

МОЗ УКРАЇНИ
Тернопільська державна медична академія
ім. І.Я. Горбачевського

ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Збірник наукових праць
XLV підсумкової (міжрегіональної)
науково-практичної конференції

7 червня 2002 року

Випуск 7

Тернопіль
“Укрмедкнига”
2002

ББК 53/75
3-46
УДК 61(063)

Редакційна колегія:

заслужений діяч науки і техніки України, проф., д.м.н. *Л.Я. Ковальчук* (відповідальний редактор), заслужений діяч науки і техніки України, проф., д.м.н. *М.А. Андрейчин* (заступник відповідального редактора), проф. *С.І. Климнюк*, проф. *О.Й. Бакалюк*, проф. *М.О. Ляпіс*, проф. *О.Є. Кузів*, проф. *О.Є. Федорців*, проф. *А.В. Бойчук*, проф. *В.В. Файфура*, доц. *В.З. Ухач*, *І.І. Івасенко* (нормоконтролер), доц. *В.В. Франчук*, к.м.н. *Н.М. Волкова* (відповідальний секретар)

ПЕРЕДМОВА

Збірник наукових статей “Здобутки клінічної та експериментальної медицини”, який видається щорічно, традиційно відображає основні напрямки та результати наукових досліджень працівників різних підрозділів Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського.

Роботи подані в тезисному варіанті і відображені у розділах: “Внутрішні, інфекційні, нервові і психічні хвороби”, “Акушерсько-гінекологічні захворювання”, “Дитячі хвороби”, “Морфологічні дослідження”, “Експериментальна медицина”, “Гуманітарні науки”.

Вони виконані на високому методичному рівні з використанням сучасних інформативних клінічних, лабораторно-інструментальних та експериментальних методик.

Особливістю комплектації цього щорічного збірника є публікація в ньому результатів досліджень наукових колективів інших медичних вузів і науково-дослідних закладів України.

Автори сподіваються, що впровадження отриманих результатів у теорію і практику медицини буде сприяти поліпшенню рівня діагностики та лікування різноманітних форм патології людини.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАТОМОРФОЗУ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

С.В. Білоус

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

Алкоголізм давно притягує увагу клініцистів. Значущість цієї проблеми визначається як великою поширеністю (тільки 670 тисяч знаходиться на диспансерно-динамічному спостереженні в наркологічній службі України або 135,9 на 10 тисяч населення), так і важкими соціально-медичними наслідками [1]. У всій Європі алкоголь представляє одну з найбільш головних проблем суспільної охорони здоров'я з причини високого рівня його виробництва, торгівлі, вживання і масштабності шкоди, викликані його вживанням [2].

І хоч за останні роки в нашій країні не відмічається росту врахованої захворюваності на алкоголізм, в той же час відбувся більш ніж двократний ріст захворюваності на алкогольні психози (2,2 на 10 тис. населення у 2000 році проти 0,8 у 1990 році) [1]. Це, в свою чергу, говорить про те, що справжнє захворюваність на алкоголізм значно вища врахованої. В той же час, алкоголізм являється тільки одним з багатьох наслідків вживання алкоголю. В числі останніх – жирова дистрофія печінки, гіпертонія, гіперліпідемія, ожиріння, гепатит, цироз печінки, гастрит, панкреатит, подагра, інсульт, раптова смерть, кардіоміопатія, травматизм, часті простуди, люмбаго, пневмонія, емфізема, шкірні захворювання, рак, епілептичні припадки, полінейропатії, депресія, залежність, алкогольні психози, психоорганічний синдром, алкогольний синдром плода та ін. [3].

За даними ВООЗ, ріст проблем, пов'язаних з вживанням алкоголю, визначається ростом кількості алкоголю, що вживається на душу населення. У більшості країн вживання спиртних напоїв в останні роки стабільно високе, і наша країна не є виключенням. Європа взагалі являється континентом з найбільш високим рівнем вживання алкоголю у світі [4]. За експертними оцінками загальне вживання в літрах абсолютного алкоголю в Україні складає 11-12 л. і відповідає показникам таких європейських країн як Іспанія (12,8 л), Німеччина (12,9 л), Австрія (11,4 л). І хоч лідирує Угорщина (19 л), Росія (16 л), Португалія (14,7 л), навряд чи є підстави для заспокоєння. На кожного жителя України, включаючи немовлят, вагітних, людей похилого віку, приходиться біля 25 мл чистого алкоголю на добу, а якщо виключити дітей і непитущих, то ця цифра збільшиться вдвічі. А це означає, що суспільство в цілому наближається до порогу небезпечного пияцтва.

Шкідливе вживання, як для самих споживачів, так і для медичних працівників в цілому, являється соціально прийнятним і завуальованим фактом, навіть і профілактичні програми розглядають зловживання, перш за все, у вигляді залежності. При цьому упускається з виду, що органічні захворювання виникають не як наслідок алкоголізму, а як результат шкідливого для здоров'я вживання спиртних напоїв. На індивідуальному рівні має місце взаємозв'язок "доза – реакція": ризик проблем зі здоров'ям зростає із збільшенням вживання алкоголю. Так, біля 10 % усіх смертей людей у віці від 16 до 70 років, а також до 20 % усіх госпіталізацій обумовлені алкоголем [2].

Дослідження останніх років, проведені в державах Європейського союзу, США, Японії та багатьох інших країнах, вказують на всесвітнє поширення залежності від психоактивних речовин, в тому числі алкоголю, що дає право кваліфікувати це поширення як пандемію.

Для покращання стану з виявленням, лікуванням та реабілітацією хворих на алкоголізм необхідно проведення заходів як державного рівня, направлених на формування "здорової" державної політики [5], так і галузевих заходів в рамках системи охорони здоров'я, на що націлює Указ Президента України "Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України" [6] та концепція розвитку охорони здоров'я населення України [7].

Залежність від психоактивних речовин є наслідком тяжкої дезадаптації особистості і, водночас, фактором її подальшого поглиблення. Вона призводить до численних психічних та соматичних розладів як у самого хворого, так і у оточуючих його людей. Страждають навіть лікарі, які працюють з хворими наркологічного профілю. У них набагато частіше, ніж у інших медиків спостерігається емпатична анестезія, або так званий "синдром вигорання".

Однією з причин недостатньо високих результатів лікування алкоголізму, так само як і багатьох інших захворювань, є пізні його виявлення. Своєчасна діагностика – проблема виявлення початку розвитку будь-якого хронічного захворювання. Рання діагностика алкоголізму особливо важлива, так як своєчасне лікування на ранніх етапах захворювання не просто найбільш ефективно, а єдино повноцінне. Крім відомих причин запізнення діагностики алкоголізму (анозогнозія хворого, рівень компетенції оточуючих), існує ще одна дуже важлива причина – суттєвий сучасний патоморфоз клініко-психопатологічних проявів алкогольної залежності.

Поняття “патоморфоз” (Hellpach W., 1929) сьогодні широко використовується в медичній науці і практиці. З загальнобіологічних позицій патоморфоз є певним проявом еволюційного процесу єдності організму з зовнішнім середовищем та пристосуванням до цього середовища. Під впливом факторів середовища змінюється і хвороба, як особлива форма пристосування організму до умов існування [8].

Патоморфоз в широкому розумінні – це зміна панорами захворювань, тобто загальні зміни захворюваності і летальності в великих групах населення, обумовлені впливом постійно змінних екологічних факторів, рівнем економічного життя і культури суспільства, постарінням населення, розвитком науки і впровадженням в практику наукових досліджень, використанням величезного арсеналу медикаментів тощо. Патоморфоз у вузькому розумінні – це стійкі клініко-морфологічні зміни конкретної нозологічної форми [9].

Зміна соціально-економічної, екологічної та медичної ситуації в країні закономірно відобразилась на особливостях клініки і перебігу цілого ряду поширених захворювань, в тому числі і алкогольної патології. Клініка і перебіг алкогольної хвороби останнім часом суттєво змінились. Клінічний патоморфоз алкогольних психозів, як і алкоголізму в цілому, супроводжується зменшенням частоти “класичних” випадків і збільшенням атипових, пришвидшено прогресивних і важкокурабельних форм захворювання. В літературі є поодинокі повідомлення, присвячені питанню вивчення патоморфозу алкоголізму [10, 11, 12], але узагальнюючі наукові праці відсутні. Сучасний патоморфоз алкогольного делірію вивчається недостатньо, а повідомлення про патоморфоз хронічної алкогольної енцефалопатії в доступній нам літературі не знайдено.

Тому **метою** дослідження стало вивчення сучасного патоморфозу клінічної картини алкогольної залежності (першої і другої стадій алкоголізму та алкогольного делірію), а на основі цього підвищення ефективності ранньої діагностики і, відповідно лікування даної патології.

Методи дослідження. Клініко-психопатологічний (симптоми і синдроми захворювання, соматичний, психічний, неврологічний стани хворих) та патопсихологічні [MMPI (S. Nathanael, J. Mc Kinley), акцентуація характеру (K. Leonhard, H. Schmieshek), тест фрустраційної поведінки (S. Rozen-sweig), проєктивний тест плям (H. Rorschach), кольоровий тест (M. Luscher), реактивна та особистісна тривога (C. Spielberger), рівень невротизації та психопатизації (Н.Ласко)] методи [13-15].

Проведено клініко-психопатологічне, психологічне та патопсихологічне обстеження 502 хворих на алкоголізм чоловіків віком 18-52 роки. В 1997-2001 рр. обстежено 354 хворих, з них у 35 діагностовано алкоголізм I клінічної стадії, у 216 – II, у 103 – алкогольний делірій. Отримані дані порівнювались з класичними поглядами на клініку алкогольної залежності та з власними дослідженнями, проведеними в 1988-1991 рр., коли було обстежено 148 хворих на алкоголізм: 31 – I стадії, 76 – II, 41 – алкогольний делірій.

Основна частина. Результати психологічного обстеження свідчать, що за останні роки суттєво змінився контингент потаторів, зловживання алкоголем яких переходить у нозологію. Якщо раніше підвищено схильними до алкоголізації вважались особи із збудливими рисами характеру, то тепер близько 63 % вперше виявлених хворих на алкоголізм це особи сенситивні, з психастенічними рисами характеру – тривожно-помислові, що можна пояснити зміною соціальних умов, тому що невпевнені в собі особи, із заниженою самооцінкою за допомогою транквілізуючої дії алкоголю намагаються відмежуватись від неоднозначних реалій життя. так як форми відреагування на психотравмуючу ситуацію на пряму залежать від особистості людини. При чому алкогольна залежність у них формується швидко (за 1-2 роки) і вона ж поглиблює зміни особистості.

Характерною особливістю сучасного протікання алкоголізації є швидка трансформація побутового пияцтва у другу стадію алкоголізму. Тривалість першої стадії, коли соціальна адаптація хворого не порушена, значно скорочується. Особливо це стосується тих осіб, у яких алкоголізація протікає на

органічному тлі. У більшості випадків хворі з короткотривалим терміном першої стадії алкоголізму в поле зору наркологів не попадають.

Більшість хворих вживали неякісні дешеві алкогольні напої типу самогону або горілку підпільного виробництва. Тип вживання спиртних напоїв поєднував безперервну і запійну форми. В структурі типів сп'яніння переважав сомнолентний компонент. Дуже швидко формувались амнестичні форми сп'яніння з вираженими палімпсестами.

Психологічне обстеження вказує на швидкий розвиток психопатизації хворих. При дослідженні рівнів невротизації та психопатизації за адекватною стандартизованою психологічною методикою виявлено, що у хворих на I стадію алкоголізму переважають симптоми невротизації (65 %), психопатизація виявлена у 27 %.

Клінічно це виражалось у підвищеній дратівливості, прискіпливості до оточуючих, невдоволеності, ситуаційній афективній вразливості, загостренні преморбідних рис особистості. Хворі синтонного типу нерідко ставали нерозбірливими в контактах, поведінка набувала рис гротескності і цинізму, а життєрадісність і оптимізм наближались до недооцінки труднощів і безпечності. Хворі шизоїдного типу ставали ще більш замкнутими, похмурими, раними, схильними до депресій.

При цьому хворі зберігали здатність до контролю своєї поведінки і приховували її порушення в періоди утримання від прийому алкогольних напоїв поряд із наростанням психологічної залежності та втрати контролю над кількістю вжитого спиртного.

У хворих на II стадію психопатизація виявлена у 78 % випадків, у решти – невротизація. В усіх хворих на II стадію алкоголізму, які перенесли алкогольний делірій, виявлені змішані стани (психопатизація + невротизація) та наростання стійких органічних змін з боку психіки. У цих хворих, поряд з появою абстинентного синдрому, ускладнюються і інші синдроми: невротичність поєднується з тривогою, страхом, підозрілістю до оточуючих, інтерпретацією їх слів і вчинків, як ворожих: прискіпливість переростає у ворожість та озлобленість з агресивними тенденціями і вчинками, занижується самооцінка з ідеями приниження, частими дистиміями.

Із зростанням рівня алкоголізації чітко формуються і наростають зміни особистості: посилюється афективна забарвленість всіх переживань і їх вплив на характер суджень і дій, з'являється легка афективна індукція та спотворення реагування на оточення з переживанням експлозивності. Формуються стійкі психопатоподібні зміни особистості астенічного, дистимічного, істеричного та апатичного типу, які поглиблюються з часом, в залежності від преморбідних рис, описаних вище, та алкогольного побуту. При чому, якщо раніше в структурі психопатичних змін особистості переважали збудливі форми, то зараз – апатичні, які найбільш неблагоприємні в плані психологічної і соціальної корекції. Наступає етичне зниження, втрата критичного ставлення до зловживання алкоголем і свого стану в цілому, стійке зниження пам'яті та інтелекту. Емоційні розлади стають неодмінною властивістю особистості хворих, надзвичайно стійкими, виникають не тільки у зв'язку з алкогольними ексцесами, але і при тривалому утриманні від спиртного. Афективні вибухи супроводжуються бурхливими проявами роздратування і гніву.

Моральне падіння супроводжується особливою грубістю, нездатністю стримувати емоції в домашній обстановці, прагненням принизити і образити близьких аж до прямої агресії чи вишуканого знущання над ними. Проте, такі хворі можуть швидко перебудовуватися, особливо при потребі отримати щось від рідних, і будь-якими шляхами домогтися прощення, навіть якщо їм приходится принижуватися, брехати, демонструвати крайнє каяття. Афективні та вольові розлади набувають брутальних форм, втрачаються професійність, ситуаційний контроль та соціальні зв'язки.

Під впливом лікування рівень показників має тенденцію до покращення психологічного профілю лише у хворих на I стадію алкоголізму, на II та після перенесених психозів – до закріплення їх в структурі особистості і нерідко переростає в психоорганічний синдром.

Таким чином, психологічні фактори відіграють суттєву роль у формуванні алкогольної залежності, причому остання поглиблює особистісні аномалії. В комплексне лікування та соціально-реабілітаційні заходи необхідно включати методи психотерапевтичного впливу, які запобігатимуть формуванню психопатоподібного та психоорганічного синдромів і покращуватимуть якість ремісій.

У формуванні клініки алкоголізму виросла негативна роль аліментарного фактору, обумовленого зубожінням населення (дефіцит білків, овочів, вітамінів тощо). Вживання спиртних напоїв з

підвищеною токсичністю в поєднанні з недостатнім і неякісним харчуванням є основною причиною зростання тяжких форм соматоневрологічної патології. Наприклад, пневмонії здебільшого зливні, абсцедуючі і закінчуються летально. Смертність в наркостаціонарах області за останні 10-14 років зросла від 0,09-0,02 до 1,6 відсотка (у 8-17 разів).

Раніше хронічна алкогольна енцефалопатія (ХАЕ) зустрічалася досить рідко, в кінцевому періоді третьої стадії алкоголізму. В теперішній час перші ознаки ХАЕ починають проявлятися у другій стадії, практично відразу після формування розгорнутої картини алкогольного абстинентного синдрому. Якщо раніше в кінці першої, на початку другої стадії переважали явища невротизації хворого, а відтак – психопатизації, а вже після цього в кінці другої, з початком третьої стадії алкоголізму приєднувались явища соціальної дезадаптації, то в теперішній час ознаки соціальної дезадаптації маніфестують відразу з формуванням психопатизації.

Раніше перенесені алкогольні делірії рідко призводили до ХАЕ. В теперішній час перенесена біла гарячка практично завжди трансформується в початкові ознаки енцефалопатії, причому у кожного четвертого (24,6 %) явища ХАЕ прогресують відносно швидко. Раніше судомні випадки відмічались у 17 відсотків хворих з алкогольним делірієм (в дебюті психозу), а в теперішній час конвульсійний синдром зустрічається майже у 38 відсотків хворих з білою гарячкою (причому не лише в дебюті, а і під час психозу).

Раніше формування розгорнутої картини ХАЕ проходило поступово через певні етапи: наростаюча втрата морально-етичних навичок – трансформація різних форм психопатизації в апатичний варіант – соціально-трудова деградація – втрата соціально-сімейного статусу – “бомжування” – госпіталізм – деменція. В теперішній час ця етапність втратила свою окресленість. Всі етапи, крім останнього, розвиваються “одним блоком”, накладаються один на одного. Ознаки психоорганічного синдрому швидко прогресують і призводять до вираженого порушення коркових функцій, нівелювання вищих емоцій, асоціальної поведінки, зміни спектру мотивацій, порушень уваги, адекватного орієнтування у ситуації, осмислення і розуміння сутності явищ, самооцінки, здатності до сприймання нової інформації, мислення, пам’яті і корекції поведінки. Дуже швидко у таких хворих розвиваються порушення звичної повсякденної діяльності, наприклад, ігнорування гігієнічними навичками (умивання, одягання, догляду за одягом, чистотою у квартирі, а у стані сп’яніння – і самостійного відправлення фізіологічних функцій). До етапу вираженої деменції хворі практично не доживають, вони здебільшого помирають на етапі “бомжування”.

