



XXI
MONOGRAPH

SCIENTIFIC RESEARCH OF THE XXI CENTURY

Volume 1

**Sherman Oaks, Los Angeles (USA)
2021**

COLLECTIVE MONOGRAPH

SCIENTIFIC
RESEARCH
OF THE
XXI CENTURY

VOLUME 1

COMPILED BY
VIKTOR SHPAK

CHAIRMAN OF THE EDITORIAL BOARD
STANISLAV TABACHNIKOV

GS PUBLISHING SERVICE
SHERMAN OAKS
2021

The collective monograph is a scientific and practical publication that contains scientific articles by doctors and candidates of sciences, doctors of philosophy and art, graduate students, students, researchers and practitioners from European and other countries. The articles contain research that reflects current processes and trends in world science.

Text Copyright © 2021 by the Publisher “GS publishing service” and authors.

Illustrations © 2021 by the Publisher “GS publishing service” and authors.

Cover design: Publisher “GS publishing service” ©

Authors: Abuvatfa S., Ahisheva A., Andriichuk S., Azarova A., Azarova L., Bachynska H., Berest G., Bernatska I., Bezrukavyy Ye., Bida V., Biliachenko M., Binert O., Bocheliuk V., Bondar Yu., Bondarchuk M., Borkhovych A., Boyeva S., Brazhko O., Broiako N., Brukh O., Bukhhalo S., Chahaida A., Chaika H., Chepil M., Cherep A., Cherep O., Cherkashyna V., Chervinska O., Chueshov V., Diumin E., Donii V., Dorofieieva V., Dubyna S., Gencheva V., Hanus O., Harkusha T., Havryliuk I., Hladukh Ie., Hovorova K., Hovorov P., Hryshchenko I., Huryn P., Ivanashko O., Fatkhutdinov V., Kaliuzhnaia O., Karpenko O., Karpova S., Kavertsev V., Khomenko L., Kindinova A., Kovalchuk O., Kovalenko S., Kravchenko O., Kruhla S., Kukhtenko O., Kurdupa V., Labenska I., Lakish L., Lazorko O., Lichkonenko N., Lunhol O., Markevych B., Martselyak O., Martyniuk V., Martynov V., Matvienko L., Mironova Yu., Moiseienko I., Moiseienko V., Mostenska T. H., Mostenska T. L., Mozhovyi V., Mushkevych M., Mykhaliuk N., Naumenko O., Nikitina N., Nosulenko I., Ohrebchuk V., Oleksandrovykh Yu., Olkhovska O., Olkhovska V., Omelyanchik L., Onishenko N., Palchak L., Panov N., Paranchuk S., Petrusha Yu., Pistunova T., Polishchuk O., Potanina T., Povch O., Rak N., Raksha-Sliusareva O., Riabinina I., Roman V., Romanova T., Ruden V., Sheretiuk R., Shepetko Ye., Shevchenko N., Shpak V., Shypko M., Sierykh N., Slabouz V., Sliusarev O., Solomko O., Stokolos N., Strelnikov L., Strilets O., Stryzhak N., Sukhanova O., Sukhovirska L., Taran O., Tarasenko H., Tarasiuk H., Ternovyi Yu., Tiamusheva V., Tiutiunyk L., Torop K., Virna M., Virna Zh., Voskoboynik O., Vyshnytskyi N., Yefimov O., Yesypenko T., Zakrasniana Zh., Zarembo Ye., Zarembo-Fedchyshyn O., Zarembo O., Zolotarova N.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or transmitted in any form or by any means, or stored in a database or search engine without the prior written permission of the publisher. The authors are responsible for the content and reliability of their articles. Citation or other use of the monograph is possible only with reference to the publication.

Publisher “GS publishing service”

15137 Magnolia Blvd, # D,
Sherman Oaks, CA 91403, USA.

ISBN 978-1-7364133-0-2

DOI : 10.51587/9781-7364-13302-2021-001

Scientific editors-reviewers: Bobrovnyk S., Bondar Yu.,
Cherep A., Glukhovskiy P., Hovorov P., Lazurenko V.,
Moiseienko V., Omelianchuk L., Protsiuk R., Virna Zh.

Scientific research of the XXI century. Volume 1 : collective monograph / Compiled by V. Shpak; Chairman of the Editorial Board S. Tabachnikov. Sherman Oaks, Los Angeles : GS publishing service, 2021. 430 p.

Available at: DOI : 10.51587/9781-7364-13302-2021-001

CONTENT

Chemical and biological sciences

- OMELYANCHIK Luydmyla, BRAZHKO Oleksandr, GENCHEVA Viktoriia, LABENSKA Iryna, PETRUSHA Yuliia**
SYNTHESIS AND PHYSICO-CHEMICAL PROPERTIES OF N-ACYL DERIVATIVES
OF S-(2-METHYLQUINOLINE-4-YL)-L-CYSTEINE7
- СТРИЛЕЦЬ Оксана Петрівна, СТРЕЛЬНИКОВ Леонід Семенович, КАЛЮЖНАЯ Ольга Сергіївна**
ВИКОРИСТАННЯ БІОТЕСТУВАННЯ ЯК МЕТОДУ
ЕКСПРЕС-ОЦІНКИ ЯКОСТІ ВОДИ ПИТНОЇ19

Construction and architecture

- МАРТИНОВ Вячеслав Леонідович**
ОПТИМІЗАЦІЯ ГЕОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ТЕПЛОІЗОЛЯЦІЙНОЇ
ОБОЛОНКИ ЕНЕРГОЕФЕКТИВНИХ БУДІВЕЛЬ26

COVID-19

- BONDAR Yurii Volodymyrovych**
COVID-19 AS THE WORLD'S "REBOOT": THE COMMUNICATION ASPECT31

Culturology

- ШЕРЕТЮК Руслана Миколаївна, СТОКОЛОС Надія Георгіївна**
МУЗИЧНЕ МИСТЕЦТВО В НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОРДЕНУ ПІАРІВ
НА ВОЛИНІ В КОНТЕКСТІ КУЛЬТУРНИХ ПРАКТИК МОДЕРНОЇ ДОБИ36

Earth sciences

- МАРТИНЮК Віталій Олексійович, АНДРІЙЧУК Сергій Володимирович,**
КАДАСТРОВО-ЛАНДШАФТНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ОЗЕР ПРИРОДНО-ЗАПОВІДНОГО
ФОНДУ ВЕРХНЬОЇ ПРИП'ЯТІ42

