноклінічні обстеження, визначення рівня С-реактивного протеїну, загального фібриногену в крові. Обстеження хворих проводили до та після лікування.

*Результати та їх обговорення.* Після проведеного лікування відмічено покращення загального стану пацієнтів, що проявлялося зменшенням скарг з боку серцево-судинної системи, зменшенням кількості ангінозних приступів. При аналізі результатів дослідження показників запалення виявлено, що у хворих на нестабільну стенокардію є підвищення їх рівня. До лікування у хворих першої групи рівень СРП становив  $9,85 \pm 0,75$  мг/л, у хворих другої групи  $9,84 \pm 0,79$  мг/л. Після проведеного лікування у хворих першої групи виявлено достовірне зниження рівня СРП на 28,63% ( $p < 0,01$ ) та загального фібриногену на 18,3 %, у хворих другої групи рівень СРП зменшився на 35,16% ( $p < 0,01$ ) та загального фібриногену на 20,1 %.

*Висновки.* У хворих з нестабільною стенокардією виявлено підвищення рівня показників запалення. Підвищення рівня СРП може розглядатися як фактор ризику та можливо прогнозу у пацієнтів із ІХС. Під впливом комплексного лікування відбувається достовірне зниження показників запалення, що свідчить про доцільність його застосування.

## **ЗВ'ЯЗОК МІЖ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

**Заремба Є. Х., Рак Н. О., Гриб Н. В., Шевчун-Пудлик О. М.**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (Україна)

*Актуальність.* Проблема дисплазії сполучної тканини набуває з кожним роком все більшої актуальності як в Україні, так і у всьому світі, про що свідчить велика кількість наукових публікацій, присвячених цій патології. Значна поширеність захворювання, поява нових клінічних особливостей перебігу та різноманітності проявів трактує необхідність розробки сучасних методів профілактики та діагностики. За висловом академіка А. А. Богомольця, сполучна тканина є «коренем людини». Вона складає біля 50 % маси тіла, утворює опорний каркас (скелет), зовнішні покрови (шкіру), є складовою частиною всіх органів, формує разом з кров'ю та лімфою внутрішнє середовище організму, через яке всі структурні елементи отримують поживні речовини і відділяють продукти метаболізму. Сполучна тканина виконує ряд важливих функцій: структуроутворюючу, підтримує водно-сольову рівновагу, бере участь в імунному захисті, загоєнні ран, зрощенні переломів кісток. По стану сполучної тканини можна судити про біологічний вік людини. Отже, виходячи з вищесказаного, стає зрозумілою необхідність проведення комплексу заходів, спрямованих на зміцнення сполучної тканини з метою попередження розвитку захворювань. До таких заходів відносять адекватний режим праці та відпочинку, лікувальну фізкультуру, фізіотерапію, психотерапію, дієтичне харчування, застосування різноманітних біокоректорів (вітамінів, мікро- та макроелементів, амінокислот, антиоксидантів, енергетичних комплексів, глікозоаміногліканів). Пацієнтам з дисплазією сполучної тканини призначають лікувальну фізкультуру, спрямовану на зміцнення м'язів спини та живота.

*Мета дослідження:* підвищити ефективність профілактики та діагностики недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) та розробити прогностичні критерії тяжкості захворювання на основі вивчення її впливу на розвиток і клінічний перебіг артеріальної гіпертензії (АГ).

*Матеріали та методи.* Обстежено 72 хворих на АГ I-III стадії 1-3 ступенів, середній вік яких становив 63,5 роки, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні КМКЛШМД м. Львова. Дисплазію сполучної тканини діагностовано згідно методики Кадуріної Т. М. (2010).

За предмет дослідження взято: об'єктивні, клініко-морфологічні зміни, лабораторні обстеження (ліпідний спектр крові, С-реактивний протеїн, серомукоїди), інструментальні методи дослідження (ЕКГ, ехоКГ, УЗД внутрішніх органів та судин нижніх кінцівок, рентгенологічне дослідження хребта) та консультації спеціалістів (офтальмолог, невропатолог, травматолог, стоматолог).

*Результати та їх обговорення.* Серед зовнішніх фенотипових ознак НДСТ у хворих на АГ астенічну будову тіла виявлено – у 20,9 % осіб. Доліхоморфію у вигляді доліхостеномелії – у 12,9 % осіб. Серед змін шкіри найчастіше спостерігали: білі стрії на грудях, стегнах, сідницях — у 35,4 % пацієнтів, гіпереластоз – у 20,9 %, шкірні прояви – у 9,7 %. Грижі діагностовано – у 8,1 % хворих, сколіоз хребта – у 12,9 %, остеохондроз – у 24,2 %. У 25,8 % хворих на АГ виявлено гіпермобільність суглобів різного ступеня. Про неповноцінність сполучної тканини у хворих на гіпертонію свідчили стигми дизембріогенезу (малі аномалії розвитку), серед яких зустрічають аномалії вушних раковин (великі та малі вуха, відкоплені, деформовані вушні раковини) – у 22,6 %, макродактилія великого пальця стопи – у 48,4 %.

У серцево-судинній системі виявлено ряд ознак НДСТ, серед яких аномальні хорди шлуночків серця (АХШС) – у 16,1 % осіб, які вважають неповноцінністю сполучної тканини серця. Деформація