Основні інстинкти у хворих з ХАЕ атрофовані. Соціальні прояви інстинкту самозбереження (намагання втриматись на роботі, пошук нової роботи, активна боротьба за житло) перестають їх цікавити. Навіть коли таким хворим належить отримання пенсії за інвалідністю, вони не прикладають зусиль для її отримання (інколи це роблять родичі, які цікавляться цими хворими). Такі хворі здебільшого втрачають родинні зв’язки, не цікавляться ні батьками, ні дітьми. Сімейні відносини мають характер співпроживання. У переважній більшості (75-80 відсотків) це співпроживання носить негативно-доповнюючий варіант дизгармонійних відносин, а у решти – псевдопозитивно-доповнюючий варіант псевдогармонійних відносин.

Якщо раніше у енцефалопатів на перше місце виступали явища зниження моральності і самооцінки, а значно пізніше до них приєднувались явища гіпооргізму, обумовлені руховою загальмованістю і загальною фізичною слабкістю, то тепер ці симптомокомплекси у часі перебігу помінялись місцями із зростанням компоненту інтелектуальної недостатності. Мабуть, загальна фізична слабкість, рухова загальмованість і явища астенізації обумовлені аліментарним фактором. Якщо раніше більшість хворих після купірування гострих явищ абстиненції “нудились” без роботи і, буквально, вимагали зайняти їх будь-яким видом трудотерапії, то теперішні пацієнти наркостаціонарів не цікавляться ніякою трудовою діяльністю.

В анамнезі хворих на ХАЕ частими є перенесені важкі черепномозкові травми, здебільшого повторні. Їх наслідки посилюють клініку і протікання ХАЕ, поглиблюючи явища психоорганічного синдрому і симптоматику загальних проявів енцефалопатії.

Типовим є те, що при зовнішній оцінці складається враження, ніби у хворих переважає депресивне тло. Проте, депресії звичайно немає, а такий стан здебільшого зумовлений обмеженням емоцій, нездатністю на емпатичну рефлексію. Такого роду правопівкульні органічні афективні розлади поєднуються з елементами “лобної психіки”, особливо коли хворі “оживляються”, отримавши змогу здобути спиртне.

Основний життєвий стиль хворих з сучасною формою ХАЕ – це “втеча” від реального життя в стан постійної алкогольної інтоксикації. Такі хворі не виявляють активного інтересу до лікування. В основному, на лікування госпіталізуються хворі з гострими алкогольними психозами, розвитком конвульсійного синдрому, важкими формами запою (які знесилюють хворого, а самі вони вийти з цього стану не можуть), “бомжі”, які скоїли злочини, або не мають де пережити несприятливий сезон (зиму) тощо.

Спонтанних ремісій серед хворих з ХАЕ не спостерігається. Ремісії після лікування хворих на II стадію алкоголізму розвиваються рідко (у 2-3 відсотків), вони короткотривалі і неякісні, тоді як 10 років тому частота стійких (більше року) ремісій сягала 27-30 відсотків.

У 94 із 103 обстежених хворих на білу гарячку (91,3 %) психоз розвинувся у віці від 30 до 50 років, при чому в 73 випадках (70,9 %) – у віці 32-43 роки. 10 років тому у 28 із 41 обстежених хворих (68,3 %) психоз розвинувся у віці від 30 до 50 років, при чому половина цих хворих (50%) були старші 44 років. У чоловіків у віці до 28 років інтервал між початком формування хронічного алкоголізму і розвитком білої гарячки складає 5,7 років. У більш старшому віці цей інтервал подовжується до 8-11 років і в середньому становить 9,2 роки (10 років тому ці показники становили 7,5 та 11,1 років, відповідно).

Результати дослідження структури клінічних ознак білої гарячки відображені у таблиці 1.

Таблиця 1. Деякі клінічні ознаки, які характеризують структуру білої гарячки у чоловіків

Клінічна ознака	1987-1991рр.		1997-2001рр.	
	Абс.частота	Відсотки	Абс.частота	Відсотки
Гіпергідроз	35	85,4	26	25,3
“Сухий варіант”	6	14,6	77	74,7
Абортивна форма	9	21,9	13	12,6
Онейроїдний варіант	2	4,9	5	4,8
Професійний делірій	4	9,8	18	17,4
Зорові галюцинації	36	87,8		
Ротоглоточні і тактильні галюцинації	5	12,2	32	31,1
Судорожний синдром	6	14,6	33	32,0

Як видно із таблиці, гіпергідроз, який раніше зустрічався у більшості випадків білої гарячки (85,4 %), сьогодні зустрічається лише у 25,3 %, а доля “сухого варіанту” відповідно збільшувалась до 74,7 %. Абортивна форма алкогольного делірію спостерігається у кожного восьмого хворого, онейроїдний варіант без вираженого рухового збудження – у 5 % випадків. Згідно отриманих нами даних у кожному шостому випадку білої гарячки спостерігаються елементи професійного делірію, в кожному третьому – ротоглоточні або тактильні галюцинації, судорожний синдром. У той же час зорові галюцинації, настільки характерні для деліріїв минулих десятиріч (87,8 %), зустрічаються лише у чверті хворих.

Таким чином, отримані дані свідчать про безсумнівний патоморфоз клінічної картини алкогольного делірію.

Для уточнення прогностичної ролі судорожного синдрому нами проведений аналіз 42 випадків білої гарячки з судорожним синдромом. У 35 хворих алкогольний делірій був купований, 7 випадків закінчились летально. У більшості досліджених хворих судорожний синдром спостерігався у віці від 30 до 45 років. Щодо “алкогольного стажу”, то приступи в періоді до 5 років вживання алкоголю виникли у 10, в інтервалі від 6 до 10 років у 17, 11-15 – річний стаж спостерігався у 10, більше 15 років у 5 хворих. В середньому судорожні приступи розвивались через 7,9 років після початку систематичного вживання алкоголю. На основі порівняння власних результатів, отриманих у 1987-1991 роках і 1995-2001 роках, необхідно відмітити, що “досудорожний” період алкоголізму має виражену тенденцію до скорочення – на 2,6 роки. Щодо важкості протікання білої гарячки з судорожним синдромом і без нього, то нами встановлена наступна закономірність. Абортивний делірій спостерігався в середньому у кожному четвертому випадку безсудорожного протікання, у той час як при наявності судорог ця форма спостерігалась лише у двох з 42 хворих. Типова форма з тривалістю протікання до 2 діб спостерігалась у половини хворих першої і у третини (14 з 42) хворих другої групи. Важка амнестична форма алкогольного делірію з частими муситуючими включеннями тривалістю більше

2 діб спостерігалась більше ніж у половини хворих з судорожним синдромом і лише у шостій частини хворих без такого. Потрібно відмітити, що судорожний синдром при відносно легкому варіанті білої гарячки спостерігався в передделірійному періоді, як правило на висоті алкогольної інтоксикації, у вигляді короткочасних спастичних явищ. Розгорнутий судорожний припадок з тривалим клонічним компонентом більш характерний для розгорнутої стадії делірію, коли відмічаються явні ознаки набряку мозку і явища серцево-судинної недостатності з приєднанням пневмонії. У всіх 7 хворих, у яких судорожний синдром розвинувся на фоні психозу, біла гарячка протікала дуже важко за типом муситуючого або фебрильного делірію, чотири випадки закінчились летально. Таким чином, самий факт появи судорожних приступів при білій гарячці робить важчим протікання психозу, а поява їх на фоні розгорнутого делірійно-аментивного синдрому є вкрай несприятливою ознакою.

Висновки.

1. В сучасних умовах алкоголізм протікає набагато злякисніше і часто призводить до хронічної алкогольної енцефалопатії.
2. З наростанням ступеню алкоголізації рівень непсихотичних розладів психіки зростає і чітко корелює із стадією алкоголізму у напрямку: невротизація – психопатизація – психоорганічний синдром.
3. Під впливом лікування рівень показників має тенденцію до покращення психологічного профілю лише у хворих на I стадію алкоголізму, а на II – до закріплення їх в структурі особистості і нерідко переростає в психоорганічний синдром.
4. Психодіагностику та психокорекційну роботу з хворими слід проводити на різних етапах обстеження, лікування, а також при розробці соціально-психологічних рекомендацій, що покращує якість терапії та ремісій.
5. Великий ризик розвитку хронічної алкогольної енцефалопатії спостерігається після перенесеного алкогольного делірію.
6. Основні симптомокомплекси, які формують клінічну картину сучасного перебігу хронічної алкогольної енцефалопатії, формуються практично одночасно і прогресують швидко.
7. Сучасна хронічна алкогольна енцефалопатія практично завжди поєднується з важкою супутньою сомато-неврологічною патологією. Остання є причиною суттєвого зростання смертності.
8. Ефективність лікування алкоголізму на етапі хронічної алкогольної енцефалопатії низька. Ефективним заходом профілактики цього стану є комплексна профілактика алкоголізму, починаючи з викорінення неякісних спиртних напоїв і закінчуючи заходами, направленими на попередження зловживання алкоголем.
9. Отримані дані свідчать про суттєвий патоморфоз клінічної картини алкогольного делірію.
10. Прогноз білої гарячки значно погіршується при наявності судорожного синдрому..

Література

1. Мінко О.І., Лінський І.В., Болотова З.М. та співавт. Деякі епідеміологічні параметри вживання алкоголю та наркотиків в Україні // Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров'я населення України: Мат. Пленуму наук.-практ.тов. неврологів, психіатрів та наркологів України, присвяченого Року Здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – С. 555-559.
2. Европейський план дій по боротьбі з потребленням алкоголю на 2000-2005 гг. // ВОЗ, 2000. – 28 с.
3. Рихтер Г. Злоупотребление алкогольными напитками и его медицинские последствия // Pharmedicum, 1994. - № 3. – С. 18-20.
4. Алкоголь та наркотики в Україні // МНАТ, ІЦПАН, Київ, 1995. – 96 с.
5. Минко А.И. Алкоголизм междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) // Український вісник психоневрології. –2001. –Харків. – Т.9, вип. 4 (29). – С. 6-7.
6. Указ Президента України “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” від 8 серпня 2000 р. № 963/2000.
7. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України. Затверджено Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000.
8. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). – М.: Гос. изд. мед. лит., 1962. – 176 с.
9. Серов В.В. Проблема изменчивости болезней (патоморфоз) // Архив патологии. – 1979. - № 7. –С. 11-19.
10. Дегтяр В.В., Яшук В.Т., Несторович Я.М. та ін. Динаміка рівнівневротизації та психопатизації у хворих хронічним алкоголізмом. //Актуальные вопросы наркологии. – Харьков, 1998. – С. 25-27.

11. Куприенко И.В. Место запойного пьянства в клинике алкоголизма.//Актуальные вопросы наркологии. – Харьков, 1998. – С. 38-390.
12. Чайка С.В., Слабунов О.С. К вопросу о патоморфозе хронического алкоголизма //Актуальные вопросы наркологии. –Харьков, 1998. – С. 68-70.
13. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – К.: Здоров'я, 1986. – 279 с.
14. Ласко Н.Б. Основные принципы разработки и применения методики определения уровня невротизации и психопатизации //Психологические методы исследования в клинике – под ред. Кабанова М.М., – Ленинград, 1979. – С. 25-33.
15. Полищук И.А., Видренко А.Е. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека. – Киев: Здоров'я, 1980. – 122 с.

УДК 616.36-002.14-022+616.36]-06:62(477).

ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В СТРУКТУРІ ЗАПАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ПРАЦІВНИКІВ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ ТЕРНОПОЛЯ

Б.Г. Бугай

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб № 2

Хронічні запальні захворювання (ХЗЗ) гепатобіліарної системи (ГБС) належать до найпоширенішої патології. Ними страждає кожен четвертий житель нашої планети, що, таким чином, робить їх важливою медико-соціальною проблемою, актуальність якої ще до кінця не усвідомлена не тільки в державних, але й в медичних колах. Вдосконалення методик досліджень дозволило констатувати особливу роль у процесі виникнення цих захворювань вірусів гепатитів, особливо В (HBV) і С (HCV) [1-3]. Щорічно у світі близько 50 млн. осіб інфікується вірусом гепатиту В (ГВ), а загальна кількість заражених складає 2 млрд. Результати аналізу статистики ГВ за останні 20 років вказують на зростання захворюваності в глобальних масштабах, переважно за рахунок безжовтяничних і малосимптомних форм. Разом з тим, в індустріальних країнах Європи HCV є причиною 20 % гострого гепатиту, 70 % – хронічного, 40 % – термінальних стадій цирозу печінки, 60 % – гепатоцелюлярної карциноми і 30 % – трансплантації печінки [4].

В Україні, як свідчить офіційна статистика, в 2001 році захворюваність на ГВ складала 19,2 на 100000 населення, хоча в дійсності вона в 5-6 разів вища, а за іншими джерелами-навіть у 10 разів перевищує офіційну. В нашій державі щороку реєструється 188000 хворих на хронічний гепатит В і цироз печінки, з яких щорічно помирають 6000 хворих, і, як це не парадоксально, офіційно не реєструється гепатит С (ГС). Тим не менше HCV – інфекція найбільшого поширення набуває у віці 25-34 роки, а це вимагає певної підготовки системи охорони здоров'я до лікування віддалених її наслідків уже в найближчі 5-10 років [5].

Дуже часто у хворих з вірусними ураженнями печінки відсутній переджовтяничний період, мають місце виражені ознаки ураження жовчовивідних шляхів та підшлункової залози, повільна зворотна динаміка, схильність до хронізації запального процесу [6,7]. Велику частку серед таких хворих складають ті, у кого патологічний процес має латентний перебіг [8]. Розвиток уражень печінки у частини носіїв HCV відбувається без підвищення рівня амінотрансфераз [9]. Очевидно, що ці пацієнти не належать до тих 60 %, яких виявляють при масових обстеженнях хворих [10].

Імунна відповідь на HCV, вірус Епштейна-Бара та герпес-віруси, що належать до лімфоцитотропних вірусів, створює сприятливі умови для розвитку алергійних реакцій на ліки та аутоімунних процесів, екстрапольованих і поза межі ГБС [11,12]. Можливо, зокрема, й тому хронічні гепатити супроводяться змінами слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки у 75 % хворих, що може трактуватися як гепатогенний гастродуоденіт [13], або навіть гепатогенна виразка [14]. Описується розвиток бронхолегеневого синдрому [15,16], запального процесу в кишечнику [17,18], нирках [19] та інших органах і системах. Зокрема, у хворих на гострі і хронічні гепатити спостерігаються порушення центральної геодинаміки у зв'язку з розвитком міокардіодистрофії, що корелює з ураженням печінки.

Крім того, порушується периферійна гемодинаміка внаслідок спазму артерійол і дилатації венул, що передбачає дисциркуляторні розлади в різних органах і системах [20], в тому числі й суглобах, з залученням в патогенез імунологічних механізмів, детермінованих переважно HCV-інфекцією. Відомо також, що захворювання печінки будь-якої етіології є непрямим чинником порушень метаболізму в кістково-хрящових структурах людського організму [21].

Тісний анатомо-фізіологічний взаємозв'язок між печінкою і жовчним міхуром призводить до великої частоти поєднаних їх уражень [22]. Поширення хронічного холециститу в молодому віці досягає масштабів, при яких ця патологія стає соціальною проблемою. Серед гастроентерологічних хворих хронічний безкамінний холецистит (ХБХ) знаходять у 67 % хворих, а в 16 % – жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) [23]. Щороку в світі з приводу калькульозного холециститу оперується 2,5 млн. хворих, хоча й перебіг ЖКХ може бути асимптомним. Епідеміологічні особливості ХБХ і ЖКХ співпадають, оскільки в генезі цих захворювань провідна роль належить фізико-хімічному складу жовчі, її застою і розвитку запальних змін в жовчному міхурі. Це стосується близько 30 % жіночої популяції білої раси.

ЖКХ, захворюваність на яку в останні десятиріччя прогресивно збільшується, часто виникає при ХЗЗ ГБС вірусного генезу [24-25].

В групу ХЗЗ ГБС входять також холангіти, серед яких найактуальнішим є склерозуючий холангіт – хронічне холестатитчне захворювання печінки невідомої етіології, що характеризується фіброзним запаленням і деструкцією інтра- та екстрапечінкових жовчних ходів. Він посідає четверте місце серед хвороб, при яких необхідна трансплантація печінки [26].

При захворюваннях жовчного міхура, в тому числі й при калькульозному холециститі, також описані екстрапольовані шляхом індукції різні патологічні стани: астеновегетативний і кардіопатичний синдроми, холецистогенний коліт, супутній гастродуоденіт [27-33]. А.С. Свінцицький і співавт. (1996) виявили різноманітні форми біліарних уражень у 86 % хворих з деформуючим остеоартрозом. Подібні спостереження констатують й інші дослідники [34-36]. Клінічна симптоматика з боку кістково-суглобового апарату з досить великою частотою проектується на ХЗЗ ГБС, особливо ті, причиною виникнення яких були гепатотропні віруси В і С [37,38].