Economic sciences

- SHPAK Viktor**
SMALL BUSINESS AS A FOUNDATION FOR PROGRESSIVE DEVELOPMENT53
- МОСТЕНСЬКА Тетяна Леонідівна, МОСТЕНСЬКА Тетяна Геннадіївна**
АНТИКРИЗОВЕ УПРАВЛІННЯ У ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНІЙ
ДІЯЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА 56
- МОСТЕНСЬКА Тетяна Леонідівна, ЮРІЙ Едуард Олександрович**
ВПЛИВ ЖИТТЄВОГО ЦИКЛУ ОРГАНІЗАЦІЇ НА ОБҐРУНТУВАННЯ
ВИБОРУ ТИПУ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ63
- ТАРАСЮК Галина Николаевна, ЧАГАЙДА Андрей Олегович**
ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ БАТОНЧИКОВ
ИЗ НАТУРАЛЬНОГО СЫРЬЯ В ГОСТИНИЧНО-РЕСТОРАННОМ БИЗНЕСЕ68
- ЧЕРЕП Алла Василівна, КУРДУПА Валерія Сергіївна**
ОЦІНКА КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ УКРАЇНИ77
- ЧЕРЕП Олександр Григорович, КРУГЛА Софія Юріївна,**
ДИВЕРСИФІКАЦІЯ ЯК НЕОБХІДНА УМОВА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНОГО
СІЛЬСЬКОГО ЗЕЛЕНОГО ТУРИЗМУ83
- BERNATSKA I. Ya., BRUKH O. O.**
REVITALIZATION OF THE TOURIST SPHERE IN CONDITIONS
OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT OF THE REGION89
- ГРИЩЕНКО І. М., СУХАНОВА О. О.**
СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ ГОТЕЛЬНОЇ ІНДУСТРІЇ СТОЛИЧНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ95

ТАРАСЮК Галина Миколаївна, КОВАЛЬЧУК Ольга Антонівна РОЗРОБКА СТРАТЕГІЇ ПОЗИЦІОНУВАННЯ НА ОСНОВІ БРЕНД-МОЛЕКУЛЯРНОГО ПІДХОДУ	99
МИХАЛЮК Наталія Іванівна, БІНЕРТ Олеся Василівна, ЛАКІШ Ліліана Миколаївна ПРИНЦИПИ ТА СКЛАДОВІ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНОГО МЕХАНІЗМУ ПІДПРИЄМСТВ	103
БОНДАРЧУК Марія Костянтинівна, ПАРАНЧУК Степан Васильович, ЧЕРВІНСЬКА Оксана Степанівна, ВИШНИЦЬКИЙ Назарій ПОТРЕБА СИСТЕМИ РАНЬНОГО ПОПЕРЕДЖЕННЯ І РЕАГУВАННЯ В АНТИКРИЗОВОМУ УПРАВЛІННІ БІЗНЕС-СТРУКТУР	108
Energy	
HOVOROV Pylyp, HANUS Oleksiy, KINDINOVA Anastasiia MODE CONTROL OF LIGHTING SYSTEM BASED ON THE SMART-LIGHT CONCEPT	113
CHERKASHYNA Veronika STRUCTURING OVERHEAD LINES 35 - 750 KV IN ACCORDANCE WITH THE CONCEPT SMART GRID	120
HOVOROV Pylyp, ROMANOVA Tetiana, HOVOROVA Kateryna, DIUMIN Eduard LIGHT DYNAMIC SYSTEM OF LIGHTING OF DISPATCH POINTS.....	126
БУКНКАЛО Svitlana, OLKHOVSKA Oksana, OLKHOVSKA Victoria, KRAVCHENKO Oleksandr, BORKHOVYCH Anatolii SELECTION OF EVIDENCE-BASED METHODS FOR EFFECTIVE UTILIZATION OF SOLID WASTE POLYMERS	137
Linguistics	
SLABOUZ Viktoriia PECULIARITIES AND DIFFERENCES OF COGNITIVE LINGUISTICS AND LINGUOCULTUROLOGY.....	144
RIABININA Iryna, BACHYNSKA Halyna, ROMAN Viktoriia RESEARCH METHODS OF STUDYING THE SOURCES OF THE LANGUAGE HISTORY IN EAST SLAVONIC LINGUISTICS OF THE 19TH – THE 30S OF THE 20TH CENTURY.....	147
Literary Studies	
ДОНІЙ Вікторія Сергіївна ВІДСВІТ О. ДОВЖЕНКА У «ЗАЧАРОВАНІЙ ДЕСНІ».....	151
Medicine	
АБУВАТФА Самі І. Х., ДУБИНА Сергій Олександрович МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ СКРИНІНГУ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЯК ПРАКТИЧНИЙ АСПЕКТ УДОСКОНАЛЕННЯ ЯКОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	155
РАКША-СЛЮСАРЕВА Олена Анатоліївна, СЛЮСАРЕВ Олексій Аркадійович, БОЄВА Світлана Станіславівна, СЕРИХ Наталя Олександрівна, СТРИЖАК Ніна Володимирівна ПРЕДИКТОРИ СИСТЕМИ КРОВІ ТА ІМУНІТЕТУ В УМОВНО ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЦЬКОГО РЕГІОНУ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ООС.....	162
ЗАРЕМБА Євгенія Хомівна, ЗАРЕМБА-ФЕДЧИШИН Олена Віталіївна, РАК Ната лія Олегівна, ЗАРЕМБА Ольга Віталіївна, ВІРНА Маріанна Михайлівна ПРОБЛЕМА ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....	167
БІДА Віталій Іванович, ГУРИН Петро Олексійович ГАЛЬВАНІЗМ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАЛЕВИМИ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ	173

