

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

**MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE  
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY**

**XXV МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

**THE XXV INTERNATIONAL  
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS**



**12-14 КВІТНЯ 2021  
APRIL 12-14, 2021**

**УКРМЕДКНИГА  
ТЕРНОПІЛЬ, 2021**

**Відповідальний редактор:**

Ректор Тернопільського національного медичного університету  
імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України,  
д-р мед. наук, проф. М.М. Корда

**Заступник відповідального редактора:**

проректор з наукової роботи Тернопільського національного медичного  
університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України,  
д-р біол. наук, проф. І.М. Кліщ

**Редакційна колегія:**

- куратор Наукового товариства студентів, член Ради молодих вчених, канд. мед. наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії С.В. Кучер;
- голова Ради молодих вчених, асистент кафедри управління та економіки фармації з технологією ліків А.І. Дуб;
- голова ради Наукового товариства студентів, студентка 5-го курсу медичного факультету Т.Р. Петрунко.

**Студенти:**

- студентка 5-го курсу медичного факультету Яна Грунтенко;
- студент 6-го курсу медичного факультету Вадим Буратинський;
- студент 5-го курсу медичного факультету Олександр Чолач;
- студент 5-го курсу медичного факультету Артем Маланчук;
- студент 4-го курсу медичного факультету Олександр Теренда;
- студентка 4-го курсу стоматологічного факультету Тетяна Довгалець;
- студентка 6-го курсу медичного факультету Юлія Бандрівська;
- студент 6-го курсу медичного факультету Юрій Опалінський.

*Маховська Ольга*

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ  
ПОДАГРИ: СТРАТИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ  
НЕАДЕКВАТНОГО ПІДХОДУ**

Кафедра внутрішньої медицини № 2  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Сміян  
Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України  
м.Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Неконтрольована подагра є причиною зниженої якості життя, втрати працездатності (Khanna PP, et al., 2012), має більший тягар коморбідності, вживання ліків (Francis SM, et al., 2020) та збільшує ризик смертності у 2,39 разів хворих з подагрою (Perez RF, et al., 2018). Повідомляється, що якість лікування подагри є низькою: більшість пацієнтів (80,7%) отримують уратзнижуючу терапію (УЗТ), але менше половини досягають цільового рівня сечової кислоти (СК) (<6,0 мг/дл) (Ruriko K, et al., 2021). Це підкреслює необхідність вивчення причин недотримання рекомендацій лікування подагри.

**Мета дослідження.** Провести аналіз впровадження настанов щодо ведення подагри (ACR, 2012, 2020; EULAR, 2016).

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 136 хворих на подагру, середнім віком 52,3±9,2 років у Тернопільській університетській лікарні (2018-2020 рр.). Менеджмент подагри оцінювали згідно частоти загострень за останній рік, рівня СК, медичної документації та опитування.

**Результати дослідження.** Кількість загострень подагри за останній рік ( $4.02 \pm 2.7$ ) та рівень СК ( $7.94 \pm 1.59$  мг/дл) були підвищеними. Майже кожен четвертий ( $n=32$  (23,5%)) пацієнт із подагрою мав візит до ревматолога. Однак, більшості хворим ( $n=108$  (79,4%)) було верифіковано діагноз подагри та призначено УЗТ ( $n=91$  (66,9%)). Менше третини ( $n=39$  (28,7%)) постійно отримували УЗТ. Ревматологи частіше рекомендували підхід «лікування до цілі», ніж лікарі інших спеціальностей ( $n=18$  (56,2%) vs  $n=6$  (5,8%)), як і колхіцин протягом перших 3-6 місяців після ініціації УЗТ ( $n=9$  (28%) vs  $n=0$ ). Кожен п'ятий ( $n=26$  (19,1%)) досягав цільового рівня СК.

**Висновок.** Лікарі не широко рекомендували підхід "лікування до цілі" та колхіцин і, як наслідок, пацієнти з подагрою не досягали цільового рівня СК та мали часті загострення. Необхідною умовою для покращення якості медичної допомоги є розробка власних актуальних рекомендацій щодо менеджменту подагри та просвітницька робота серед лікарів.

*Михайловський Ярослав*

**ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ГЕМОРАГІЧНИХ  
УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ  
ПЕРЕДСЕРДЬ ПРИ ПІДБОРІ ДОЗИ  
ВАРФАРИНУ ТРАДИЦІЙНИМ ТА  
ФАРМАКОГЕНЕТИЧНИМ МЕТОДОМ**

Кафедра сімейної медицини, терапії, кардіології та  
неврології ФПО

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.Ю. Колесник  
Запорізький державний медичний університет  
м. Запоріжжя, Україна

**Актуальність.** На сьогодні одним із шляхів підбору оптимальної дози варфарину (ВФ) у хворих з фібриляцією передсердь (ФП) є визначення індивідуальної чутливості до препарату на основі генетичних особливостей його метаболізму.

**Мета дослідження.** Порівняти частоту виникнення кровотеч при підборі терапевтичної дози ВФ традиційним та фармакогенетичним методом.

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідження включено 80 хворих з ФП (42 чоловіки, 38 жінок, віком 70,5 (64,25; 76,75) років), які спостерігалися в антикоагулянтному кабінеті на базі ННМЦ «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету (ЗДМУ) протягом року. Показники коагулограми з розрахунком МНВ визначали щомісяця на коагулометрі «Coag chrom 3003». Цільовим вважали діапазон МНВ від 2-3. Ризик тромбоемболічних подій оцінювали за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC та ризик виникнення кровотеч за шкалою HAS-BLED. Поліморфізм генів CYP2C9, CYP4F2, VKORC1 визначали у відділі молекулярно-генетичних досліджень навчального медико-лабораторного центру ЗДМУ. Хворі розподілені на дві групи: 1 гр. – 60 пацієнтів, у яких підбір дози ВФ здійснювався емпірично під контролем МНВ; 2 гр. – 20 хворих, у яких початкову дозу ВФ розраховували за алгоритмом В. F. Gage і співавт. з подальшою корекцією у разі необхідності за показником МНВ. Статистичну обробку даних проводили за допомогою ліцензійного пакета «Statistica 13.0».

**Результати дослідження.** Встановлено, що у хворих з ФП 1 групи середній бал за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC склав  $3,43 \pm 0,18$ , середній бал за HAS-BLED -  $2,2 \pm 0,13$ ; медіана дози ВФ становила 5 мг (3,75; 6,25). У хворих з ФП 2 групи середній бал за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC -  $3,45 \pm 0,19$ , бал за HAS-BLED -  $2,3 \pm 0,12$ ; медіана дози ВФ - 5,5 мг (3,70; 6,30) ( $p > 0,05$ ). Спостерігалась статистично вірогідна різниця у частоті розвитку малих кровотеч в обох групах: 23 (38,3%) випадки в 1-ій групі проти 5 (20%) в 2-ій групі ( $\chi^2=4,85$ ;  $p < 0,05$ ). Великих кровотеч не зафіксовано в жодній групі.

**Висновок.** Персоналізований підбір дози ВФ на основі фармакогенетичного тестування в умовах тривалого спостереження за хворими з ФП в антикоагулянтному кабінеті дозволяє знизити частоту розвитку геморагічних ускладнень (малих кровотеч).