Таким чином, ХЗЗ ГБС характеризуються вираженою поліморбідністю, що виходить далеко за межі однієї гепатобіліарної системи, тому й вивчення її особливостей у працівників Тернопільської швейної фабрики (ТШФ) і рефрижераторного вагонного депо (РВД) „Тернопіль” стало метою цього дослідження.

Матеріали і методи. Понад 15 років нами спостерігаються хворі з ХЗЗ ГБС. Верифікація тих чи інших нозологічних форм проводилась на основі сучасного клініко-діагностичного алгоритму. Дефінітивними з традиційних методів обстеження були ультразвукове дослідження ГБС та органів черевної порожнини, біохімічні печінкові проби, езофагогастродуоденоскопія. Імунологічні дослідження проводили за стандартними методиками [39]. Кількість Т-лімфоцитів, їх субпопуляцій та В-клітин контролювали на основі досліджень з моноклональними антитілами. Для констатації ушкоджень печінки HBV і HCV – послуговувалися даними полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та імуноферментних аналізів крові (ІФА) на маркери вірусних гепатитів В і С (HBsAg і HCVAbIgM). Взаємозв'язок між ураженнями гепатобіліарної системи і кістково-суглобового апарату вивчали з допомогою рентгенівської денситометрії хребта (рідше – кульшових суглобів) на апараті Lunar DRX-A, а також біохімічних показників крові (Ca, Mg, P), що стосуються остеогенезу. Крім того, хворі проходили інші обстеження в контексті існуючих вимог, необхідних для верифікації діагнозу в клініці.

Результати досліджень та їх обговорення. Нами проаналізовано (1986-1988 рр.) 2557 амбулаторних карт працівників Тернопільської швейної фабрики (ТШФ) і 2485 – рефрижераторного вагонного депо (РВД) (1989-1993 р.р.). І лише у 3,5 % (90 осіб) швейників і 3,9 % (97 осіб) – залізничників були діагностовані ХЗЗ ГБС. Активні і поглиблені клінічні та лабораторно-інструментальні обстеження зазначених контингентів працівників та членів їх сімей дали можливість констатувати, що реальне поширення ХЗЗ ГБС в структурі інших хронічних захворювань на швейній фабриці в 3,9 рази (161 особа або 13,9 %), а в рефрижераторному вагонному депо – в 5 разів (407 осіб або 19,4 %) вище (табл. 1), ніж було зареєстровано офіційно. До певної міри це стосувалося й інших груп захворювань і стало підтвердженням доцільності не тільки активного обстеження зазначених контингентів населення, але й подібних наукових спостережень, що мають виражене спрямування на покращення процесів

діагностики, лікування й профілактики захворювань у працівників промислових підприємств без відриву від виробництва.

Таблиця 1. Частота ХЗЗ ГБС в структурі найпоширеніших хронічних патологічних станів серед працівників ТШВ і РВД

Підприємства	ТШФ		РВД		Разом	
	п	%	п	%	п	%
Ураження органів і систем						
ХЗЗ ГБС	161	13,9	407	19,4	568	17,4
Захворювання серцево-судинної системи	180	15,6	388	18,5	568	17,4
Хвороби опірно-рухового апарату	85	7,3	105	5,0	190	5,8
Хвороби ендокринної системи	40	3,4	97	4,6	137	4,2
Хвороби сечовидільної системи	19	1,6	88	4,2	107	3,3
Хвороби органів дихання і ЛОР	51	4,4	84	4,0	135	4,1
Інші захворювання	54	4,6	112	5,3	166	5,1
Всього хворих	590	50,9	1281	61,0	1871	57,4
Практично здорові працівники	570	49,1	819	39,0	1389	42,6
Загалом обстежено осіб	1160	100,0	2100	100,0	3260	100,0

Розподіл хворих за основними нозологічними формами (табл. 2), до певної міри був умовним, оскільки бралася до уваги домінуюча симптоматика (наприклад, наявність больового синдрому і конкрементів у хворих на ЖКХ, серед яких згодом було виявлено хронічний вірусний гепатитом у фазі реплікації).

Таблиця 2. Розподіл хворих з патологією гепатобіліарної системи залежно від нозологічних форм на етапі, що передував обстеженню на маркери вірусних гепатитів

В наступні роки (1994-2002) у зв'язку з впровадженням в науково-дослідні лабораторії нашої академії новітніх методів обстеження, ми продовжили на їх основі вивчення згаданої патології в дещо ширшому аспекті, в тому числі стосовно їх етіологічної ідентифікації в контексті HBV- і HCV-інфекції, що має важливе медико-соціальне значення. У цьому зв'язку обстежено 236 пацієнтів (94 чоловіки і 142 жінки працездатного віку з проявами переважно малосимптомного ХЗЗ ГБС. З них 82 особи (15 чоловіків і 67 жінок) були працівниками швейної фабрики. В рефрижераторному вагонному депо працювали 79 чоловіків і 75 жінок (всього 154 хворих). Частота уражень ГБС на обидві форми гепатиту для працівників швейної фабрики складала 33 %, а для залізничників – 44 % (табл. 3). Співвідношення ГВ до ГС в першій групі склало 5,60, а в другій – 1,26. Останній показник є, безперечно, об'єктивнішим, оскільки обумовлений впровадженням в практику наукових досліджень та охорони здоров'я вдосконалених і новітніх методик верифікації реплікації HBV і HCV.

Таблиця 3. Частота хронічних вірусних гепатитів В і С серед працівників промислових підприємств

Підприємство	Швейна фабрика						Рефрижераторне вагонне депо							
	Стать		Чол.		Жін.		Разом		Чол.		Жін.		Разом	
Етіологія ХГ	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HBV	5	6	18	22	23	28	19	12	18	12	37	24		
HCV	-	-	4	5	4	5	13	8	17	11	30	19		
Невідома	10	12	45	55	55	67	47	30	40	26	87	56		
Всього	15	18	67	82	82	100	79	51	75	49	154	100		

У 5 пацієнтів (2 чоловіки і 3 жінки) ураження ГБС було зумовлене одночасно двома вірусами (В і С). Крім того, за нашою ініціативою та за погодженням пацієнтів, імуноферментні аналізи крові на маркери вірусних гепатитів В і С чи полімеразну ланцюгову реакцію пройшли представники 11 сімей. В 65 % випадків отримано позитивні результати на той вірус, що був виявлений у пробанда. І тільки у 2 представників різних сімей замість очікуваного гепатиту В було діагностовано гепатит С.

В 37 (26 чоловіків і 11 жінок) хворих при нормальних розмірах печінки дрібнозернисте її ущільнення при ультразвуковому скануванні (показники аланінамінотрансферази в межах 1 мкмоль/л) не знаходило ніякого трактування аж до часу ідентифікації вірусів, що спричинили розвиток хронічного гепатиту, клінічні прояви якого набрали більш-менш окреслених форм в межах 3-5 років. Інапаратний перебіг констатовано в 11 випадках. При цьому HBsAg було виявлено у 3 чоловіків і 2 жінок, а HCV Ab IgM – у 2 чоловіків і 4 жінок (всі залізничники). Реплікацію вірусів у них підтверджено з інтервалом в 2-3 роки з допомогою ПЛР (виявлено ДНК і РНК відповідних вірусів). Крім того, внаслідок ГВ у одного хворого в даний час сформувався цироз печінки, а інший – помер від гепатоцелюлярної карциноми.

І хоч у 55 (67 %) швейників 87 (56 %) залізничників якась конкретна причина розвитку хронічного гепатиту не була встановлена, однак не можна заперечити роль у цьому процесі інших гепатотропних вірусів (6 із них уже до певної міри вивчені), а також герпес-вірусів, цитомегаловірусів і т.п., здатність

Синдром	Основна група n=62	Паралельно з визначенням НВУ і НСВУ ми в окремих випадках спостерігали активацію герпес- і цитомегаловірусів, що дає підстави для пошуку ще одного вектору наукових досліджень і практичної діяльності лікарів.	Група порівняння n=62	Кратність вимірювань
	n	%	N	%
Кишковий дисбактеріоз	36	58	24	39
Астеновегетативний	36	58	21	34
Остеоартропатичний	34	55	18	29
Кишкова дисфункція	27	44	14	23
Кардіалгічний	26	42	10	16
Вертебробазиллярний	20	32	11	18
Хронічний гастродуоденіальний	20	32	14	23
Артеріальна гіпертензія	13	21	9	15
Ендокринопатія	7	11	4	6
Бронхолегеневий	7	11	8	13

Таблиця 4. Частота поєднаних уражень інших органів і систем при ХЗЗ ГБС у працівників рефрижераторного вагонного депо

Бронхолегеневий	7	11	8	13	0,8
Алергія	4	6	2	3	2,0
Гіпотонія	2	3	3	5	0,6
Симпатичний полігангліоніт	2	3	1	2	1,5
Інші ураження	12	19	9	15	1,3
Ізольовані ураження печінки та жовчного міхура	16	26	9	15	1,7

Висновки.

1. Хронічні запальні захворювання гепатобіліарної системи є значно поширені серед працівників промислових підприємств (15-20 % персоналу).

2. В структурі хронічних запальних захворювань гепатобіліарної системи серед людей працездатного віку майже половину складають хронічні гепатити В і С з переважно малосимтомним перебігом, що є важливою медико-соціальною проблемою і вимагає специфічних лікувально-профілактичних заходів.

3. Хворі з будь-якою патологією гепатобіліарної системи повинні бути обстежені на предмет можливого вірусного походження захворювання.

4. Необхідно активізувати санітарно-просвітню роботу серед населення з широким залученням засобів масової інформації для профілактики вірусних уражень гепатобіліарної системи.

5. Хронічні запальні захворювання гепатобіліарної системи супроводяться поєднаними і (чи) індукованими ураженнями інших органів та систем, що є найбільш характерним для вірусних гепатитів В і С.

Література

1. Андрейчин М.А., Баб'як Н.І. Позапечінкові прояви НВV-інфекції // Вісник наукових досліджень. – 1999, № 3. – С. 6-8.
2. Подымова С.Д. Болезни печени.- М.: Медицина. – 1993.– 553 с.
3. Блохіна Н.П. Нові стратегії інтерферонотерапії хворих на хронічний гепатит С // Інфекційні хвороби.- 2000, № 2.- 5-12.
4. Харченко Н.В., Порохницький В.Г., Топольницький В.С. –К.: Фенікс.– 2002.–296 с.
5. Вірусний гепатит С – проблема носійства, лікування, профілактики / А.А. Чумак, Н.В. Беляєва, Д.А. Базица, О.Я. Плескач, М.В. Азарський // Журнал АМН України.- 2000, т. 6, № 1.- С. 65-81.
6. Социальные и эпидемиологические аспекты хронических вирусных гепатитов / Шляхтенко Л.Л., Нечаев В.В., Козлов С.А., Першин С.С., Мукомолов С.Л. // Четвертый всесоюзный съезд гастроэнтерологов: Материалы съезда. – Т. II. – Москва-Ленинград. – 1990. – С. 86-88.
7. Возіанова Ж.Л., Шкруба А.В., Спротинський В.С., Чуба П.С. Клінічний перебіг гепатиту В і С у хворих, які вживають опіати. // Інфекційні хвороби. – 1998. – № 2. – С. 15-17.
8. Звягінцева Т.Д. Раннє виявлення та реабілітація хворих на хронічний гепатит. Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матеріали симпозиуму. – Чернівці. – 1996. – С. 142.
9. Puoti C., Stati T., Margini A. Serum HCV RNA titer does not predict the severity of liver damage in HCV // Liver. – 1999. – №2. – P. 104-109.
10. Волошина М.Л. Сучасні функціональні та інструментальні методи ранньої діагностики хронічних гепатитів // Нове у діагностиці та лікуванні захворювань органів травлення: І подільська науково-практична конференція гастроентерологів. Тези доповідей. – Вінниця. – 1993. – С. 37-38.
11. Mizusawa Y., Shiohara T. Virus induced immune dysregulation as a triggering factor for the development of drug rash and cytoimmune diseases. With emphasis on EB-virus, human herpes virus 6 and hepatitis C virus // J. Dermatol. Sci. – 2000. – V. 22. – № 3. – P. 169-180.
12. Селіхова Л.Г. Стан функції печінки у хворих на бронхіальну астму. Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матеріали симпозиуму. – Чернівці. – 1996. – С. 303.
13. Глубоченко В.Г. До питання відновлювального лікування хворих на хронічний гепатит з врахуванням показників гастродуоденоскопічного дослідження. Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матеріали симпозиуму. – Чернівці. – 1996. – С. 83.
14. "Гепатогенная" язва и кампилобактериоз /С.С. Катаев, О.Ю. Голованова, С.П. Лебедев и др.– Четвертый всесоюзный съезд гастроэнтерологов. Материалы съезда. – 1990. – Москва-Ленинград. – С. 307.

15. Krowka M.Z., Korteze D.A. Hepatopulmonary syndrome. Current concepts in diagnostic and therapeutic considerations // *Chest*. – 1994. – Vol. 105. – № 5. – P. 1528-1536.
16. Пащенко И.Г., Романов А.А., Жуманбаева Р.М. и др. Комплексная характеристика легочного синдрома при хронических заболеваниях печени // *Терапевтический архив*. – 1988. – Т. 60. – № 3. – С. 102-105.
17. Desmet V.J., Geboes K. Liver lesions in inflammatory bowel disorders // *J. Pathol.* – 1987. – № 4. – P. 247-255.
18. Бахадыров К.Б., Хасымов Ш.З. Пути коррекции функций кишечника при хроническом гепатите и циррозе печени // Четвертый всесоюзный съезд гастроэнтерологов: Материалы съезда. – Москва-Ленинград. – Т. II. – 1990. – С.25.
19. Badalamenti S., Grasianni G, Salerno F., Ponticelli C. Hepatorenal syndrome. New perspectives in pathogenesis and treatment // *Arch. Intern. Med.* – 1993. – Vol. 153. – № 17. – P. 1957-1967.
20. Canalis E. Primer on the metabolism bone disease and disorders of mineral metabolism/ – New-York. – 1993. – P. 33-37.
21. Бабак О.Я. Хронические гепатиты. – К.: Блиц Принт АО. – 1999. – 208 с.
22. Гарник Т.П. Обґрунтування застосування препарату рослинного походження “Поліфітол-1” в комплексній терапії хронічних захворювань гепатобіліарної системи // *Оздоровчі ресурси Карпат і прилеглих регіонів: Матеріали конференції з міжнародною участю (Чернівці, 5-6 жовтня 1999 р.)*. – Чернівці. – 1999. – С. 116-120.
23. Гоцуляк О.Ф. Опыт применения пропионо-ацидофильного молока при Материалы съезда. – Москва-Ленинград. – Т. II. – 1990. – С.68-69.
24. Юлдашева Ф.Э. Клинико-функциональное состояние дуоденальной системы у больных с постхолецистэктомическим синдромом // Четвертый всесоюзный съезд гастроэнтерологов: Материалы съезда. – Москва-Ленинград. – Т. II. – 1990. – С.667.
25. Родионов В.В., Филимонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит. – М.: Медицина. – 1991. – 320 с.
26. Harnosis D., Lindor K. Primary sclerosing cholangitis: evolving concepts in diagnosis and treatment // *Dig. Dis.* – 1997. – Vol. 15. – № 1-2. – P. 23-41.
27. Амосова Е.Н., Лыховский О.И., Скороходов Д.Ю., Сидорова Л.Л. Психовегетативные нарушения у больных хроническим бескаменным холециститом. Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матеріали симпозиуму. – Чернівці. – 1996. – С. 8.
28. Функциональные и иммунологические сдвиги в организме больных холециститом на различных этапах лечения и рекомендации по их коррекции // Санаторно-курортное лечение больных заболеваниями гепатобилиарной системы: Тезисы докладов территориальной научно-практической конференции, посвященной 110-летию курорта Моршин (11 мая, 1989 г.). – Моршин. – 1989. – С. 19-22.
29. Кушнир Л.Д. Морфофункциональное состояние толстой кишки у больных хроническим некаменным холециститом // Научно-практическая конференция “Хроническое воспаление и заболевания органов пищеварения”: Тезисы докладов. – Харьков. – 1991. – Часть II. – С. 42.
30. Завеля Э.М. Особенности реабилитации подростков с заболеваниями желчевыделительной системы в зависимости от состояния толстой кишки. Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матеріали симпозиуму. – Чернівці. – 1996. – С. 142.
31. Лыховский О.И. Изменения сердечно-сосудистой системы у больных хроническим бескаменным холециститом. Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матеріали симпозиуму. – Чернівці. – 1996. – С. 205-207.
32. Лыховский О.И. Диастолическая функция миокарда в условиях гипертонической пробы у больных хроническим бескаменным холециститом. Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матеріали симпозиуму. – Чернівці. – 1996. – С. 204.
33. Бугай Б.Г. Пролонговане дослідження кардіалгічного синдрому в контексті імунологічних змін при жовчокам’яній хворобі з проявами хронічного запального процесу гепатобіліарної системи // *Вісник наукових досліджень*. – 2001. – № 1. – С. 46-48.
34. Свінціцький А.С., Хомченкова Н.І, Білінкевич О.І., Козак Н.П. Частота уражень органів травлення у хворих ни остеоартроз. Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матеріали симпозиуму. – Чернівці. – 1996. – С. 299.
35. Волошин О.І., Ожеван Н.М. Особливості реабілітації хворих з супутніми захворюваннями гастродуоденальної та гепатобіліарної систем. Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матеріали симпозиуму. – Чернівці. – 1996. – С. 56.
36. Малкович Л.М. Особливості клініки та перебігу остеоартрозу у хворих з супутніми захворюваннями гастродуоденальної та гепатобіліарної систем і патогенетичні засоби їх корекції. – Автореф. дис.. – канд. мед. наук:14.01.02. Івано-Франків. держ. мед. акад. – Івано-Франківськ. – 1999. – 20 с. – укр

37. Вишневська Н.Ю. Горстрі гепатити і остеопороз // Інфекційні хвороби.- 2000.-№ 4. –С.49-52.
38. Андрейчин М.А., Бугай Б.Г. Частота і характер остеоартропатичного синдрому при хронічних запальних захворюваннях гепатобіліарної системи вірусного генезу // Інфекційні хвороби. – 2001. – № 3. – С.19-22.
39. Лабораторна діагностика імунних порушень в клініці / А.В. Єпішин, Б.Г. Бугай, Н.А. Хабарові та ін.– Тернопіль.– 1995.–19с.