РУДЕНЬ Василь Володимирович ЕСЕНЦІЯ СУСПІЛЬНИХ КОШТІВ В ОПЛАТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ: ДОСВІД ІСТОРІЇ.....	178
НАУМЕНКО Олександр Миколайович, МОЙСЕЄНКО Валентина Олексіївна СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГАСТРИТИВ	186
ЗОЛОТАРЬОВА Наталія Артемівна, СОЛОМКО Олена Володимирівна ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХІЧНИЙ КОМПОНЕНТ ЯКОСТІ ЖИТТЯ	194
ЧАЙКА Г. В., МАРКЕВИЧ Б. О., ТАРАН О. А. ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У РІЗНІ ФАЗИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ У ДІВЧАТ З ПЕРВИННОЮ ДИСМЕНОРЕЄЮ	198
ШЕПЕТЬКО Євген Миколайович, ПОВЧ Олег Андрійович, БІЛЯЧЕНКО Максим Володимирович ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК, ПУХЛИН ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ.....	204
Pedagogical sciences	
ТОРОП Крістіна Сергіївна КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД В ОСВІТІ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ	214
МОЙСЕЄНКО Ірина МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ СЕНСОМОТОРНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	219
ЗАКРАСНЯНА Жанна Миколаївна ОСОБИСТІСНА ВЗАЄМОДІЯ ВИКЛАДАЧА ТА СТУДЕНТА У КЛАСІ ВОКАЛУ: ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД	234
ЛУНГОЛ Ольга Миколаївна, СУХОВІРСЬКА Людмила Павлівна, АГШЕВА Анна Володимирівна АНАЛІЗ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ОСВІТНИХ ПЛАТФОРМ ДЛЯ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ.....	238
МОЗГОВИЙ Віктор Леонідович НАДЛИШКОВІ ЗНАННЯ ОСОБИСТОСТІ: ОБҐРУНТУВАННЯ НАУКОВОГО ФАКТУ	245
ПІСТУНОВА Тетяна Василівна ДЖАЗОВЕ МУЗИКУВАННЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ТВОРЧОЇ КОМУНІКАЦІЇ У КЛАСІ СПЕЦІАЛЬНОГО ІНСТРУМЕНТУ	251
КАРПЕНКО Ореста Євгенівна ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК І ПРОФЕСІЙНА КАР'ЄРА МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ В УКРАЇНІ ТА ПОЛЬЩІ	255
ЧЕПІЛЬ Марія Миронівна «СУЧАСНІ НАПРЯМИ В ПЕДАГОГІЦІ» У ПІДГОТОВЦІ ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ.....	260
БРЮЯКО Надія Богданівна, ДОРОФЄЄВА Вероніка Юрївна ДО ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ МУЗИКАНТІВ-ПРОФЕСІОНАЛІВ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ МИСТЕЦЬКОЇ ВИЩОЇ ОСВІТИ	264
МАТВИЄНКО Lesia, КНОМЕНКО Lyubov THE EFFECTIVENESS OF THE ONLINE PADLET BOARD IN THE MODERN EDUCATIONAL ENVIRONMENT OF HIGHER EDUCATION	268
НИКІТИНА Nataliia MOTIVATION OF STUDENTS IN THE PROCESS OF DISTANCE LEARNING.....	272
ТАРАСЕНКО Галина Сергеевна ПЕДАГОГІКА СЕМЬОЇ: ПАРАДИГМАЛЬНИЙ ПОДХОД В УСЛОВИЯХ ОБНОВЛЕННЯ ВОСПИТАТЕЛЬНИХ СТРАТЕГИЙ В УКРАЇНІ	275

Pharmacy

- ГЛАДУХ Євгеній Володимирович, ПАЛЬЧАК Любов Миколаївна, КУХТЕНКО Олександр Сергійович, ЧУЄШОВ Владислав Іванович, БЕЗРУКАВИЙ Євген Андрійович**
РОЗРОБКА ТЕХНОЛОГІЇ ОДЕРЖАННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ
НА ОСНОВІ ФЛАВОНОЇДІВ З ЛИСТЯ ЧАЮ.....285
- BEREST Galyna Grygorivna, NOSULENKO Inna Stepanivna, VOSKOBOYNIK Oleksii Yuriiovych, KOVALENKO Serhii Ivanovyuch**
ANTI-TUMOR POTENTIAL OF SUBSTITUTED 6-OXO(THIOXO)-6,7-DIHYDRO-2H-[1,2,4]
TRIAZINO[2,3-C]QUINAZOLIN-2-ONES295

Philosophical sciences

- КАРПОВА Світлана Геннадіївна**
МІСІЯ УНІВЕРСИТЕТУ В УМОВАХ СОЦІОКУЛЬТУРНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ, ВИКЛИКАНИХ
ЧЕТВЕРТОЮ НАУКОВО-ТЕХНІЧНОЮ РЕВОЛЮЦІЄЮ312

Physical and technical & mathematical sciences

- Yefimov O.V., Potanina T.V., Yesypenko T.O., Kavertsev V.L., Harkusha T.A., Tiutiunyk L.I.**
SYSTEMS SUPPORTING DECISIONS AT THE STAGE OF OPERATION AND EQUIPMENT
DIAGNOSTICS NUCLEAR POWER UNITS WITH PRESSURISED WATER REACTORS.....319
- ТЕРНОВИЙ Юрій Федорович, ЛІЧКОНЕНКО Наталія Володимирівна**
ОСОБЛИВОСТІ ОТРИМАННЯ МЕТАЛЕВИХ МІКРОГРАНУЛ СФЕРИЧНОЇ ФОРМИ БЕЗ САТЕЛІТІВ
В ПРОЦЕСАХ ГАЗОВОГО РОЗПИЛЮВАННЯ330
- АЗАРОВА Анжеліка Олексіївна, АЗАРОВА Лариса Євстахіївна, ТЯМУШЕВА Вікторія Максимівна, МІРОНОВА Юлія Володимирівна, ПОЛІЩУК Олеся Казимирівна**
РОЗРОБЛЕННЯ МАТЕМАТИЧНОГО МЕТОДУ ІДЕНТИФІКАЦІЇ РІВНЯ
УПРАВЛІННЯ ЛЮДСЬКИМ КАПІТАЛОМ ПІДПРИЄМСТВА ЗАСОБАМИ
НЕЙРОМЕРЕЖЕВИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....336

Political and legal sciences

- FATKHUTDINOV VasyI**
NATIONAL POLICE OF UKRAINE IN FACE OF PANDEMIC: SPECIFICS OF PUBLIC
ORDER AND PUBLIC SAFETY342
- ONISHENKO Nataliya**
GENDER-BASED VIOLENCE: THE CONTEXT OF LEGAL ANALYSIS.....348
- МАРЦЕЛЯК Олег Володимирович**
ПРАВОВІ ТА КОНСТИТУЦІЙНІ ЦІННОСТІ: ОНТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА353