УДК 616-006.6(477)

РАК В УКРАЇНІ: НОВІ І СТАРІ ПРОБЛЕМИ В НОВОМУ СТОЛІТТІ

Галайчук І.Й., Дрижак В.І., Мороз Г.С., Домбрович М.І., Загурська Н.О.

Кафедра онкології та радіології, Тернопільська державна медична академія

Злоякісні захворювання є однією з обтяжливих медичних і соціально-економічних проблем в Україні. Суспільна криза, що триває протягом останніх 15 років, негативно впливає на демографічну ситуацію в країні. Починаючи з 1991 року відсутній природній приріст населення, відмічається постаріння нації. Тепер смертність перевищує народжуваність більш ніж на 300 тисяч осіб щорічно. В загальній структурі смертності злоякісні хвороби займають друге місце (13-15 %), поступаючись лише серцево-судинній патології. А 35 % померлих від раку – це люди працездатного віку[1, 2].

Населення України за офіційними даними становить 48 мільйонів. В 2000 році в країні було зареєстровано 160 тисяч нових випадків раку (захворюваність 324 на 100 тис населення). В порівнянні з 1980 роком захворюваність зросла на 30 %. Згідно з прогностичними розрахунками в 2020 році буде 200 000 хворих на рак, тобто захворюваність зросте ще на 25 % в порівнянні з 2000 роком (табл. 1). Вже сьогодні ризик захворіти на рак протягом життя становить для чоловіків 28 %, а для жінок 18,5 % [1, 3].

Таблиця 1. Захворюваність на злоякісні новоутвори в Україні

Перехід від централізованої системи державного управління до ринкової економіки спричинив появу цілого ряду нових проблем, які були відсутні або не так гостро проявлялися в державі раніше. Наприклад, біля 60 % населення за своїм матеріальним становищем перебуває нижче офіційної межі бідності. Понад 7 мільйонів громадян України є трудовими мігрантами за кордоном. За показником витрат на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя Україна займає місце в четвертій десятці: 32 \$ (в США – 3750 \$) [4]. В державі відсутнє загальне медичне страхування. Існує конфлікт в правовому медичному полі, коли стаття 49 Конституції гарантує безкоштовне державне медичне забезпечення кожному громадянину, а насправді цього немає.

Антропогенне забруднення зовнішнього середовища в країні пов'язане з розвитком автотранспорту (автомобілі в Україні не мають каталізаторів), хімізацією промисловості і сільського господарства, ядерною енергетикою. На Півночі України біля шести мільйонів населення живе в умовах підвищеного рівня радіації – результату наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції (1986). Найбільш високою онкологічною захворюваністю відзначаються Південні і Східні регіони України, в яких знаходяться основні металургійні, вугільні та енергетичні комплекси [4, 5].

В Україні не заборонена реклама тютюнових виробів. Законодавча база стосовно боротьби з курінням в країні є недосконалою. В країні курять 51 % чоловіків і 19 % жінок. В той же час куріння є фактором ризику понад 25 хвороб, які в структурі смертності нашого населення становлять 75 %. Вважається, що куріння призводить до загибелі не менше 120 тисяч осіб щорічно, спричиняє 25-40 % випадків смертності від раку і є основною причиною раку легень (30 %) [4].

Відомо, що спосіб життя людини приблизно на 50 % визначає її здоров'я. Отже шкідливі звички (паління, алкоголь, наркотики), неправильне харчування, несприятливі умови праці, моральне і психічне навантаження, бідність, самотність, низький освітній і культурний рівень і т.д. – все це не можна ігнорувати, тому що в сукупності ці негативні фактори є основним фоном, а то й причиною розвитку хвороб [4, 6]. Природні кліматичні умови проживання та екологічні фактори (забруднення повітря, води, ґрунту) визначають ще 20 % здоров'я людини. Генетичний фонд популяції, схильність до спадкових хвороб – це також близько 20 %. І лише на 10 % здоров'я залежить від якості медичної допомоги.

Таким чином, розглядаючи проблеми онкологічних захворювань в суспільно-економічному контексті, стає зрозумілим, що сподіватися на значний прогрес в діагностиці та лікуванні раку в найближчий період не можна і це, навіть, не реально.

Захворюваність.

В структурі онкологічної захворюваності серед чоловічого населення України рак легень займає перше місце (22,3 %), далі йдуть – рак шлунка (11,4 %), шкіри (11,0 %), рак товстої кишки (10,6 %) і простати (5,7 %), сечового міхура (4,9 %). Для порівняння, серед американських чоловіків рак простати займає провідне місце (29 %), а далі – рак легень (14 %), товстої кишки (10 %), сечового міхура (6 %) [5, 7, 8].

Серед жіночого населення України злоякісні захворювання розподіляються таким чином: рак молочної залози (19,3 %), шкіри (14,4 %), товстої кишки (10,7 %), шлунку (7,7 %), тіла матки (7,5 %), шийки матки (6,1 %), яєчників (5,3 %), легень (4,8 %). Отже, раки молочної залози і репродуктивних органів становлять основну масу (~ 40 %) злоякісної патології у жінок України [3, 5].

В США рак молочної залози значно випереджує інші локалізації (30 %), далі йдуть рак легень (12 %), товстої кишки (11 %), тіла матки (6 %), яєчників (4 %). Рак шийки матки не входить в десятку найпоширеніших раків серед жінок США [7, 8].

Діагностика.

Співвідношення стадій злоякісних пухлин є важливим критерієм що впливає на ефективність хірургічного лікування. Перша-друга стадія діагностується в 42-81 % хворих при візуальних локалізаціях раку (молочна залоза, губа, шкіра, меланома, гортань, пряма кишка). У випадках невізуальних локалізацій: шлунок, стравохід, обвідна кишка, легені, – перша-друга стадія діагностується лише в 18-24 % хворих. Проте четверта стадія виявляється в 30-40 % хворих [3].

Смертність.

В Україні в загальній структурі смертності злоякісна патологія займає друге місце (13-15 %), поступаючись лише смертності від серцево-судинних захворювань. Показник смертності на 100 тисяч населення становить 192,4 (1999 р.) при захворюваності 321,4. В США серед білого населення захворюваність становить 402,9 на 100 тисяч, а смертність 167,5 [5, 7].

Більше 50 % смертності припадає на п'ять локалізацій: рак легень, шлунку, ободової і прямої кишки, та рак молочної залози (табл. 2). Вітчизняна статистика визначає дуже корисний показник, якого не вираховують на Заході, це – летальність до року первинних хворих. В значній мірі цей показник ретроспективно відображає реальну стадійність (табл. 3). До року з моменту діагностики помирає 68,8 % хворих на рак легень, 66 % хворих на рак шлунку, 76,2 % – на рак стравоходу, 48,7 % – на рак ободової кишки [5]. Не краща статистика і в країнах СНД [9]. Загалом серед усього числа первинних хворих летальність до року становить 41,5 %.

Таблиця 2. Смертність від основних злоякісних захворювань (1999-2000)

Локалізація раку	Абсолютне число	на 100 000 населення
Легені	18269	35,9
Шлунок	12877	25,0
Ободова кишка	5923	11,8
Пряма кишка	5577	11,2
Молочна залоза (ж)	6943	29,3

Таблиця 3. Летальність до року вперше виявлених онкохворих (1999)

Лікування.

Приблизно 60 % первинних хворих отримують спеціальне протиракове лікування. З них, у 35 % пацієнтів основним методом лікування є хірургічний, 21 % хворих отримує лише променеву терапію і 13 % – хіміотерапію. Тобто 69 % пацієнтів отримують монотерапію, і лише 31 % – комбіноване лікування. На жаль майже половині пацієнтів хірургічне лікування надається в хірургічних стаціонарах загального профілю, де як правило комбінованих методів не застосовують. В результаті тривалість життя таких пацієнтів у 2-3 рази коротша, ніж в спеціалізованих онкологічних стаціонарах. Низький процент радикального хірургічного лікування (6-20 %) спостерігається при невізуальних локалізаціях раку (легені, стравохід, шлунок, ободова кишка). І навпаки, при візуальних локалізаціях (рак молочної залози, губи, щитоподібної залози, шийки матки, шкіри) радикальність оперативного лікування становить 53-90 % [3].

Найкращим критерієм діагностичних та лікувальних спроможностей є показник виживання пацієнтів. При карциномах невізуальних локалізацій відмічається низький показник 5-річного виживання пацієнтів, незважаючи на рівень забезпечення медичної допомоги (табл. 4).

Таблиця 4. П'ятирічне виживання онкохворих в Україні і США

Однак прогрес в лікуванні візуальних і системних злоякісних захворювань явно очевидний в США (5-річне виживання > 80 %), при порівнянні з Україною (50 %) [5, 7].

Чому так? Тому що в Україні відсутні національні скринінгові програми, використовується застаріла (в 20-95 % випадків) лікувально-діагностична апаратура, а головне – здоров'я людини не розцінюється покищо як економічна категорія.

Висновки.

Онкологічні проблеми в Україні вимагають всебічного вирішення на політичному, правовому, економічному, соціально-культурному і медичному рівнях.

З медичної точки зору, для підвищення ефективності онкологічної допомоги необхідно:

- розробити національні скринінгові програми для населення віком після 45 років,
- налагодити систему протиракової освіти серед різних верств населення,
- збільшити програми з вивчення клінічної онкології в медичних вищих та середніх навчальних закладах,
- розробити національні діагностичні та лікувальні стандарти,
- запровадити систему безперервної медичної освіти для лікарів-онкологів,
- забезпечити лікарні сучасною діагностичною і лікувальною апаратурою,
- впроваджувати нові методи і лікувальні технології,
- здійснювати спільні наукові і клінічні дослідження з онкологічними центрами Західної Європи і Америки.

Література

1. Шалімов С.О., Федоренко З.П. Стан протиракової боротьби в Україні / X – з'їзд онкологів України. Матеріали з'їзду. – Київ, 2001 . – С. 3-4.

2. Galaychuk I.Y. Surgical oncology care in Ukraine: a general view // Tumori. – 2001. – Vol.87 (No.4). – S.87-88.
3. Статистика раку в Україні 1992-1997 рр. /С.О. Шалімов (ред.).– К., 1998. – 117 с.
4. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / В.М. Пономаренко (ред.). – К., 1998. – 310 с.
5. Рак в Україні, 1998-2000. Бюлетень національного канцер-реєстру України / С.О. Шалімов (ред.). – Київ, 2001. – 117 с.
6. Dignam J.J. Differences in breast cancer prognosis among African-American and Caucasian women // A Cancer Journal for Clinicians. – 2000. – Vol.50 (No.1). – P.50-64.
7. Greenlee R.T., Murray T., Bolden S., Wingo P.A. Cancer statistics, 2000 //A Cancer Journal for Clinicians. – 2000. – Vol.50 (No.1). – P. 7-34.
8. Ballard-Barbash R., Brown M.L., Potosky A.L. Exploring the role of prevention, screening, and treatment in cancer trends // American Society of Clinical Oncology Educational Book. – Alexandria, VA, 2002. – P. 127-136.
9. Трапезников Н.Н., Абдарахманов Ж.Н., Алиев Д.А. и соавт. Состояние онкологической помощи населению государств СНГ // Онкология. – 2000. – Т. 2. – №1-2. – С. 6-10.

УДК 616.284-002.3-089-039.76

НОВІ ВАРІАНТИ СЛУХОПОКРАЩУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

О.І.Яшан

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського, кафедра оториноларингології

Проблема реабілітації хворих на хронічний гнійний середній отит має велике значення передусім через високу частоту цього захворювання серед населення. За даними ВОЗ в різних країнах частота його коливається від 0,01 % до 0,46 %, причому в останні роки спостерігається зростання захворюваності на хронічний гнійний середній отит. Хронічний запальний процес у скроневої кістці може спричинити ускладнення з боку інших органів і систем організму, в тому числі і дуже небезпечні, іноді смертельні, внутрішньочерепні ускладнення.

Добре відомо, що вилікувати хворого на хронічний гнійний середній отит можливо лише оперативним шляхом. Сучасні способи хірургічних втручань у значної частини пацієнтів не дозволяють повністю використати всі існуючі можливості для досягнення оптимальних результатів.

Тому ми поставили мету дослідження: шляхом аналізу даних клініко-морфологічних досліджень, одержаних у хворих з патологією середнього вуха, розробити нові варіанти слухопокращуючих операцій, що дозволить підвищити ефективність хірургічної реабілітації хворих на хронічний гнійний середній отит.

Розглядаючи будову середнього вуха можна помітити неоднорідність перерізу повітровмісних порожнин. Так порівняно об'ємні порожнини: антрум, аттик та барабанна порожнина, з'єднуються між собою вузькими проміжками адитусом, тимпанальним перешийком та слуховою трубою.

Існування тимпанального перешийку та адитусу переважно розцінювалось як негативний фактор, що сприяє виникненню хронічних запальних процесів у середньому вусі. Саме у них Аімі [1], О.К. Пятякіна [2], В.В. Березнюк [3], Palva, Johnson [4]; спостерігали патологічні зміни.

З нашого погляду ці звужені простори середнього вуха відіграють певну роль в перебігу нормальних фізіологічних процесів та в розвитку хронічного гнійного середнього отиту, а відтак і у формуванні відношення до них при операціях на вусі.

Тому ми поставили завдання: дослідити епітеліальний покрив вузьких просторів середнього вуха та визначити їх функціональне значення у здорових людей та у хворих на хронічний гнійний середній отит.

Електронно-мікроскопічне дослідження покриву виявило, що адитус та тимпанальний перешийок в нормі вкриті миготливим епітелієм, який складається з чотирьох типів клітин: війчастих, келихоподібних, мікроворсинчастих та базальних. Головне навантаження лягає на війчасті клітини, у них базально розміщені ядра, а на апікальній поверхні розміщуються чисельні війки.

У хворих на хронічний гнійний середній отит адитус та тимпанальний перешийок теж вкриті війчастими клітинами з добре вираженими війками. В цитоплазмі клітин виявлені гіпертрофовані та просвітлені мітохондрії, що вказувало на підвищення функціональної активності клітини. У сполучно-тканинній пластинці теж були виявлені прояви підвищеної активності. Це проявилось підвищенням кількості мікрворсинок на люмінарній поверхні капіляра та зростанням числа піноцитарних пухирців у цитоплазмі ендотеліоцитів.

На основі цих досліджень ми зробили висновок: стінки вузьких тимпанального перешийку та адитусу в нормі вкриті миготливим епітелієм; у хворих “сухим” мезотимпанітом вузькі простори залишаються вкритими миготливим епітелієм, але у ньому спостерігаються морфологічні ознаки підвищеної активності.

Ми поставили завдання: порівняти стан епітеліального покриву барабанної порожнини та антруму у хворих на хронічний гнійний середній отит з метою одержання критеріїв для визначення обсягу оперативного втручання на вусі. Керуючись класифікацією Nelly [5] ми розділили стан покриву барабанної порожнини на 3 типи.

I тип мукоперіосту: блідо-рожева слизова оболонка з незначним набряком; при отомікроскопії виглядає як токий шар, що вкриває підлеглу кістку, з незначним судинним малюнком.

II тип мукоперіосту середнього вуха виглядає як значно потовщений, гіперемований шар з рівною поверхнею та вираженим судинним малюнком.

III тип мукоперіосту середнього вуха характеризується вираженим набряком тканин, що вкривають підлеглу кістку, з горбкуватою поверхнею та можливими поліпами.

При порівнянні покриву барабанної порожнини з покривом антруму виявилось, що у всіх хворих, в яких у барабанній порожнині виявлено перший тип слизової оболонки у антрумі знайдено покрив теж першого типу. Другий тип змін мукоперіосту барабанної порожнини спостерігався у 17 осіб, причому у 9 з них слизова антруму була також другого типу. У 8 пацієнтів у антрумі та адитусі було знайдено горбкувате покриття з грануляціями та поліпами (третій тип змін). У 16 хворих перед операцією в барабанній порожнині, на краях перфорації барабанної перетинки були виявлені грануляції або поліпи. У всіх них при тимпанопластиці в антрумі та адитусі знайдені грануляції та поліпозно-змінена слизова оболонка (теж третій тип). На основі цих досліджень ми зробили наступні висновки:

У більшості хворих на хронічний мезо- і епімезотимпаніт (84,4 %) за станом слизової оболонки барабанної порожнини можна судити про стан покриття антростоїдальних повітровмісних комірок.

Нормальна або блідо-рожева, незначно набрякла слизова оболонка на стінках барабанної порожнини вказує на те, що комірки соскоподібного паростку теж вкриті нормальним або першого типу мукоперіостом і свідчить про можливість зворотного розвитку запального процесу у антростоїдальних порожнинах без хірургічного втручання на цій ділянці. У хворих з гіперемованою і потовщеною слизовою оболонкою барабанної порожнини (другий тип змін) комірки соскоподібного паростку вкриті або такою ж слизовою оболонкою (теж другий тип), або мають ще глибші патологічні зміни (третій тип), що вказує на необхідність розкриття антростоїдальних порожнин у всіх хворих цієї групи.

Глибокі, незворотні зміни тканин, що вкривають стінки барабанної порожнини (грануляції, поліпи – третій тип змін) означають, що антростоїдальні комірки заповнені такими ж патологічними тканинами і для усунення запального процесу обов'язкове хірургічне втручання не тільки на барабанній порожнині, а й на кісткових комірках соскоподібного паростку;

Таким чином, хірургічна тактика при слуховідновних операціях в значній мірі визначається характером і глибиною патологічних змін виявлених в барабанній порожнині.

При першому типі мукоперіосту та відсутності епідермізації стінок у хворих на “сухий” мезотимпаніт можна виконати мірінгопластику. Ми модифікували відомий спосіб закриття перфорацій барабанної перетинки, коли край перфорації припікали розчином трихлороцтової кислоти, а дефект вкривали фасціальним трансплантатом. Суть модифікації полягає у тому, що гомофасціальний трансплантат частково розщеплюють по периметру та розміщують у перфорації як заклепку для більш надійного укріплення в перфоративному отворі.

Рівень закриття перфорацій барабанної перетинки методом фасціальної “заклепки” у віддаленому періоді – залежать від розміру перфорації.

Так, перфорацію менше 2 мм вдалось закрити у 90,0 % оперованих; перфорацію розміром 2,1-4,0 мм – у 68,2 %, а перфорацію більше 4,0 мм – у 10,0 % випадків. Цікаво, що ні у одного з хворих, яким в минулому виконували тимпанопластику, дефект закрити не вдалося.

Ці дані дозволили зробити наступний висновок. Закриття невеликих перфорацій барабанної перетинки, методом фасціальної “заклепки” є досить ефективним способом лікування хворих на хронічний “сухий” мезотимпаніт; такий спосіб не має впливу на функцію звукосприймаючого апарату вуха та з успіхом може застосовуватись у літніх осіб і у хворих з ураженням завитки; Недоцільно застосовувати мірінгопластику фасціальної “заклепки”: у хворих зі значними змінами слизової оболонки барабанної порожнини; при розмірах перфоративного отвору, які перевищують 4 мм; у хворих, які перенесли у минулому тимпанопластику на цьому вусі.

Аналізуючи причини негативних наслідків тимпанопластик, виконаних у клініці за останні 30 років, ми з’ясували, що в деяких випадках негативний результат виникає через ненадійний контакт трансплантату з держальцем молоточка. Тому ми розробили спосіб “канальної” фіксації трансплантату барабанної перетинки до держальця молоточка.

Він полягає у тому, що у фасціальному трансплантаті виконують сліпий канал, в який вводять робочий кінець інтродуктора і цим інтродуктором заводять трансплантат на держальце молоточка вище короткого відростка.

Для визначення ефективності запропонованого способу ми порівняли віддалені наслідки тимпанопластик, коли виконували канальну фіксацією трансплантату до держальця молоточка з результатами тимпанопластик, коли держальце молоточка вводили у отвір, виконаний в трансплантаті. При канальній фіксації закрити перфорацію вдалося у 94,9 % оперованих (в контрольній групі у 84 %). Лійкоподібної форми барабанна перетинка набула у 96,2 % оперованих (в контрольній групі – у 77,8 %). Втягнення барабанної перетинки зареєстровано відповідно у 1,3 % і у 13,3 %; латералізація барабанної перетинки – у 0 % і у 2,2%; згладжування переднього меатотимпанального кута у 1,3 % і у 11,1%. Середній поріг повітряно-проведених звуків на частотах 0,5-2 кГц становить $22,1 \pm 1,64$ дБ і $30,0 \pm 2,39$ дБ.

Ці дані дозволили зробити висновок: застосування канальної фіксації фасціального трансплантату до держальця молоточка сприяє підвищенню морфологічних і функціональних наслідків тимпанопластики.

При сануючих операціях за «відкритим» типом у хворих на хронічний гнійний середній отит в скроневої кістці утворюється велика порожнина, розміри якої слід зменшити - тобто виконати мастоїдопластику [6-8 та ін.]. Існуючі способи облітерації порожнини в соскоподібному паростку не дають надійного віддаленого результату. Ми спробували покращити кровопостачання тканин, пересаджених в трепанаційну порожнину судиною, яка знаходиться в операційному полі. Такою судиною може бути задня гілка поверхневої скроневої артерії.

У 56,6 % досліджуваних задня гілка відгалужувалась від поверхневої скроневої артерії після її виходу з-під виличної дуги та проходила назад впродовж нижнього краю скроневого м’язу. Пропальпувати її пульсацію можна в місці перехресту вушної раковини з скронеvim м’язом.

Для визначення можливості використання задньої гілки для кровопостачання пластичних клаптів ми порівняли наслідки мастоїдопластик кістково-окісно-м’язевим клаптем з різною орієнтацією ніжки: нижньою – в ділянці верхівки соскоподібного паростка та передньо-верхньою, в яку включено живлячу судину.

В 48 випадках використали кістково-окісно-м’язевий клапоть на передньо-верхній ніжці, в яку включили задню гілку поверхневої скроневої артерії. При 56 операціях застосували клапоть на нижній ніжці – в ділянці верхівки соскоподібного паростка, яка не містила судини.

Наслідки мастоїдопластики ми оцінювали за наступними показниками. Середній ліжкодень перебування хворих в стаціонарі після мастоїдопластики клаптем на нижній ніжці становив $(22,0 \pm 1,1)$ доби, а після мастоїдопластики клаптем на передньо-верхній судинній ніжці – $(17,4 \pm 1,0)$ діб. Після радикальної операції без мастоїдопластики 28 діб.

Рентгенологічна щільність ділянки соскоподібного паростка після мастоїдопластики клаптем на передньо-верхній судинній ніжці становила $(325,3 \pm 66,2)$ Од Хаузфільда, а після мастоїдопластики на нижній ніжці – $(226,2 \pm 27,8)$ Од.

Середній об'єм післяопераційної порожнини у хворих, які у минулому перенесли радикальну операцію на вусі, після застосування нижнього клаптя, зменшився до $(2,26 \pm 0,11)$ мл, а після застосування клаптя на передньо-верхній судинній ніжці до $(2,59 \pm 0,08)$ мл. Базуючись на цих даних ми зробили висновки.

Для заповнення трепанаційної порожнини при сануючих операціях у хворих з епідермізацією антромастоїдальних порожнин доцільно використовувати кістково-окістно-м'язевий клапоть на передньо-верхній ніжці, в яку слід включити задню гілку поверхневої скроневої артерії (при її наявності) та венозні судини, які завжди є в цій ділянці.

Облітерація мастоїдальної порожнини кістково-окістно-м'язевим клаптем на передньо-верхній судинній ніжці є більш доцільним, ніж застосування такого ж клаптя на нижній ніжці, бо дає можливість в порівняно невеликі строки отримати невелику суху епідермізовану порожнину та більш надійно облітерувати трепанаційну порожнину у скроневої кістці.

Умовою отримання позитивного результату при відкритих типах тимпанопластики є створення повітрової порожнини, в яку б входили вічко слухової труби та одне чи два вікна лабіринту. При створенні порожнини між тимпанальним клаптем та медіальною стінкою розміщують прокладку, виконану з синтетичного матеріалу (з тефлону чи силестику). Та часто між верхніми відділами прокладки і неотимпанальною мембраною виникає контакт, що веде до перфорування відновленої перетинки [9-11].

Ми запропонували нову комбіновану тефлоново-хрящову прокладку, яка вводиться на медіальну стінку барабанної порожнини. Прокладка складається з тефлонової пластини, на верхньому краю якої за допомогою пазу укріплена хрящова смужка. Прокладка використовується у двох варіантах: при тимпанопластичі 3 типу передній кінець тефлонової пластини вводиться в вічко слухової труби, у задньо-верхньому відділі виконують вирізку (в проекції вікна присінка), а на верхньому краю кріплять хрящову смужку.

Прокладка при застосуванні звукозахиста вікна завитки має менший вертикальний розмір, хрящову смужку теж кріплять на верхньому краю, а у задній частині виконують відросток, який вводиться в вікно завитки.

Аналіз віддалених наслідків виявив, що у всіх хворих (100%), яким виконали, як тимпанопластику III типу, так і тимпанопластику IV типу вдалося закрити перфорацію. Середній поріг повітряно-проведених звуків на частотах 0,5-2 кГц становив відповідно 30 дБ і 41,0 дБ, середній повітряно-кістковий інтервал – 16,5 дБ і 23,6 дБ, а покращення слуху – $(14,2 \pm 1,7)$ дБ після тимпанопластики III типу і $(14,8 \pm 1,7)$ дБ після тимпанопластики IV типу.

Висновок: при виконанні відкритих типів тимпанопластики доцільно відтворювати неотимпанальну порожнину за допомогою комбінованої прокладки, виконаної з тефлонової пластинки, на верхній частині якої укріплена хрящова смужка; така конструкція дає можливість поглибити неотимпанальну порожнину і попередити контакт синтетичного матеріалу з неотимпанальною мембраною.

Однією з важливих умов відновлення слуху у хворих на хронічний гнійний середній отит є наявність держальця молоточка [12, 13 та ін.]. Воно є запорукою надання барабанній перетинці конусоподібної форми та служить структурою, до якої можна фіксувати елементи звукопровідної системи. Але у більшості хворих, що перенесли у минулому загальнопорожнинну операцію на вусі молоточок відсутній. У пацієнтів з холестеатомою молоточок необхідно видалити через небезпеку рецидиву захворювання.

Ми запропонували спосіб, який дозволив відновити відсутнє держальце молоточка.

Суть способу полягає у тому, що для відновлення барабанної перетинки використовують фасціальний трансплантат, у якому виконують сліпий канал, направлений з периферії до центру. У цей канал вводять довгасти аутокістковий фрагмент, і разом їх вводять у барабанну порожнину так, щоб аутокістковий фрагмент опинився в положенні яке займає природне держальце молоточка.

Аналіз віддалених результатів виявив, що відновлення держальця молоточка вдалося досягти у 97,5% оперованих, закрити перфорацію – у 87,5%, причому лійкоподібної форми барабанна перетинка набула у 33,3% хворих. Середнє покращення слуху (повітряна провідність) на частотах 0,5-2 кГц складає $(15,7 \pm 1,9)$ дБ, а середній повітряно-кістковий інтервал – $(13,5 \pm 2,2)$ дБ.

Ці дані лягли у основу наступного висновку: У хворих з відсутнім держальцем молоточка доцільно відтворювати його в процесі відновлення барабанної перетинки фасціальним трансплантатом зі сліпим каналом, направленим з периферії до центру, в який занурено аутокістковий фрагмент довгастої форми.

Отже, запропоновані нові варіанти морфо-функціональних операцій на середньому вусі є ефективними вони дозволяють покращити результати хірургічної реабілітації хворих на хронічний гнійний середній отит.

Література

1. Aimi K Role of the tympanic ring in the pathogenesis of congenital cholesteatoma //Laryngoscope, 1983 Sep, 93:9, 1140-6.
2. Пятакина О.К., Храбриков А.Н., Быкова В.П. Клинико-морфологическая характеристика бока адитуса при хроническом гнойном среднем отите //Вестник оториноларингологии.1983.-№ 5.С. 9-13.
3. Березнюк В.В. Непроходимость адитуса и некоторые аспекты хирургической реабилитации больных хроническим гнойным средним отитом //Журн. ушн., нос. и горл. болезней. –1995.- № 3.- С.16-19.
4. Palva T., Johnsson LG. Epitympanic compartment surgical considerations: reevaluation //Am J Otol.- 1995.- Jul, 16:4.- P. 505-513.
5. Neely J. Tympanoplasty// Operative challenges in otolaryngology: Head and neck surgery, Ed. by H.Pillsbury, Year Book Medical Publishers, 1990.- P. 24-32.
6. Нечипоренко В.П. Применение частично декальцинированных костных аллотрансплантатов при мастоидопластике // Журн. ушн., нос. и горл. болезней.-1994.- № 5.- С.7-10.
7. Березнюк В.В., Моргачева А.К., Лыщенко Д.В. Показания к функционально-реконструктивным операциям по закрытому типу с частичной облитерацией антростоидальной полости //Журн. ушн., нос. и горл. хвороб.- 2000.-№ 5.- С.92-94.
8. Борисенко О.Н., Розенфельд Л.Г., Сушко Ю.А., Яловой С.Ф. Термография в оценке результатов мастоидопластики //Журн. ушн., нос. и горл. болезней.-1989.- № 3.- С.24-27.
9. Яшан И.А. Эндомеатальная тимпаноластика // К.: Здоров'я.- 1982.- с.120.
10. Сушко Ю.А. Некоторые аспекты IV типа тимпаноластики //Журн. ушн., нос. и горл. болезней.-1985.- № 6.С.61-65.
11. Bauer I; Salicon foliaval nyert tapasrtalator tympano //Ful-orr-gegegyogy.-1982.-Vol.- 28 N 4.-P.46-53.
12. Helms J [Modern aspects of tympanoplasty. An overview] //Laryngorhinootologie.- 1995.- Aug.- 74:8.- 465-7.
13. Goodhill J., Gussen R. The fate of ossicular allograft in tympanoplasty //Laryngoscope .-1983. -Vol. 93,№ 5. - P. 578-582.

ВНУТРІШНІ, ІНФЕКЦІЙНІ, НЕРВОВІ І ПСИХІЧНІ ХВОРОБИ

УДК 616.986.7-036]-097

ПЕРЕБІГ ЛЕПТОСПИРОЗУ ЗАЛЕЖНО ВІД ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ ОРГАНІЗМУ

М.А. Андрейчин, Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, В.С. Копча, В.О. Качор

Кафедра інфекційних хвороб

Лептоспіроз характеризується переважно тяжким перебігом і високою летальністю, що певною мірою залежить від здатності організму виробляти специфічні антитіла, проте даних про вплив гуморального імунітету на перебіг хвороби у літературі немає.

Спостерігали 361 хворого на лептоспіроз, з них чоловіків 69 %. Тяжкий перебіг хвороби був у 69,8 % осіб. Захворювання спричинені переважно лептоспірами серогрупи *Icterohaemorrhagiae* (87,8 %).

До факторів ризику смерті хворих на лептоспіроз відносили стать (летальність чоловіків була у 5 разів вищою, ніж жінок), значні порушення функціонального стану печінки й нирок, ранню сероконверсію (виявлення в крові специфічних антитіл до 10-го дня хвороби).

Наявність імунної відповіді організму в ранні строки захворювання супроводжувалась тяжким перебігом хвороби: за частотою рецидивів, основними показниками функціонального стану нирок і печінки, вищою летальністю (28,1 проти 9,7 % ($P < 0,001$) при однакових термінах надходження у стаціонар). Покращанню результатів лікування і зниженню летальності сприяло застосування в комплексному лікуванні протилептоспірозного донорського імуноглобуліну як замісної терапії та ентеросорбентів.

УДК 616.36-002.14-022-085.832.97

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ В І С

*М.А. Андрейчин, О.Л. Івахів, І.Я. Господарський, І.С. Іщук, Н.А. Ничик, Н.Ю. Вишневецька,
В.П. Борак, Г.В. Пізар*

Кафедра інфекційних хвороб

Актуальність вірусних гепатитів з парентеральним механізмом передачі пов'язана з високим відсотком несприятливих наслідків, серед яких – цироз печінки, гепатоцелюлярна карцинома, різноманітні позапечінкові прояви. Серед останніх все більше уваги заслуговують кріоглобулінемії, оскільки цей синдром спостерігається у 16-62 % хворих на гепатит С. Важливо, що захоплення віріонів кріопреципітатом може бути не тільки причиною спотворених і навіть несправжньонегативних результатів при визначенні вірусів гепатитів, але і “захищати” вірус від впливу етіотропної терапії.

Обстежено 128 хворих на хронічні гепатити (ХГ) середньої тяжкості (60 – на ХГ С, 41 – на ХГ В і 27 – на ХГ В+С). Окрім засобів базисної терапії, хворі отримували вітчизняний препарат інтерферону лаферон, або індуктори ендogenousного інтерфероноутворення аміксин чи циклоферон. Кріоглобулінемію майже утричі частіше знаходили у хворих на ХГ С, ніж на ХГ В і мікст-гепатит В+С. У пацієнтів, в яких анти-НСV IgM виявлялись понад 2 місяці від початку етіотропної терапії, кріоглобулінемія зустрічалася в 4,3 раза частіше (52,0 %), ніж у тих, в яких ці вірусоспецифічні антитіла зникали протягом 1-го місяця лікування (12,1 %, $P < 0,01$).

Таким чином, ефективність противірусного лікування значною мірою залежати від наявності у хворого кріоглобулінемії.

ВПЛИВ СИЛЛАРДУ П НА РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КРОВІ В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОКТОСИГМОЇДИТ

Андрейчин С. М.