Psychology

- ВІРНА Жанна Петрівна, ІВАНАШКО Оксана Євгенівна, ГАВРИЛЮК Ірина Олександрівна**
СУВЕРЕННІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПРОСТОРУ ЯК ОСОБИСТІСНО-АДАПТАЦІЙНА
ПРОЕКЦІЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ УКРАЇНИ.....365
- ШЕВЧЕНКО Наталія Федорівна, ШИПКО Майя Василівна**
ЕТИЧНА СВІДОМІСТЬ ОСОБИСТОСТІ: ФІЛОСОФСЬКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИМІР.....400
- МУШКЕВИЧ Мирослава Іванівна**
ЗГУРТОВАНІСТЬ ТА ІЄРАРХІЯ ШЛЮБНОЇ ПІДСИСТЕМИ СІМЕЙ,
ЩО МАЮТЬ ПРОБЛЕМНИХ ДІТЕЙ.....409
- ВОСЧЕЛИУК Vitalii, PANOVA Nikita**
PSYCHOLOGY OF MODERN UKRAINIAN PERSONALITY
IN THE COMMON EMPLOYMENT ACTIVITY414
- ЛАЗОРКО Ольга Валеріївна, ОГРЕБЧУК Валерія Валеріївна**
РЕСУРСНА МОДЕЛЬ ЕМОЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ ПРОФЕСІОНАЛА421

НАУМЕНКО Олександр Миколайович,
д.м.н., професор, перший проректор з науково-педагогічної
роботи та післядипломної освіти,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
ORCID ID: 0000-0002-9001-7580

МОЙСЕЄНКО Валентина Олексіївна,
доктор медичних наук, професор,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
ORCID ID: 0000-0003-1402-6028

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГАСТРИТІВ

Гастрит як морфологічне поняття

Гастрит – це запалення слизової оболонки шлунка. Розрізняють гостру і хронічну форми гастриту¹ (рис. 1–3)².

Гострий гастрит – це запалення слизової оболонки шлунка, яке виникає вперше. Гострий гастрит поділяють на *катаральний*, *ерозивний*, *геморагічний*, *флегмонозний*. *Катаральний* – поверхнєве запалення слизової оболонки шлунка, *ерозивний* – наявність на слизовій оболонці шлунка ерозій, *геморагічний* – наявність на слизовій оболонці шлунка геморагій. *Флегмонозний* гастрит є нетиповою формою гострого гастриту, причинами якого є *Staphylococcus aureus*, *streptococci*, *Escherichia coli*, *Enterobacter*, інші грам-негативні бактерії та *Clostridium welchii*. Якщо гострий гастрит не лікувати, з часом він перейде в хронічний.

Хронічний гастрит – захворювання, яке характеризується хронічним рецидивуючим перебігом, в основі якого лежать запальні та дистрофічні, дисрегенераторні ураження слизової оболонки шлунка, які супроводжуються порушенням його секреторної, моторно-евакуаторної та інкреторної функції.

Хронічний гастрит – поняття клініко-морфологічне, яке потребує гістологічного підтвердження³.

Хронічний гастрит незалежно від наявності / відсутності симптомів і / або ускладнень повинен розглядатися як інфекційне захворювання. У всіх інфікованих пацієнтів розвивається хронічний активний гастрит різного ступеня вираженості з різним ризиком прогресування, який може бути як клінічно незначущим, так і викликати серйозні ускладнення аж до раку шлунка.

Розповсюдженість хронічного гастриту

Розповсюдженість ХГ: серед усіх захворювань каналу травлення ХГ складає 35% випадків; серед захворювань шлунка – 85%. ХГ уражає 40-50% дорослого на-

1 Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.08.2012 № 600 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при диспепсії» // http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ16319.html; Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.09.2014 № 613 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки» // <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0613282-14>.

2 Філіппов Ю.О., Гайдар Ю.А., Олихайло М.С. Досвід застосування нової класифікації хронічного атрофічного гастриту // Газета "Новини медицини та фармації". - Гастроентерологія (тематический номер). 2010. № 337. С 3.

3 Коваль В.Ю., Сірчак Є.С., Архій Е.Й., Рішко Я.Ф., Брич Н.І., Чемет О.А. Класифікація та уніфіковані клінічні протоколи первинної, вторинної (спеціалізованої) допомоги при захворюваннях стравоходу та шлунка (для лікарів-терапевтів, сімейних лікарів та гастроентерологів).-Посібник. МОН. ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2015. 150 с.; Ткач С.М. Современные подходы к классификации, диагностике и ведению больных с хроническим гастритом в свете международного Киотского консенсуса / С. М. Ткач // Сучасна гастроентерологія. 2016. № 1. С. 110-116. http://nbuv.gov.ua/UJRN/SGastro_2016_1_14.

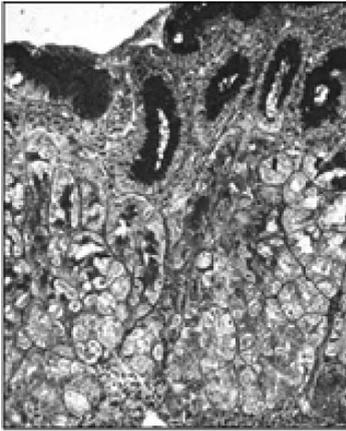


Рисунок 1. Слизова оболонка тіла шлунка, *Helicobacter pylori*-негативна форма. I стадія атрофії. Псевдопліоризація залоз. ШИК-реакція. × 100

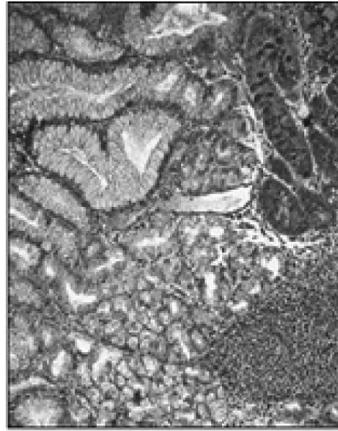


Рисунок 2. Слизова оболонка тіла шлунка. II стадія атрофії. *Helicobacter pylori*-позитивна форма. Великовогнищева кишкова метаблазія. ШИК-реакція. × 100

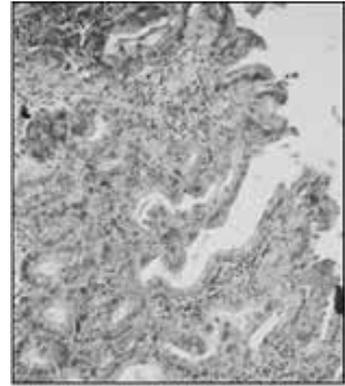


Рисунок 3. Тіло шлунка. *Helicobacter pylori*-позитивна форма хронічного гастриту. Стадія III атрофії слизової оболонки. Великовогнищева кишкова метаблазія. Помірна дисплазія. Фарбування за Мавлорі – Сьміченко. × 100

селення земної кулі. Розповсюдженість ХГ залежить від місця та умов проживання людей, що чітко пов'язано з інфікованістю на *H. Pylori*.