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб № 2

У розпал хвороби досліджено реологічні властивості крові у 46 хворих на хронічний проктосигмоїдит, що супроводжувався діареєю, у період ранньої реконвалесценції – у 45. Вони були у віці від 18 до 40 років. Групу порівняння склали 25 здорових чоловіків і жінок того ж віку.

Обстежувані були розділені на дві групи. Перша (24 особи) отримувала традиційне лікування; друга (22 особи) – ті ж засоби і ректальне обпилення сорбентом силлардом П. Відповідно до завдань роботи визначали реологічні параметри еритроцитів: показник агрегації (ПАЕ), середній розмір агрегату (РАЕсер) та відсоток неагрегованих еритроцитів (ВНАЕ).

Легкий перебіг хронічних проктосигмоїдитів супроводжувався статистично вірогідними змінами ПАЕ, а ВНАЕ, РАЕ сер залишалися в межах норми. При середньотяжкому перебігу хвороби суттєво збільшувалися ПАЕ і РАЕ сер, зменшувалася ВНАЕ. Наприклад, при середньому ступеню тяжкості хвороби ПАЕ зріс до $(3,09 \pm 0,10)$ од (в нормі $1,41 \pm 0,03$ од, $P < 0,001$), РАЕ сер – до $(6,14 \pm 0,82)$ од (в нормі $2,96 \pm 0,15$ од, $P < 0,001$), а ВНАЕ знизився до $(15,57 \pm 1,70)$ % (в нормі $38,05 \pm 2,38$ %). Усі показники при середній тяжкості захворювань статистично вірогідно відрізнялися від таких при легкому перебігу.

У ранній реконвалесценції при легкому перебігу хронічного проктосигмоїдиту ПАЕ нормалізувався в обидвох групах незалежно від методу лікування. При середньотяжкому перебігу результати лікування були кращими в осіб другої групи. Тут показники ВНАЕ, РАЕ сер нормалізувалися, а ПАЕ достовірно покращився у порівнянні з гострим періодом. Деяко гіршими були результати терапії в першій групі. Тут жоден з реологічних показників крові не нормалізувався, але відмічалось їх вірогідне покращення в порівнянні з нормою, за винятком РАЕ сер.

УДК 616.155.392:612.313.1

СТАН НЕСПЕЦИФІЧНОГО ЗАХИСТУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ЛЕЙКОЗАМИ

В.П.Бабій, Н.Ф.Гоженко, В.П.Козлов, С.Г.Котюжинська

кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології
Одеський державний медичний університет

Еміграція лейкоцитів на слизову оболонку ротової порожнини є одним із важливіших механізмів неспецифічного захисту, тому вивчення стану інтенсивності еміграції лейкоцитів у хворих з гострими та хронічними лейкозами було основною метою дослідження. У плазмі крові та змивах ротової порожнини визначали вміст нітритів (NO_2), функціональну активність лейкоцитів за НСТ-тестом. Групу хворих склали люди (16) віком 20-65 років. До контрольної групи входили здорові люди (18) того ж віку.

Показано, що інтенсивність еміграції лейкоцитів на слизову оболонку ротової порожнини суттєво змінювалась у хворих (стадія бластного кризу) порівняно з контрольною групою і становила $50,9 \pm 15,6$ тис/хв і $76,2 \pm 12,3$ тис/хв відповідно. Спостерігалось також зменшення функціональної активності лейкоцитів за НСТ-тестом у змивах (до 2,5% у групі з гострим та 4,7% у групі з хронічним лейкозом) і вміст NO_2 до $30,9 \pm 4,4$ мкмоль/л у порівнянні з контролем. Проте концентрація NO_2 у плазмі крові хворих була підвищена на 100% відносно контрольної групи.

Таким чином, отримані дані свідчать про глибокі порушення еміграції лейкоцитів на слизову оболонку ротової порожнини та порушення їх функціональної активності. Обмін оксиду азоту не є визначальним фактором виявлених порушень.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛІРІЮ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ

С.В.Білоус

Кафедра психіатрії з курсом основ психології та медичної психології

Обстежено 103 хворих на алкоголізм чоловіків з алкогольним делірієм. У 5 з них алкоголізм сформувався у віці до 20 років, у 29 – до 25 років, у 26 – до 30 років. Таким чином, у 60 обстежених (58,2 %) алкоголізм сформувався у молодому віці, причому період між початком формування алкоголізму і розвитком білої гарячки у чоловіків до 28 річного віку складає 3,0-5,7 років, тоді як у більш старшому віці цей інтервал подовжується до 7-11 років. Необхідно відмітити, що у хворих молодого віку часто розвиваються полярні форми алкогольного делірію – абортивна форма у 13 хворих (21,7 %), або ж онейроїдний та муситуючий варіанти білої гарячки – 19 хворих (31,6 %). Навіть при типовому перебігу алкогольного делірію у третини хворих спостерігались тактильні та ротоглоточні галюцинації, що вказує на більш виражений токсикоз, тобто прийом неякісних алкогольних напоїв. У 21 хворого (35 %) алкогольний делірій супроводжувався судомним синдромом. Слід підкреслити, що розвиток судомного синдрому при делірії призводить до важкого і тривалого перебігу останнього (3 випадки закінчились летально), тобто є прогностично несприятливою ознакою.

Таким чином, перебіг алкогольного делірію в молодому віці має свої суттєві особливості, які необхідно враховувати при розробці терапевтичних заходів.

УДК 616.127-005.8-056.7-008.846.1-06:612.115.2

ВПЛИВ ГІПЕРУРИКЕМІЇ НА ГЕМОСТАЗОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

Боднар Р.Я.

Кафедра факультетської терапії

Проведено співставлення показників згортальної і фібринолітичної активності крові у 12 хворих на інфаркт міокарда (ІМ) з гіперурикемією (І група) із даними 12 пацієнтів з ІМ без гіперурикемії (ІІ група), які визначалися за методами К.А. Захарія із співавт. (1995).

Результати порівняльного аналізу засвідчили, що у хворих І групи в першу добу розвитку ішемічно-некротичного процесу спостерігається більш виражена активація системи зсідання крові. Так, вміст фібриногену у них перевищував контрольні показники на 30,43 %, активність XIII фактора – на 26,82 %. Водночас у хворих ІІ групи, відповідно, – на 19,56 % і 11,81 %. Гіперкоагуляційний синдром підтверджений також сповільненням часу рекальцифікації плазми, високим протромбіновим індексом, сповільненням фібринолізу, а також даними коагуляційного тесту. Відмічено інтенсифікацію МА на 24,77 % у пацієнтів І групи і на 18,57 % – ІІ групи, зростання Н, зниження Т₂ на 10,71 % і 9,69 %, а також стимуляцію тромбoplastинової ланки, що підтверджується високим індексом тромбoplastин-тромбінової активності та низьким індексом інактивації тромбoplastину і тромбіну (1,49±0,15 і 2,01±0,16). Отримані результати свідчать про більш високий рівень передтромботичного стану у хворих на ІМ з гіперурикемією, при цьому вказана особливість зберігається у пацієнтів І групи протягом трьох діб. В той же час у хворих ІІ групи всі показники мали рівномірну тенденцію до нормалізації. Таким чином, гіперурикемія впливає на гемостазологічний стан крові, а це, в свою чергу, вимагає пошуку нових методів його корекції у зазначених хворих.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ГЕМОДИНАМІКИ ЛЕГЕНЬ ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ОСІБ ЗА РІЗНИХ ТИПІВ ПОГОДИ

С.Н.Вадзюк, О.В.Денефіль, Н.М.Волкова, Н.Є.Зятковська, І.Я.Папінко

Кафедра нормальної фізіології

Вивчали вплив погоди на особливості вегетативної регуляції, гемодинаміку легень практично здорових осіб чоловічої статі та рухову активність щурів. Обробку результатів проводили методом Стьюдента, Фішера-Стьюдента, непараметричної статистики.

Виявлено, що вегетативне забезпечення серцевої діяльності за II типу погоди займає проміжне положення між I і III типами при ортостатичному навантаженні. У метеочутливих осіб менш активно включається центральний контур регуляції серцевого ритму за умов III типу погоди. В умовах III типу погоди в горизонтальному положенні тіла спостерігається посилення кровонаповнення легень, збільшення швидкості кровотоку та інтенсивності венозного відтоку крові. Рухова активність інтактних тварин не залежить від типу погоди.

УДК: 613.62-616.833.5-616.7111

ДО ПИТАННЯ ВЕРИФІКАЦІЇ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ПОПЕРЕКО-КРИЖОВОЇ РАДИКУЛОПАТІЇ У ГІРНИКІВ

Валуцина В.М., Смоленко Л.В., Крюкова Л.Б.

НДІ медико-екологічних проблем Донбасу та вугільної промисловості, м. Донецьк

У структурі професійної захворюваності в Україні на першому місці стоять захворювання органів дихання, а друге місце займає патологія захворювання опорно-рухового апарату і периферійної нервової системи. Особливо це питання є актуальним для робітників вугільної промисловості. Цьому сприяють систематичні фізичні навантаження в умовах вимушеної робочої пози робітника в сполученні з впливом високих рівней вібрації, несприятливого мікроклімату.

У гірників з попереково-крижовою радикулопатією переважають одночасне сполучення таких синдромів: рефлекторний (м'язово-тонічний, вегетативно-судинний або нейродістрофічний); корінцевий; корінцево-судинний. Найчастішим і майже завжди найбільш значущим є больовий синдром – варіабельний по розповсюженості, характеру, вираженості, постійності ірадіації, залежності від рухів і інших факторів. Клініко-патологічні особливості болю уточнюються рядом відомих прийомів дослідження, що встановлюють наявність і локалізацію больових точок та зон, а також багаточислених, так званих, симптомів натягіння.

Попереково-крижова радикулопатія потребує верифікації ступеню її проявлення, що має принциповий характер при вирішенні експертних питань. Для об'єктивізації наявності патологічного процесу і больового симптому нами були використані такі методи дослідження: визначення регіонарного лейкоцитозу порогови больового роздратування та болю в склеротомних і міотомних зонах нижніх кінцівок, дермотермоасиметрії на дистальних відділах кінцівок і тулуба.

На основі різниці показників “здорової” та “хворої” сторон, прирості змін визначали характер перебігу процесу (загострення, ремісія), а також ступень больового симптому.

СОЦІАЛЬНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ТРИВОЖНО ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

О.П. Венгер

Кафедра психіатрії з курсом основ психології та медичної психології

Нами проведено клінічне та експериментально-психологічне обстеження 34 хворих з тривожно депресивними розладами невротичного генезу.

Результати інтерв'ю, а також експериментально-психологічного обстеження з використанням проєктивних методик – тесту Роршаха, Люшера, ТАТ, Розенцвейга, а також шкали тривоги Спілбергера-Ханіна, показало наступні особливості тривожно депресивного неврозу: 1) хворі відносились переважно до тривожно-боязкого (68 %), педантичного (56 %), ананкастичного (34 %) типів; 2) поєднання в одному комплексі тривожного та гіподепресивного синдрому (87 %); 3) переважали риси в'язкості на фоні педантичності і тривожної боязливості; 4) аналіз розподілу “зон конфліктів” свідчив про перевагу їх в наступних сферах і опасання (90 %); 5) осмислення провини (42 %), невпевненість в відношенні до майбутнього (98 %), вину в минулого (34 %); 6) нароста тривога пов'язана з макросоціальними чинниками: інтенсивним впливом засобів масової інформації (демонстрація катастроф, війн, вбивств, загроза безробіття та ін.) та матеріалами, які несуть ворожість, злобу, насильство, викликають агресію.

Таким чином, у хворих з тривожно депресивними розладами невротичного генезу “зони конфлікту” направлені в макросоціальну сферу, що пов'язано з соціальною дезадаптацією внаслідок переважання педантичних та тривожно-боязких рис характеру обстежуваних.

УДК: 616.155.194.8:616.1/4-08:574.11

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ВТОРИННИХ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ

С.В. Видиборець

Кафедра гематології та трансфузіології

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Мета роботи – дослідити стан вторинних метаболічних порушень у хворих на залізодефіцитну анемію (ЗДА) за показниками вмісту фізіологічно активних сполук – вільного гепарину (ВГН), вільного серотоніну (ВС), вільного гістаміну (ВГ), молочної (МК) і пірвіноградної (ПВК) кислот у плазмі крові, молекул середньої маси (МСМ) у сироватці крові та еритроцитарній ланці гомеостазу за показниками вмісту 2,3-ДФГ, АТФ та функціонально значимих мікроелементів – заліза, міді, цинку в еритроцитах, провести порівняльний аналіз із їх рівнем у здорових осіб.

Обстежено 135 хворих на ЗДА. Контрольну групу склали 45 первинних донорів. Нами встановлено корелятивні взаємозв'язки між показником значень сироваткового заліза і показниками концентрації гемоглобіну ($r=0,778$, $p<0,001$), кількості еритроцитів ($r=0,752$, $p<0,001$), MCV ($r=0,825$, $p<0,001$), MCH ($r=0,757$, $p<0,001$) і вмісту ВГН ($r=-0,631$, $p<0,001$), ВГ ($r=-0,441$, $p<0,001$), ВС ($r=-0,398$, $p<0,001$), МК ($r=-0,689$, $p<0,001$), ПВК ($r=-0,649$, $p<0,001$), значенням коефіцієнту співвідношення МК:ПВК ($r=0,615$, $p<0,01$) у плазмі і МСМ ($r=-0,583$, $p<0,001$) у сироватці крові, 2,3-ДФГ ($r=-0,704$, $p<0,001$), АТФ ($r=-0,599$, $p<0,001$), заліза ($r=0,693$, $p<0,001$), міді ($r=0,632$, $p<0,001$), цинку ($r=0,617$, $p<0,001$) у відмитих еритроцитах периферичної венозної крові. Не прослідковували корелятивного взаємозв'язку між показниками значень сироваткового заліза і значенням коефіцієнту співвідношення ВГ:ВС ($r=-0,133$, $p<0,1$).

Таким чином, ЗДА супроводжується значними вторинними метаболічними порушеннями на фоні сидеропенії і анемічної гіпоксії, що слід враховувати при призначенні комплексу терапевтичних засобів.

ДИНАМІКА РІВНІВ РААС У ХВОРИХ НА ПРОТЯЗІ ПЕРШОГО РОКУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Вятченко О.В., Савицький С.Ю., Слєдзєвська І.К.

УНПЦ ЕМД та МК, УНДІ кардиології ім.М.Д.Стражеско

Не підлягає сумніву, що підвищення рівню активності ренін-ангіотензін-альдостеронової системи (РААС) – незалежний фактор ризику виникнення ІХС та її ускладнень, зокрема інфаркту міокарда (ІМ). Вивчали динаміку рівнів ланцюгів РААС (ренін, ангіотензін ІІ, альдостерон, вазопресин) у хворих різних вікових груп. Обстежено 15 хворих, що перенесли ІМ, вік яких не перевищував 39 років (у середньому (33,3±0,3) р.) – 1 група, та 25 хворих 50-59 років (у середньому (52,1±0,3) р.) – 11 група. Всі хворі перенесли великовогнищевий (трансмуральний) ІМ. Артеріальна гіпертензія (АГ) відмічена в 1 гр. у 3 хворих, в 11 гр. – у 12 хворих (р< 0,05). Перше обстеження проводилося через 3-3,5 місяців, повторі – через 6 і 12 місяців після ІМ. У хворих обоїх груп при першому обстеженні в рівній мірі відмічено високі рівні реніну (Р) плазми крові. Рівень ангіотензину ІІ (АІІ) у 1 гр. суттєво перевищував такий у 11 гр. Рівень альдостерону і вазопресину (А і В) знаходився у межах нормальних значень. При повторних обстеженнях відмічено поступове зниження рівнів гормональних вазопресорних субстанцій (більш повільно у 11 гр.) до нормальних значень.

Таким чином, оптимізація антиангінальної терапії під час відновлюваного періоду після перенесеного ІМ передбачає більш широке і довготривале призначення інгібіторів АПФ, незважаючи на відсутність АГ, особливо людям молодшого віку.

УДК:616.155.392-036

ІМУНОФЕНОТИПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АТИПОВОЇ ФОРМИ В-КЛІТИННОГО ХРОНІЧНОГО ЛІМФОЛЕЙКОЗУ

С.М. Гайдукова, О.А. Карнабеда

Кафедра гематології та трансфузіології
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Вивчали мазки периферичної крові 102 хворих В-ХЛЛ, враховували цитологічні особливості пухлинних лімфоцитів та їх кількість. Усі хворі були розподілені на дві групи. Першу групу (І) склали 79 хворих (77,5 %) (47 чоловіка та 32 жінки), віком в середньому, 65,5±0,75 із типовою морфологічною картиною периферичної крові (> 90% малих лімфоцитів). Другу групу(ІІ) – 23 хворих (22,5%)(17 чоловіка та 6 жінок), віком в середньому, 62,±1,0 з атиповою морфологічною картиною периферичної крові (< 90 % малих лімфоцитів). Імунофенотипування пухлинних клітин проведено співробітниками відділу цитохімії та імуноцитології КІЕПОР ім. Р.Е. Кавецького (зав. відділом професор, д.м.н. Глузман Д.Ф.) із використанням моноклональних антитіл – ПАП-методом. Експресія – пан В-клітинних антигенів (CD19,CD20, HLA-DR) та Т-клітинного (CD5) на пухлинних клітинах хворих І та ІІ групи достовірно не відрізнялось (р>0,05). Однак, на пухлинних клітинах хворих ІІ групи, рівень експресії мієлоїдних(CD11с, CD11b) та активаційних (CD23, CD25, CD38) антигенів був достовірно вищий (р<0,05). Кількість хворих з експресією CD11с, CD11b,CD23, CD25, CD38 антигенів у хворих із типовою морфологією периферичної крові була визначена у достовірно меншій кількості хворих. На підставі вивчення особливостей В-ХЛЛ в постчорнобильський період визначено, що для пухлинних клітин хворих, які проживають на контрольованих територіях Київської області більш характерна атипова морфологічна картина периферичної крові з експресією активаційних та мієлоїдних антигенів, що доводить про неоднорідність походження пухлинного клону при В-ХЛЛ.

ВПЛИВ ФЛУРЕНІЗИДУ НА ПОКАЗНИКИ ІМУННОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІСЛОНЕФРИТ

О.В. Гевко

Кафедра факультетської терапії

Вивчено імуномодулюючі властивості нового антимикробного препарату флуренізиду у хворих на хронічний пієлонефрит (ХП). З цією метою проведено дослідження імунного статусу у 90 хворих на ХП, яких розділили на дві групи. До першої групи увійшло 45 пацієнтів, яким було призначено традиційне лікування. Представникам другої групи (n=45) додатково включили флуренізид по 0,3 двічі на добу протягом 14 днів. Імунну реактивність визначали в реакції непрямой флюоресценції за допомогою мишачих моноклональних антитіл. Концентрацію сироваткових імуноглобулінів класів А, М і G визначали за методом Манчіні (з антисироватками проти імуноглобулінів людини), а концентрацію ЦІК – за методом Й.І.Хоткової (1978).

Загострення ХП супроводжувалось розвитком вторинного імунодефіцитного стану, що проявлялось недостатністю як клітинного, так і гуморального імунітету. Зокрема, констатовано зниження вмісту CD3, CD4, CD16 і зростання кількості CD8 та CD22. Імуноглобуліни класів А, М, G та ЦІК також були достовірно вищими за норму.

Включення в комплексне лікування флуренізиду дозволило відновити імунний гомеостаз у хворих на ХП. Флуренізид сприяв збільшенню вмісту CD3, CD4, CD16. Нормалізувався вміст CD8 та CD22 і концентрація Ig G, Ig A, Ig M. Після лікування флуренізидом констатовано нормалізацію ЦІК.

Таким чином, отримані результати свідчать про імуномодулюючу властивість флуренізиду у хворих на хронічний пієлонефрит, що обґрунтовує його доцільність використання в нефрологічній клініці.

УДК 616.33/34: 616. 072.1

ЕНДОСКОПІЧНА СОНОГРАФІЯ ЯК МЕТОД ОБСТЕЖЕННЯ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

С.В. Герасимчук, Н.В. Коршак

Кафедра медицини невідкладних станів з діагностикою та медичною інформатикою
Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр ім.Поліщука

Мета дослідження: вивчити можливості ендоскопічної сонографії для диференційної діагностики виявлених при ЕГДС підслизових утворів верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Матеріали та методи: обстеження проводилось з використанням апарата УЗД Aloka SSD-2000 з спеціальним механічним мікродатчиком 10 МГц та гастроуденоскопа Olympus.

Результати: обстежено 275 пацієнтів віком від 18 до 72 років. З них у 77 пацієнтів (28 %) було виявлено патологію прилеглих органів, в 55 (20 %)-особливості анатомії, в 143 (52 %) – патологічний процес локалізувався в стінці стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки.

Висновки: ендоскопічна сонографія є високоінформативним діагностичним методом, який дозволяє визначити поширену структуру стінки стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, ступінь поширення патологічного процесу, провести диференційну діагностику підслизових утворів верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та виявити патологію суміжних органів.

ХАРАКТЕР ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Л.А.Гришук, С.І.Корнага

Курс фтизіатрії

Перебіг туберкульозу легень нерідко ускладнюється ураженням гепато-біліарної системи, які спостерігаються у 9-93,8 % хворих. Це зумовлено як туберкульозною інтоксикацією, так і токсичною дією протитуберкульозних препаратів.

Проаналізовано 1287 історій хвороб пацієнтів, які знаходилися на лікуванні в Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері. Патологія гепато-біліарної системи виявлена у 124 (9,6 %) осіб. Чоловіків було 86 (69,4 %), жінок – 38 (30,6 %). За віком хворі розподілилися таким чином: до 39 років – 37 (29,8 %), від 40 до 59-55 (44,4 %), понад 60 років – 32 (25,8 %). Мікобактерії туберкульозу виділяли – 71 (57,3 %), розпад легеневої тканини виявлений у 80 (64,5 %) хворих. Геморагічні ускладнення спостерігалися у 15 (12,1 %) пацієнтів. Серед супутніх захворювань гепато-біліарної системи найчастіше спостерігалися токсичний гепатит – у 53 (42,7 %), хронічний гепатит – у 51 (41,1 %), рідше – гепатохолецистит – у 12 (9,7 %) та цироз печінки – 8 (6,5 %). Токсичний вплив на печінку під дією ізоніазиду констатований у 42 (44,9 %) хворих, рифампіцину – у 54 (43,5 %) і піразинамиду – у 22 (19,4 %). Ефективність лікування хворих на туберкульоз легень з супутньою патологією гепато-біліарної системи була достовірно нижчою 34,1 %, ніж у осіб без супутньої патології печінки 65,9 % ($P < 0,05$).

Загалом, супроводні захворювання гепато-біліарної системи, зокрема токсичні та хронічні гепатити, спостерігалися у 9,6 % хворих на туберкульоз легень, частіше у чоловіків, віком від 40 до 59 років, з поширеними деструктивними формами. Наявність подібної супровідної патології печінки значно знижує ефективність лікування хворих.

УДК 618.19-006.6-085.849.114+615.28

РОЛЬ СЕКВЕНЦІАЛЬНОЇ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ХІМІОПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОМУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

В.В. Гусак, Р.В. Сенютович, Е.В. Олійник, Д.А. Чумак, І.В. Тащук

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії
Буковинська державна медична академія

Метою нашого дослідження було вивчення ступеня місцевої регресії пухлини та віддаленого виживання після різних варіантів неоад'ювантної променевої терапії (НАПТ) – 339 хворих, неоад'ювантної хіміотерапії (НАХТ) – 200 хворих та секвенціального їх поєднання (НАПТ – НАХТ, НАХТ – НАПТ) – 77 хворих. Ступінь місцевої регресії пухлин після різних варіантів лікування була наступною: НАХТ повна ремісія 4 (8,0 %), часткова ремісія 24 (48,0 %), стабілізація 22 (44,0 %); НАПТ повна ремісія – 6 (9,1%), часткова ремісія 32 (50%), стабілізація 26 (40,9%); НАХТ-НАПТ повна ремісія 5 (12,5 %), часткова ремісія 23 (57,0 %), стабілізація 12 (30,0 %); НАПТ-НАХТ повна ремісія 3 (8,0 %), часткова ремісія 15 (40,0 %), стабілізація 19 (57,0 %).

Виживання хворих після різних варіантів неоад'ювантної терапії склало: НАПТ, операція Холстеда і АХТ – до 1 року (75,1 %), до 2 років (56,9 %), до 3 років (52,19 %), до 4 років (46,13 %), до 5 років (40,75 %); НАХТ операція Пейті і АХТ – до 1 року (74,8 %), до 2 років (68,6 %), до 3 років (64,8 %), до 4 років (63,1 %), до 5 років (58,0 %); НАХТ – НАПТ – до 1 року (75,0 %), до 2 років (72,5 %), до 3 років (65,0 %), до 4 років (60,0 %), до 5 років (60,0 %); НАПТ – НАХТ – до 1 року (73,0 %), до 2 років (65,0 %), до 3 років (62,1 %), до 4 років (58,0 %), до 5 років (50,0 %).

Аналіз отриманих даних свідчить, що послідовне застосування НАХТ і променевої доопераційної терапії супроводжується найбільшим відсотком повних регресій пухлин (12,5 %). Різниця у 3-х річному виживанні хворих після НАХТ і секвенціальному її поєднанні з променевою терапією немає.

Суттєвим і статистично значимим є підвищення п'ятирічного виживання хворих з включенням в схему лікування неоад'ювантної хіміотерапії, порівняно з чисто променевою терапією на 17 %.

ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ ЦИТОСТАТИКІВ ЯК РАДІОМОДИФІКАТОРУ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

В.В. Гусак, Р.В. Сенютович, Д.А. Чумак, І.В. Тащук, Е.В. Олійник

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії
Буковинська державна медична академія

Проаналізований досвід лікування 21 хворої з раком молочної залози, яким трансдермальний електрофорез цитостатиків був використаний як радіомодифікатор променевої терапії. На ділянку ураженої молочної залози та навколомамарні тканини накладали прокладки, змочені розчином 5-фторурацилу (1000 мг препарату розчиняли в 50 мл фізіологічного розчину NaCl). Гальванізацію здійснювали апаратом “Поток-1” з площею гідрофільних прокладок 200 см². Щільність струму 1-2 мА/см², експозиція 40 хв. Повної регресії злоякісного процесу в результаті проведеного лікування в основній групі було досягнуто у 14,3 %, часткової – у 57 % пацієнтів. Найвищий ступінь повної регресії спостерігався при лікуванні хворих на рак молочної залози T₂₋₃N₀₋₁M₀.

Пацієнтки з первинною пухлиною, класифікованою як T₂, мали найвищу безпосередню ефективність у своїй підгрупі. Електрофорез збільшував число повної регресії при застосуванні доопераційної променевої терапії на 5,2 %, часткової регресії – на 7 %. В цілому відсоток хворих, у яких було досягнуто терапевтичного ефекту, при поєднанні променевої терапії з електрофорезом збільшувався на 12,2 %.

Електрофорез цитостатиків у поєднанні з доопераційною променевою терапією раку молочної залози є достатньо ефективним методом лікування цієї патології, сприяє зменшенню розмірів пухлинної інфільтрації, покращенню самопочуття хворих, збільшенню числа повних і часткових регресій пухлин на 5,2 % та 7,0 % відповідно в порівнянні з контрольною групою.

Через 3-4 тижні після закінчення променевої терапії з трансдермальним електрофорезом всім хворим проведена операція, у 14 – радикальна мастектомія по Холстеду, у 7 – за Пейті. Післяопераційний період у всіх пацієнток проходив без ускладнень, рани загоїлись первинним натягом. Після операцій проводили від 4 до 6 курсів ад’ювантної полі хіміотерапії і гормонотерапію.

УДК 616.379-008.64-085:613.26-06:616.36-073.432.19

ДИНАМІКА УЛЬТРАЗВУКОВИХ РОЗМІРІВ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ІНСУЛІНОЗАЛЕЖНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З ГЕПАТОМЕГАЛІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ “НЕОСЕЛЕНОМ” В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ КОМПЕНСАЦІЇ ХВОРОБИ

Н.Я. Давидович, О.В. Давидович

Кафедра факультетської терапії,
кафедра фармакології з курсом клінічної фармакології

При вивченні впливу “Неоселену” на зміну ультразвукових параметрів печінки у хворих з ІЗЦД виявлено виражений позитивний ефект цього препарату на нормалізацію її розмірів. Так, косий вертикальний розмір зменшувався на 14,0 %, товщина правої долі – на 11,0 %, а товщина лівої – на 19,0 % (p<0,05), причому останній показник максимально наближався до контрольних величин.

Проаналізовано динаміку змін сонограми печінки залежно від ступеня компенсації діабету. Найбільш виражений нормалізуючий ефект спостерігався в групі хворих з субкомпенсованим перебігом. Так, косий вертикальний розмір правої долі зменшився з (18,80±0,36) до (14,45±0,23) см (p<0,05), тобто на 9,0 %, товщина правої долі – з (12,40±0,36) до (11,00±0,48) см (p<0,05) або на 13,0 %, товщина лівої – з (6,12±0,22) до (5,46±0,19) см (p<0,05), що становило 11,0 %. При декомпенсації хвороби спостерігалось зменшення вищезгаданих параметрів на 7,0; 9,0 та 10,0% відповідно. У кетоацидозі мало місце лише достовірне зменшення товщини правої долі – з (14,60±0,68) до (13,58±0,37) см (p<0,05), тобто на 7,0 %.

Отримані результати дослідження свідчать про важливу роль печінки в механізмах компенсації цукрового діабету і можливість відновлення її функціонального стану під впливом “Неоселену”.

АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ*О.В. Давидович, В.О. Куць, Н.Я. Давидович*Кафедра фармакології з курсом клінічної фармакології, кафедра факультетської терапії
кафедра кардіології, Київська державна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Питання вибору антигіпертензивного засобу для лікування хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) на фоні цукрового діабету (ЦД) щоденно постає перед лікарем-терапевтом. За даними наукових досліджень останніх років інгібітори АПФ виходять на перше місце у таких хворих, що зумовлено наявністю виражених кардіо-, нефро-, та вазопротекторних властивостей препаратів цього класу. Ця група медикаментів також зменшує рівень протеїнурії завдяки здатності знижувати високий внутрішньогломерулярний тиск. Терапію необхідно починати з невеликих доз (наприклад, 12,5 мг каптоприлу, 5 мг еналаприлу) з метою попередження розвитку гіпотензії. Крім цих препаратів використовують беназеприл 10-40 мг/д, квінаприл 5-20 мг/д, лізоприл 5-40 мг/д, періндоприл 1-16 мг/д. Добова доза розподіляється найчастіше на два прийоми. Одним з найбільш ефективних інгібіторів АПФ третього покоління є моноприл, який добре переносять хворі на інсулінозалежний ЦД. Його призначають в дозі 20 мг/д.

Інша група препаратів при інсулінорезистентності та ЦД II типу з супутньою АГ є альфа-адреноблокатори (починають терапію з 0,5 мг празозину, 1 мг доксазозину). Важливою перевагою цих препаратів є сприятливий вплив на ліпідний обмін.

Медикаменти класу антагоністів ангіотензину II мають перевагу у хворих з ЦД при наявності кашлю в разі застосування інгібіторів АПФ та при діабетичній нефропатії (лозартан – 50-100 мг/д, валзартан – 80-160 мг/д, апровель – 75-300 мг/д). Антагоністам кальцієвих каналів (верапамілу та ділтіазему) властиво попереджувати прогресування діабетичної нефропатії.

УДК 616.379-008.64-085-036.8-06:616.36-071

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ З ВКЛЮЧЕННЯМ ХАРЧОВОГО ДОДАТКУ “НЕОСЕЛЕНУ” У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ I ТИПУ З УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ ЗА ДАНИМИ ДИНАМІКИ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ*Н.Я. Давидович, О.В. Давидович, А.М. Швед*Кафедра факультетської терапії, кафедра фармакології з курсом клінічної фармакології,
Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня

36 пацієнтам, хворим ІЗЦД з ураженням печінки, призначали комплексну терапію, до якої включали “Неоселен” по 100 мкг щоденно за 30 хв до вживання їжі. В цілому це лікування сприяло регресу клінічної симптоматики. Результати обстежень свідчать, що на 16-18 добу терапії тупий ниючий біль перестав турбувати 61,5% хворих, зменшення втоми та зростання працездатності спостерігалось у 59,4 % пацієнтів. У 46,2 % хворих зменшились прояви диспепсичного синдрому (нудота, гіркота в роті). Нормалізація стільця спостерігалася у 76,8 % лікованих. В обстежених хворих на цукровий діабет I типу з ураженням печінки колір склер набував звичайного забарвлення. У всіх хворих групи спостереження зменшувалась сухість в роті, а свербіння шкіри та здуття живота – у 26,9 і 69,2 % відповідно. Болючість печінки при пальпації зменшувалась у 47,9 % пацієнтів. Позапечінкові знаки (телеангіектазії, “печінкові долоні”) при використанні “Неоселену” зменшувались на 8,0 і 6,5 % відповідно.

Отже, терапія “Неоселеном” істотно покращувала клінічний перебіг ІЗЦД з ураженням печінки.

РОЗРОБКА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ В ОСІБ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМ СИНДРОМОМ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ У ШКІДЛИВИХ УМОВАХ ВИРОБНИЦТВА

Дейнега В.Г., Кондратенко Л.В., Крікота Е.Н.

ЗІУЛ, кафедра терапії І

Метою роботи з'явилося вивчення впливу шкідливих факторів виробництва на частоту розвитку артеріальної гіпертензії в робітників заводу і розробка системи медичної реабілітації.

Нами проаналізований вплив шкідливих факторів виробництва по ВАТ "Запоріжсталь" за останні 10 років. Відзначається значне перевищення кількості діагностованих гіпертензій на 100 працюючих: у доменних цехах у 1,5 разів, у мартенівських – у 1,6 разів, агломераційних – у 1,8 разів у порівнянні з виробництвами, що не мають шкідливих факторів.

Усе це обумовило необхідність розробки системи медичної реабілітації для зазначеної категорії хворих, що включає проведення оздоровчих заходів на етапах: здоровпункт заводу, диспансерне спостереження і профілактичне лікування в поліклініці, оздоровлення в санаторіях-профілакторіях із застосуванням широкого арсеналу фізіотерапевтичних, бальнеологічних методів.

Упровадження системної реабілітації показало зниження загальної захворюваності, нормалізацію рівня АТ в більшості осіб, що спостерігаються, що дозволяє рекомендувати даний підхід наступності і послідовності в проведенні оздоровчих заходів серед облич, що працюють у шкідливих умовах виробництва.