Підходи до класифікації гастритів в історичному аспекті

Історична довідка. У 1983 р. Б. Маршалл і Д.Уоррен виділили бактерії *Helicobacter pylori* (Hр). Класифікація гастритів була прийнята в 1990 р на IX Міжнародному конгресі гастроентерологів (Австралія) та отримала назву «Сіднейська система». Сіднейська система має два розділи: гістологічний (включає опис і класифікацію гістологічних ознак біопсій слизової оболонки шлунка) і ендоскопічний (включає опис і класифікацію змін, що виявляються при гастроскопії). Гістологічний розділ класифікації складається з 3 частин: етіології, топографії і морфології. Формулювання морфологічного діагнозу при використанні Сіднейської класифікації збігається з клінічною картиною.

По етіології розрізняють наступні форми хронічного гастриту: *хелікобактерний* (асоційований з *Helicobacter pylori*); *аутоімунний*; *реактивний* (обумовлений дуоденогастральним рефлюксом і закиданням жовчі в шлунок або прийомом лікарських засобів); особливі форми (гранулематозні, у тому числі при хворобі Крона, саркоїдозі, туберкульозі; еозинофільні; лимфоцитарні). **Залежно від топографії** (розташування) запального процесу в шлунку розрізняють: *гастрит антрума*; *гастрит тіла шлунка*; *пангастрит*. Морфологічна частина діагнозу завжди зв'язується з відповідним відділом шлунка. У зв'язку з цим рекомендується при біопсії брати не менше 2 шматочків слизової оболонки шлунка з антрального відділу (2 см від ворота) і з тіла (по одному шматочку з передньої і задньої стінок), причому обов'язково з м'язовою пластинкою. У класифікації запропоновано виділяти три **основних види морфологічних змін**: *гострий* і *хронічний* гастрит, а також *особливі форми*. Гострий гастрит характеризується наявністю в запальному інфільтраті нейтрофільних лейкоцитів, хронічний гастрит – плазматичних клітин і лімфоцитів. Ендоскопічний розділ класифікації також відображає локалізацію змін слизової оболонки шлунка

(гастрит антрума, гастрит тіла шлунка, пангастрит) і пропонує для опису змін наступні терміни: набряк; гіперемія (еритема); розрихлення; ексудація; ерозія (плоска, припіднята); вузлуватість; гіперплазія складок; видимість судинної реакції; інтрамуральні крововиливи; дуоденогастральний рефлюкс. Усі ці описові ознаки хронічного гастриту, що виявляються при ендоскопії, можуть мати напівкількісну оцінку (ступінь тяжкості – легка, помірна, важка). На підставі цих описових ознак визначають наступні ендоскопічні категорії гастритів: еритематозно-ексудативний ("поверхневий" гастрит); атрофічний гастрит; геморагічний гастрит; гіперпластичний гастрит.

Для оцінки атрофії СОШ використовують візуально-аналогову шкалу OLGA (2008), за якою шляхом поетапних підрахунків кількості і відсотка атрофованих залоз у шматочку СОШ визначають ступінь атрофії ХГ (Rugge M. et al., 2008).

Візуально-аналогова шкала OLGA (2008)

1. У кожному з 5 біоптатів (3 з антруму і 2 з тіла шлунка) оцінюють по 10 правильно орієнтованих залоз.

2. Відмічають скільки з них залоз атрофовані $\times 100$ (% атрофії СОШ).

3. Визначають середній % атрофії для антруму і тіла – сума % поділена на кількість біоптатів.

4. Переводять % у бали: немає атрофії – 0%, 0 балів; слабка атрофія – 1-30%, 1 бал; помірна атрофія – 31-60%, 2 бали; тяжка атрофія – більше 60%, 3 бали.

Згідно рекомендаціями III з'їзду патологоанатомів (Самара, 2009) доцільно поєднувати принцип візуально-аналогової шкали Модифікованої Сіднейської системи і табличної оцінки ступеня і стадії ХГ. Оцінюють по 2 біоптати з тіла і 3 з антрального відділу шлунка, складаючи в сумі картину гістологічних препаратів. Визначають неметапластичний і метапластичний типи атрофії СОШ, повну (тонкокишкову) і неповну (товстокишкову) метаплазію, дисплазію низького і високого ступенів, контамінацію *Helicobacter pylori* (HP).

Хоча класифікація OLGA передбачає оцінку сумарної інфільтрації СОШ нейтрофілами і лімфоцитами, визначення ступеня інфільтрації нейтрофільними лейкоцитами є надзвичайно важливим, тому що велика кількість нейтрофільних лейкоцитів, що інфільтрує власну пластинку СОШ є попередником ерозивно-виразкових дефектів (Аруин Л.И. и соавт., 2009).

Встановлюють також ступінь запалення, активності, атрофії, метаплазії, ступінь колонізації *Helicobacter pylori* згідно Сіднейської системи (Stolte M. et al., 2001) з урахуванням доповнень, сформульованих у Х'юстонській класифікації; визначають I, II, III ступінь запалення, активності, атрофії, колонізації HP.

Нова класифікація гастритів

(Наказ Міністерства охорони здоров'я України 03.09.2014 № 613)

Київська етіологічна класифікація гастриту

(в редакції від 20 січня 2015р.).

Класифікації, що застосовуються, включають модифіковану Сіднейську систему і класифікацію OLGA (Operative Link on Gastritis Assessment).

Helicobacter pylori-індукований гастрит**Медикаментозно-індукований гастрит****Аутоімунний гастрит****Стрес-індукований гастрит****Спеціальні форми гастриту**

- o Алергічний гастрит
- o Гастрит внаслідок біліарного рефлюксу
- o Лімфоцитарний гастрит
- o Хвороба Менетриє
- o Еозинофільний гастрит

Інфекційний гастрит

- o шлункова флегмона
- o бактеріальний гастрит
- o H. pylori-індукований гастрит
- o ентерококовий гастрит
- o мікобактеріальний гастрит:

туберкульозний;

нетуберкульозний мікобактеріальний

- o Вторинний сифілітичний гастрит

Вірусний гастрит

- o Цитомегаловірусний
- o Ентеровірусний

Грибковий гастрит

- o Гастрит внаслідок мукомікозу
- o Кандидоз шлунка
- o Гістоплазмоз шлунка

Гастрит, викликаний паразитами

- o Анізокіаз шлунка
- o Кріптоспорідіаз шлунка
- o Стронгілоїдоз шлунка

Гастрит внаслідок інших захворювань

- o Хвороби Крона
- o саркоїдоз
- o васкуліту

Гастрит внаслідок зовнішніх причин

- o Алкогольний
- o Радіаційний
- o Хімічний
- o Інші.

ХГ доцільно розділяти в залежності від типу, вираженості, гістологічних та ендоскопічних особливостей, оскільки це визначає індивідуальний ризик розвитку серйозних ускладнень, зокрема раку шлунка, а також має велике значення для ви-

ділення груп хворих з підвищеним ризиком після проведення ерадикації і пацієнтів, яким необхідно регулярне ендоскопічне та гістологічне спостереження. Пацієнти з важким атрофічним гастритом (з/ без кишкової метаплазії) або переважним фундальним гастритом більш схильні до прогресування в рак шлунка кишкового або дифузного типу. Для оцінки ризику розвитку раку шлунка в клінічну практику повинні бути широко впроваджені нові стадійні системи морфологічної класифікації ХГ – OLGA (Operative Link on Gastritis Assessment) і / або OLGIM.

У клінічній практиці найчастіше зустрічаються три типи ХГ:

1. **Поверхневий** з переважним ураженням антрального відділу шлунка, найчастіше асоційований з *H. pylori* (**гастрит типу В**), при якому довгий час зберігається нормальна або навіть підвищена секреція соляної кислоти.

2. **Аутоімунний фундальний гастрит (гастрит типу А)**, в формуванні якого приймають участь аутоімунні механізми. Для нього характерне виявлення антитіл до парієтальних клітин і внутрішнього фактору, а також високий рівень гастрину в сироватці крові при тенденції до ахлоргідрії шлункового соку.

3. **Хімічний**, рефлюкс гастрит (**гастрит типу С**), який характеризується вогнищевим ураженням фундального відділу шлунка внаслідок цитотоксичної дії на слизову оболонку (СО) вмісту 12-палої кишки при дуоденогастральному рефлюксі. Часто розвивається в культурі оперованого шлунку при тонкокишковому рефлюксі. Близьким до цього типу гастриту є гастрит, зумовлений медикаментозним ураженням слизової оболонки шлунку.

Морфологічні зміни при ХГ: запалення, атрофія, порушення клітинного оновлення, в тому числі метаплазія та дисплазія. Для хронічного запалення характерна інфільтрація особистої пластинки і епітелія мононуклеарними елементами. *Атрофія* СО характеризується зменшенням кількості нормальних залоз з порушенням проліферації та апоптозу через різні патогенні фактори (в т.ч. *H. Pylori*). При атрофії разом з незворотною втратою залоз шлунка відбувається їх заміщення метаплазованим епітелієм або фіброзною тканиною. *Кишкова метаплазія* (заміщення шлункового епітелію кишечним) зустрічається досить часто, а у Коваль В.Ю., Сірчак Є.С., Архій Е.Й., Рішко Я.Ф., Брич Н.І., Чемет О.А. Класифікація та уніфіковані клінічні протоколи первинної, вторинної (спеціалізованої) допомоги при захворюваннях стравоходу та шлунка (для лікарів-терапевтів, сімейних лікарів та гастроентерологів). – Посібник. МОН. ДВНЗ «Ужгородський національний університет». – 2015. – 150с.

Ткач С.М. Современные подходы к классификации, диагностике и ведению больных с хроническим гастритом в свете международного Киотского консенсуса / С. М. Ткач // Сучасна гастроентерологія. – 2016. – № 1. – С. 110-116. http://nbuv.gov.ua/UJRN/SGastro_2016_1_14людей похилого віку її знаходять навіть у практично здорових людей. При атрофічному гастриті спостерігається майже в 100%. Дисплазію (може бути двох ступеней – низького та високого) розглядають як передраковий стан.

Ерозії шлунка – поверхневі ушкодження слизової оболонки діаметром від 3 до 5 мм. При ХГ роозглядаються як окрема самостійна патологія, оскільки їх роз-

виток і перебіг залежить від етіології і потребує уточнення. Можуть розглядатися в контексті *H. pylori*, однак значно частіше викликані впливом гастротоксичних препаратів, в першу чергу ацетилсаліцилової кислоти і нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Крім того, нерідко навіть після ерадикації *H. pylori* можуть відзначатися морфологічні форми у вигляді плоских, піднятих чи геморагічних ерозій, ймовірно, пов'язаних з постерадикаційною гіперсекрецією кислоти. У будь-якому випадку наявність множинних ерозій на тлі прийому НПЗП підвищує ризик розвитку пептичних виразок в подальшому.

Патогенез

У патогенезі як гострого так і хронічного запалення має місце руйнування захисного шару слизової оболонки шлунка. Однією з причин може бути хелікобактерна інфекція, яка викликає тяжку запальну відповідь з руйнуванням муцину шлунка і підвищенням проникності слизової оболонки, що супроводжується епітеліальною цитотоксичністю. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) і алкоголь знижують кровопостачання слизової оболонки шлунка і призводять до втрати її захисного бар'єру, пригнічують продукцію простагландину, тоді як алкоголь сприяє виснаженню сульфгідрильних сполук в слизовій оболонці шлунка. При аутоімунному атрофічному гастриті антитіла до парієтальних клітин шлунка стимулюють хронічну запальну, моноклеарну і лімфоцитарну інфільтрацію, що охоплює слизову оболонку, яка продукує кислоту, це призводить до втрати парієтальних та головних клітин тіла шлунка. Висока концентрація соляної кислоти, що в нормі характерна для шлункового соку, попереджає ріст бактерій в шлунку і тонкому кишківнику. Атрофія шлунку і препарати, що блокують кислотопродукцію, підвищують рН шлунка і пошкоджують кислотний бар'єр для надмірного росту бактерій. При флегмонозному гастриті, гнійний процес в першу чергу уражає підслизовий і м'язовий шари стінки шлунка. Для хелікобактерної інфекції найбільш характерний гострий неерозивний гастрит. Хронічна хелікобактерна інфекція призводить до розвитку атрофічного і аутоімунного гастриту. Гострий ерозивний гастрит може бути спричинений хронічним вживанням/зловживанням нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) або алкоголем. Ерозивний гастрит може також бути в результаті рефлюксу солей жовчі в шлунок внаслідок порушення пілоричної функції (напр. після операції на шлунку). При аутоімунному гастриті спостерігається Дефіцит вітаміну B12 пов'язаний з втратою парієтальних клітин, та пов'язаною з цим втратою кислоти і внутрішнього фактору Касла. Частіше спостерігається у літніх пацієнтів.

Фактори ризику виникнення гастриту

- попередній анамнез захворювання ШКТ (пептична виразка, кровотеча),
- вік >60 років
- високі дози НПЗП
- одночасне застосування кортикостероїдів або антикоагулянтів
- штучна вентиляція >48 годин
- коагулопатія

Фактори ризику виникнення аутоімунного гастриту

- захворювання щитоподібної залози
- ідіопатична недостатність надниркових залоз
- вітиліго
- цукровий діабет 1 типу
- гіпаратироїдизм
- північноєвропейське або скандинавське походження є фактором ризику розвитку аутоімунного гастриту

Клініка

У пацієнтів можуть бути прояви функціональної диспепсії або дискомфорту в епігастральній ділянці. Однак ці прояви часто неспецифічні.

Скарги на порушення процесу перетравлювання їжі;

- o підвищене газоутворення;
- o відрижка з неприємним запахом після їди;
- o нудота;
- o біль у животі;
- o відчуття дискомфорту в епігастральній ділянці

Скарги, які можуть свідчити про виникнення ускладнень перебігу гастриту

- o гострий біль у верхній частині живота,
- o підвищення температури тіла,
- o значне блювання
- o клінічні ознаки сепсису можуть бути у пацієнтів з флегмонозним гастритом.

Анамнез

У пацієнтів може не бути симптомів або відмічатися диспепсія чи дискомфорт в епігастральній ділянці. До інших симптомів можуть належати нудота, блювання і втрата апетиту. Однак ці прояви часто неспецифічні. Є необхідним збір повного анамнезу. Флегмонозний гастрит також пов'язаний з нещодавнім вживанням значної кількості алкоголю. Рідкісний варіант, емфізематозний гастрит, викликаний *Clostridium welchii*, пов'язаний із проковтуванням корозійних речовин. Необхідно брати до уваги будь-які дані з приводу попереднього хірургічного втручання на шлунку або черевній порожнині; хірургічні втручання на шлунку та жовчному міхурі, включаючи холецистектомію вважаються причинами розвитку жовчного рефлюкс-гастриту. У пацієнтів можуть відмічатися симптоми та ознаки пов'язані з дефіцитом вітаміну B12 і перніціозною анемією (напр. порушення при неврологічному огляді, когнітивні порушення, ангулярний хейліт, атрофічний глосит). Гострий біль у верхній частині живота, підвищення температури тіла, значне блювання і клінічні ознаки сепсису можуть бути у пацієнтів з флегмонозним гастритом.

Фізикальне обстеження.

Огляд живота. При огляді живота діагностичне значення можуть мати наступні ознаки:

- о форма живота й наявність рівномірних або нерівномірних випинань або втяжінь (западінь) живота;
- о рубці й стрії на передній черевній стінці;
- о розширення і звивистість підшкірних вен;
- о грижі білої лінії і пупочного кільця;
- о посилена перистальтика кишечника;
- о участь живота в диханні.

Рівномірне випинання живота спостерігається:

- о у гіперстеніків;
- о у пацієнтів з ожирінням;
- о при метеоризмі (скупченні газів у кишечнику);
- о при наявності вільної рідини в черевній порожнині (асциті).

При асциті, поряд з рівномірним збільшенням живота, часто спостерігається випинання пупка за рахунок значного збільшення внутрішньочеревного тиску й розвитку грижі пупочного кільця. При скупченні в черевній порожнині не занадто великої кількості рідини живіт у горизонтальному положенні хворого здобуває своєрідну форму: сплющується навколопупочна ділянка і випинаються фланки живота (жаб'ячий живіт).

Нерівномірне (асиметричне) випинання різних відділів живота зустрічається:

- о при значному збільшенні окремих органів (печінки, селезінки, нирок, сечового міхура, шлунка й ін.);
- о при розвитку пухлин і кист, що виходять із цих і інших органів.

Рівномірно втягнений живіт зустрічається при загальному виснаженні хворого, наприклад, при раковій кахексії.

Стриї – це білуваті або червоні смужки, що виявляються звичайно в бічних відділах живота і на стегнах. Вони можуть зустрічатися:

- о у жінок, які багато разів народжували, осіб, що страждають ожирінням і в пацієнтів з довгостроково існуючим асцитом і вираженими набряками різного генеза (стриї від розтягання);
- о у хворих із захворюваннями ендокринних органів, наприклад, хворобою Іценко — Кушинга. Локалізація рубцівна черевній стінці допомагає скласти уявлення, на якому органі і яким способом проведена операція.

Дихальні рухи черевної стінки. Звичайно при огляді живота можна виявити невеликі рухи черевної стінки, синхронні з диханням пацієнта (незалежно від переважного типу дихання – черевного або грудного).

Діагностика

Найбільш інформативними є **ендоскопічні методи обстеження**: езофагогастроуденоскопія з біопсією слизової оболонки шлунку. Ендоскопія дозволяє обстежити слизову оболонку шлунка на наявність гастриту або іншої патології. Біопсія проводиться для гістологічного підтвердження інфекції, спричиненої *H pylori*.

Термінове проведення езофагогастроуденоскопії показане усім пацієнтам із підозрою на злоякісне утворення верхніх відділів ШКТ та симптомами, що можуть вказувати на злоякісне утворення верхніх відділів ШКТ або пацієнтам віком >55 років.

Неінвазивні діагностичні тести

Неінвазивні діагностичні тести розглядаються як сурогатні маркери H. Pylori-позитивного гастриту і його вираженості:

- о 13С-сечовинний дихальний тест (уреазний дихальний тест)
- о H pylori – Фекальний антигенний тест

Крім неінвазивних діагностичних тестів мають значення

- о серологічне визначення пепсиногена
- о визначення як моноклональних, так і поліклональних антитіл до H pylori
- о визначення сироваткового рівня вітаміну В12 та антитіл.

Загальний аналіз крові (ЗАК) може бути необхідним для підтвердження анемії.

Рентгенологічне підтвердження флегмонозного гастриту можна отримати шляхом проведення серії рентгенологічних знімків в верхніх відділів ШКТ з використанням контрасту і/або за допомогою КТ. У цих пацієнтів необхідно провести бактеріологічне дослідження шлункового вмісту (отриманого за допомогою назогастрального дренажу) і крові⁴.

- 4 Dinis-Ribeiro M., Areia M., de Vries A. C. et al. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHS), European Society of Pathology (ESP) // *Endoscopy*. 2012. Vol. 44. P. 74; Graham D. Y., Lee Y. C., Wu M. S. Rational Helicobacter pylori therapy: evidence-based medicine rather than medicinebased evidence // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2014. Vol. 12. P. 177–186; Lee Y. C., Chen T. H., Chiu H.M. et al. The benefit of mass eradication of Helicobacter pylori infection: a community-based study of gastric cancer prevention // *Gut*. 2013. Vol. 62. P. 676–682; Lim J. H., Kim N., Lee H. S. et al. Correlation between endoscopic and histological diagnoses of gastric intestinal metaplasia // *Gut Liver*. 2013. Vol. 7. P. 41–50; Malfertheiner P., Mégraud F., O'Morain C. A. et al. Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht IV Florence Consensus Report // *Gut*. 2012. Vol. 61. P. 646–664; Osawa H., Yamamoto H., Miura Y. et al. Blue laser imaging provides excellent endoscopic images of upper gastrointestinal lesions // *Video J. Encyclopedia of GI Endoscopy*. 2014. Vol. 1. P. 607–610; Rugge M., Correa P., Di Mario F. et al. OLGA staging for gastritis: a tutorial // *Dig. Liv. Dis.* 2008. Vol. 40. P. 650–658; Sugano K., Tack J., Kuipers E.J. et al. Kyoto global consensus report on management of Helicobacter pylori gastritis // *Gut*. 2015. Vol. 64. P. 1353–1367.

DOI: 10.51587/9781-7364-13302-2021-001-186-194

ЗОЛОТАРЬОВА Наталія Артемівна,

д.мед.наук, професор,

Одеський національний медичний університет

ORCID ID: 0000-0002-1085-366X

СОЛОМКО Олена Володимирівна,

канд. мед. наук,

Одеський національний медичний університет

ORCID ID: 0000-0002-9956-8063

Україна

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХІЧНИЙ КОМПОНЕНТ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Захворювання серцево-судинної системи є лідером загальної смертності в Україні, а ішемічна хвороба серця (ІХС) та інші форми атеросклерозу займають серед них провідне місце¹. Необхідно зазначити, що незважаючи на широке впрова-

1 Коваленко ВМ, Дорогой А.П. Серцево-судинні хвороби: медичносоціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні. *Укр. кардіол. журн.* [Інтернет]. 2016 Бер; 74(3):5–14. Доступно: <http://journal.ukrcardio.org/kovalenko-1-3d-2016/>.

дження сучасних методів лікування, питома вага ІХС у структурі загальної смертності зростає з 66,6% (2005) до 68,9% (2015)².

Відомо, що ключовою ланкою прогресування системного атеросклерозу та ІХС є дисліпідемія. Відповідно до європейських та українських рекомендацій, саме гіполіпідемічна терапія вважається базовою у лікуванні ІХС – атеросклерозу, однак, більшість хворих не отримувє адекватної терапії, а цільових рівнів ліпідів досягають менш, ніж 25% хворих³.

Це, у більшості випадків, пов'язане з поганою прихильністю до прийому препаратів, близько 10% пацієнтів перестають приймати терапію через різні суб'єктивні скарги. Як відомо, лідерами у зниженні кардіоваскулярного ризику, серцево-судинних подій та гіполіпідемічних ефектів вважають статини, однак, монотерапія, навіть у режимі досить високих доз, не завжди дозволяє досягти цільових рівнів усіх важливих показників ліпідного профілю, внаслідок чого виникає проблема залишкового серцево-судинного ризику. Значний вклад у цей ризик вносить високий рівень тригліцеридів (ТГ) та низький рівень ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ).

Так, за даними найвідомішого епідеміологічного дослідження (Фремінгемського) рівень ТГ >1,7 ммоль/л пов'язаний з більшим кардіоваскулярним ризиком, навіть за умови досягнення цільового рівня ліпопротеїдів низької щільності⁴. У випадку непереносимості максимальних рекомендованих доз статинів та неможливості досягнення цільових рівнів ТГ для максимального зниження кардіоваскулярного ризику рекомендована комбінована гіполіпідемічна терапія⁵.

Більш істотно на рівні ТГ та ЛПВЩ впливають фібрати, серед яких найбезпечним для застосування у комбінації зі статинами є фенофібрат. У зв'язку з цим актуальним є застосування комбінації статинів і фібратів, але необхідно відзначити, що, незважаючи на позитивні результати такої комбінованої терапії, у практичній медицині вона використовується рідко внаслідок побоювання зростання побічних ефектів та як результат цього - зниження якості життя (ЯЖ) пацієнтів.

Як відомо, у медицині якість життя – це рівень благополуччя і задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба та її лікування⁶. Також відомо, що у хворих на стабільну стенокардію ЯЖ досить низька, тому однією з цілей лікування є саме її підвищення.

Метою дослідження є вивчення особливостей впливу комбінованої ліпідокоригуючої терапії на показники психічного здоров'я ЯЖ у хворих на стабільну стенокардію.

2 Townsend N, Nichols M, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe - epidemiological update 2015. *Eur Heart J* [Internet]. 2015 Aug 25; 36:2696–705. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/36/40/2696/2293417> DOI: 10.1093/eurheartj/ehv428.

3 Choi HD, Shin WG, Lee JY, Kang BC. Safety and efficacy of fibrate-statin combination therapy compared to fibrate monotherapy in patients with dyslipidemia: a meta-analysis. *Vascul Pharmacol* [Internet]. 2015 Feb-Mar; 65-66:23-30. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1537189114001724?via%3Dihub> DOI: 10.1016/j.vph.2014.11.002

4 Castelli W.P. Epidemiology of triglycerides: a view from Framingham. *Am J Cardiol*. 1992;70(19):3H- 9H. doi:10.1016/0002-9149(92)91083-G.

5 Newman CB, Preiss D, Tobert JA, Jacobson TA, Page RL 2nd, Goldstein LB, et al. Statin Safety and Associated Adverse Events: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* [Internet]. 2019 Feb; 39(2):e38–e81. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/ATV.0000000000000073>.

6 Ягеньський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці [Електронний ресурс]/А.В.Ягеньський, І.М. Сікарчук/Внутрення медицина. – 2007. – №3. – Режим доступу <http://www.mif-ua.com/archive/article/418>.