УДК 615.214.22.03:616.12-009

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ АТАРАКСА І ПУМПАНА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЮ ДИСТОНІЄЮ

В.Г. Дейнега, Л.Н. Тимошенко

кафедра терапії-1 Запорізького державного інституту удосконалення лікарів

Метою дійсної роботи було вивчення дії препаратів атаракса (гідроксизина) і пумпана при гіпертонічній хворобі (ГБ) і нейроциркуляторної дистонії (НЦД).

Усім хворим до початку лікування і після 3-4 тижнів терапії проводилося общеклінічне обстеження, дослідження центральної гемодинамики за допомогою реографії і ехокардіографії.

Для постановки діагнозу НЦД використовували клініко-функціональні критерії, передложенные В.И. Маколкиным. У 1-ю групу ввійшли 36 хворих гіпертонічною хворобою в віці від 18 до 40 років (у середньому 30,2 + 2,4 роки). 2-ю групу склали 32 хворих НЦД, середній вік – 28,6 року. Основними клінічними проявами НЦД були підвищення АТ, кардиалгии, серцебиття, відчуття перебоїв у серце, тривога.

Пумпан, що робить регулююча дія на серцево-судинну систему, призначали по 20 крапель усередину 3 рази в день за 30 хв. до їжі. Атаракс призначали по 1/2 таб. ранком і вдень і 1 таб. на ніч (добова доза 50мг.).

При оцінці гіпотензивного ефекту пумпана в хворих 1-й групи виявлене зниження систолического АТ в середньому на 18 мм.рт.ст. (15 %), диастолічного на 12 мм.рт.ст. (14 %), чсс із 96,2+4,6 до 80,4+ у хв. (p<0,05). Фракція викиду збільшилася на 12,4 %(p<0,05). У хворих 2-й групи зниження систолического АТ виявлене на 14 мм рт.ст. (13 %), диастолічного на 12 мм рт.ст. (14,6 %). Фракція викиду збільшилася на 10,2 %(p<0,001).

При оцінці дії атаракса в хворих 2-й групи ефект був значно краще, ніж у 1-й групі (p<0,05).

Таким чином, пумпан є досить ефективним як при лікуванні гіпертонічної хвороби, так і при нейроциркуляторної дистонії. Терапевтична активність атаракса більш виражена при нейроциркуляторної дистонії.

РЕЙТИНГОВА СИСТЕМА ОЦІНКИ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Довгань О.М.

Кафедра спортивної медицини та фізичного виховання

Програма вищої школи вимагає для оцінки фізичної підготовленості студентів проводити контрольне тестування. Не всі студенти можуть здати тести на оцінку “відмінно” і “добре”. Одні краще справляються з силовими навантаженнями, інші – з фізичними вправами на витривалість, ще інші – з вправами на швидкість, стрибусість, гнучкість та ін. Вивчаючи дане питання, на кафедрі ми поділили студентів на групи в залежності від їх вегетативного статусу нервової системи. Студенти з парасимпатичним типом нервової системи краще справляються з вправами на витривалість і силу; симпатотонікам притамані вправи швидкісного характеру, студенти з нормотонічним типом вегетативної нервової системи здають контрольні тести силового і швидкісного характеру на “відмінно” і “добре”. Не знижуючи фізичного навантаження, розвиваючи всі фізичні явища студента на заняттях з фізичного виховання, але беручи до уваги тип його вегетативної нервової системи, який можна визначити за допомогою кардіографії при проходженні медичного огляду, ми зможемо регулювати показники державного тестування, не завдаючи шкоди здоров'ю студентів та оцінити його фізичний розвиток відповідно до державного тестування.

УДК:612.379-008.64-085.838]-074:612.112.94

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ Т- І В-ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПРИ САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛІКУВАННІ

А.В.Єпішин, Н.Я.Верещагіна, М.М.Руда, Н.А.Хабарова, Т.Ю.Чернець, В.О.Лихацька

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Застосування бальнеотерапії у хворих на цукровий діабет (ЦД) сприяє як врегулюванню порушених обмінних процесів так і попереджає прояви та прогресування пізніх ускладнень. Вплив санаторно-курортного лікування із застосуванням мінеральної води Збручанського родовища на клініко-імунні прояви ЦД I і II типів є недостатньо вивченим.

Окрім клінічних та загальноприйнятих лабораторних показників, вивчали динаміку реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) з фітогемаглютиніном з (ФГА), рівень імуноглобулінів сироватки крові класів А, М, G (Ig), циркулюючих імуних комплексів (ЦІК) та титр антитіл до тканини підшлункової залози загальноприйнятими методами до і після санаторно-курортного лікування.

Поряд з позитивним впливом на клініко-лабораторні показники, у хворих на ЦД виявлено вірогідну позитивну динаміку РБТЛ з ФГА ($p < 0,02$), титру антитіл до тканини підшлункової залози та ЦІК ($p < 0,01-0,02$).

Дослідження дозволили зробити висновок про позитивний вплив санаторно-курортного лікування із застосуванням мінеральної води Збручанського родовища не лише на клініко-лабораторні прояви ЦД, але і на функціональну активність імунокомпетентних клітин.

АНАЛІЗ ПРИЧИН ОСТЕОПЕНІЧНИХ ТА ОСТЕОПОРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ А

Жулкевич І.В., Гаврилюк М.Є., Кміта Г.Г., Шемет В.П., Корчинська Р.Й., Крамар Л.Т., Скакун Л.М.

Кафедра шпитальної терапії №2,
гематологічний відділ Тернопільської обласної комунальної клінічної лікарні

Проведене комплексне дослідження структурно-функціонального стану кісткової тканини у 37 хворих на гемофілію А виявило серед останніх 54,0 % остеопенічних і остеопоротичних уражень кісткової тканини поперекового відділу хребта. Для встановлення залежності рівня мінеральної щільності кісткової тканини від клінічних проявів гемофілії А у обстежених хворих проведено вивчення структури змін кісткової тканини залежно від перебігу захворювання, генетично детермінованого рівня антигемофільного глобуліну в плазмі крові, стану клітинної та гуморальної ланок імунітету методом кореляційного аналізу з визначенням взаємозв'язку вищезазначених факторів з рівнем вмісту мінералів і мінеральною щільністю кісткової тканини. Отримані кореляційні залежності вказують на взаємозв'язок показників імунгомеостазу з рівнем мінеральної щільності кісткової тканини, що розвивається динамічно із збільшенням ступеня важкості гемофілії А, переходячи із етапу змін клітинної ланки імунітету до гуморальної. Методом покрової регресії отримано математичні моделі, що визначають прогностичний рівень мінеральної щільності кісткової тканини, описуючи її взаємозв'язок з вмістом мінералів, наявністю періодів іммобілізації з приводу гострих гемартрозів, як основних впливових факторів модифікації стану кісткової тканини у хворих на гемофілію А. Виявлено, що найбільший вплив на зміну рівня мінеральної щільності кісткової тканини мають вміст мінералів та наявність періодів іммобілізації з приводу гострих гемартрозів у минулому.

УДК 616.155.392-06:616.71-007.234-073.524

СИСТЕМА ДОДЕНСИТОМЕТРИЧНОГО ПРОГНОЗУ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ХВОРИХ НА ГОСТРІ ТА ХРОНІЧНІ ЛЕЙКОЗИ

*Жулкевич І.В., Марценюк В.П., Гаврилюк М.Є., Кміта Г.Г., Шемет В.П., Крамар Л.Т.,
Корчинська Р.Й., Скакун Л.М.*

Кафедра шпитальної терапії №2, кафедра медичної інформатики,
гематологічний відділ Тернопільської обласної комунальної клінічної лікарні

На основі даних денситометричного дослідження стану кісткової тканини поперекового відділу хребта, проведеного методом подвійної рентгенівської абсорбціометрії в 79 хворих на гострі і хронічні лейкози, методом дискримінантного аналізу створено математичну систему рівнянь прогнозування стану кісткової тканини. Для отриманих прогностичних рівнянь обчислено числові вирази власного значення функції, внеску кожної функції та показників парної і канонічної кореляції, які були оцінені за критеріями λ (критерій Wilks) та χ^2 ($0,001 < p < 0,04$). Це дало можливість за доступними показниками (стать, вік пацієнта, наявність менопаузи, ураження гемопоетичного паростка, клас уражених клітин, знежирена маса тіла, біомас-індекс, абсолютна поверхня тіла) при нескладних розрахунках отримати прогностичну оцінку стану кісткової тканини в пацієнтів з первинним ураженням системи кровотворення з точністю прогнозу 63 % для нормального стану кісткової тканини, 37,5 % – для остеопенічного стану та 71,4 % – для остеопорозу. Аналіз отриманих прогнозів методом вирішення оберненої задачі і симуляційних обрахунків дозволив виявити основні шляхи підвищення прогностичної якості системи, що полягають в створенні окремих прогностичних рівнянь для різних статевих-вікових груп хворих. Розпочате впровадження системи доденситометричного прогнозу в практику охорони здоров'я дозволить спланувати основні діагностичні заходи щодо виявлення контингенту гематологічних пацієнтів з ураженням кісткової тканини внаслідок основного захворювання.

ПРОФІЛАКТИЧНА АНТИАРИТМІЧНА АКТИВНІСТЬ ДЕЯКИХ ПОХІДНИХ ПРИРОДНОГО АМІНОЦУКРУ ГЛЮКОЗАМІНУ (ГА)

Зупанець І.А., Грінцов Є.Ф., Колоусова О.Г., Резуненко Ю.К.

Кафедра клінічної фармації
Національна фармацевтична академія України, м. Харків

Сучасна тактика лікування порушень серцевого ритму (ПСР) базується на оцінці співвідношення ефективності та безпеки лікарської терапії. В останній час увагу дослідників в лікуванні аритмій все більше приваблюють з'єднання природного походження, які мають меншу токсичність, нормалізують внутріклітинні реакції найбільш фізіологічним чином та завдяки цьому практично не мають побічних ефектів. Метою нашої роботи з'явилось вивчення здатності ГА та його похідних, як препаратів природного походження попереджати ПСР. Кардіопротекторні властивості вище означених з'єднань були експериментально доведені в роботах Зупанець І.А., Сокрут В.М., Яблчанський М.І., 1990, 2000; Фролов В.А., 1991; G.Abatangelo, M.O'Regan, 1995 та ін.

Для поглибленого вивчення впливу ГА та його похідних (оксаглюкоаміну – ОГА, діоксаглюкоаміну – ДО, глюкозаміну гідрохлориду – ГАГХ) на попередження виникнення ПСР нами використовувалася адреналінова модель аритмії. Препарат порівняння – пропранолол. Оцінку профілактичної антиаритмічної властивості досліджуваних сполук проводили по частоті випадків виникнення аритмії, здатності сполуки віддаляти початок аритмічних явищ, відсоток виживаності піддослідних тварин. У контрольній групі тварин аритмоген у 100 % випадків викликав фатальні ПСР з загибеллю всіх тварин. У групі ОГА та ДО аритмії відзначалися в 57,1 % та 62 % випадків відповідно, фатальних серед них не було. Виживаність експериментальних тварин при попередньому введенні ОГА в 1,5 рази була вище, ніж при використанні пропранололу. Інші похідні по даному показнику не відрізнялися від референтного препарату. ОГА та ГАГХ більш ніж у два рази відсували початок ПСР у порівнянні з пропранололом, тобто проявляли профілактичний ефект. ДО значно не відрізнявся від групи контролю.

Таким чином, ОГА виявив найбільшу протиаритмічну активність (терапевтичну та профілактичну) на даній моделі аритмії в порівнянні з іншими похідними ГА. Створення нового антиаритмічного засобу на основі ОГА може бути перспективним в лікуванні та профілактиці у хворих з ПСР.

УДК 615.038.615.224

ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИАНГІНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ НОВОГО АНТАГОНІСТА КАЛЬЦІЮ ФОРИДОН-ГЕЛЯ

Зупанець І.А., Тарасенко О.О.

Національна фармацевтична академія України, м. Харків
Кафедра клінічної фармації

Форидон, як антагоніст кальцієвих каналів застосовується в лікуванні ішемічної хвороби серця для попередження приступів стенокардії і зменшення їхньої кількості. Дотепер Форидон випускався у вигляді таблеток. Однак порівняно низька біодоступність таблетированого препарату робить актуальним трансдермальне введення Форидона за допомогою лікарського гелю, що призначений для тривалої подачі лікарського засобу через шкіру пацієнта.

Під нашим спостереженням знаходилися 45 хворих з діагнозом: ІХС Стабільна стенокардія напруги II-III ф. кл. Препарат “Форидон-гель 5 %” наносили на шкіру пацієнтів в дозі 0,5 г 2 рази на добу. Про антиангінальний ефект препарату судили на підставі динаміки кардіального больового

синдрому, динаміки показників електрокардіограми, показників велоергометрії і Холтеровського моніторування ЕКГ.

Згідно з нашими даними Форидон-гель має виражену антиангінальну дію (96 % хворих після лікування відзначали зменшення чи зникнення больового синдрому), що відповідає коронаролітичному ефекту таблеток Форидону. Позитивна динаміка суб'єктивних скарг у процесі терапії відповідала результатам, отриманим при велоергометрії і Холтеровському моніторуванні ЕКГ. Під впливом лікування відзначене достовірне зменшення кількості больових і безбольових епізодів ішемії міокарда, що відповідало зменшенню частоти стенокардитичних болів у обстежених пацієнтів. Зменшенню серцево-больового синдрому супроводжувало підвищення толерантності хворих до фізичного навантаження. Про це свідчить достовірне підвищення рівня граничної потужності навантаження і часу виконання роботи на 18,3 %.

Таким чином, Форидон-гель можна рекомендувати до широкого медичного застосування в терапії ІХС.

УДК: 616.127 – 005 + 616.132 : 612.123

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІХС ПРИ ПРИЄДНАННІ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗУ

Л.А. Ільницька, І.В. Шумлянський, Т.О. Горбачевська, Н.Г. Шумлянська

Кафедра медицини невідкладних станів з діагностикою та медичною інформатикою.

Було обстежено 127 хворих на ІХС у віці від 50 до 82 років, які мали прояви хронічної серцевої недостатності різного ступеня важкості. Із 127 пацієнтів 62 мали супутній дегенеративний аортальний стеноз. Визначали рівень загального холестерину, α - та β -ліпопротеїдів, тригліцеридів, апо-А1 та апо-В, розраховували коефіцієнт Клімова та співвідношення апо-В/апо-А1.

Встановлено, що рівень загального холестерину наростав із збільшенням функціонального класу ХСН, рівень б – холестерину у хворих І ФК ХСН обох груп реєструвався у межах норми, а знижувався у хворих ІІ ФК ХСН ($0,65 \pm 0,03$ ммоль/л ($p < 0,001$) у групі без стенозу та $0,82 \pm 0,03$ ммоль/л ($p < 0,001$) у групі із супутнім аортальним стенозом). Рівень апо – А1 у пацієнтів обох груп І та ІІ ФК ХСН залишився у межах норми, і тільки у хворих ІІІ ФК ХСН знижувався ($0,89 \pm 0,04$ г/л ($p < 0,001$) у групі без стенозу та $0,86 \pm 0,05$ г/л ($p < 0,001$) у групі із стенозом).

Зміни апо-В у обох групах були протилежно направлені: рівень його зростав із збільшенням ФК ХСН. Коефіцієнт атерогенності (апо-В/апоА1) в обох групах виходив за межі нормальних величин у хворих ІІІ ФК ХСН, причому вищий показник реєструвався у хворих із стенозом. Коефіцієнт Клімова був вищим за норму в усіх групах пацієнтів, проте суттєвої різниці між показниками у хворих із супутнім дегенеративним аортальним стенозом та у хворих без нього не відмічалось.

Таким чином, на пізніх стадіях ХСН не відмічалось суттєвого погіршення показників ліпідного обміну у хворих з дегенеративним аортальним стенозом порівняно з хворими без стенозу, що опосередковано може свідчити про відсутність зв'язку між етіологією дегенеративного аортального стенозу і атеросклерозом.

АНТИГІПОКСИЧНА ДІЯ СУКЦИФЕНАТА.*Кононенко Н.М., Березнякова А.І.*Кафедра патологічної фізіології
Національна Фармацевтична Академія України, м.Харків

Сукцифенат – це лікарська речовина гемостатичної дії, синтезована в НФАУ під керівництвом проф.Черних В.П. Вона відноситься до похідних 4-ацетилсукцинілової кислоти. Доклінічне вивчення сукцифенату проведено на кафедрі патологічної фізіології (зав.кафедрою Березнякова А.І.). Інгібуючий вплив препарату на фібринолітичну активність крові виявляється у блокуванні активаторів профібринолізину.

Метою даної роботи є вивчення антигіпоксичної дії сукцифенату.

Матеріали та методи. Антигіпоксичну активність сукцифенату визначали в умовах гострої гемічної гіпоксії та при гіпоксії з гіперкапнією в гермооб'ємі (об'єм 200 мл). Гостру гемічну гіпоксію визивали одноразовим підшкірним введенням метгемоглобінутворювача – натрія нітриту – у дозі 225 мг/кг маси тварини. За 30 хвилин до відтворювання гострої гемічної гіпоксії тваринам кожної групи внутрішньочеревно вводили розчин сукцифенату (розчинники – твін-80 та дистильована вода). Контрольна група тварин одержувала суміш дистильованої води та твін-80 в відповідних об'ємах. Речовини вводили в еквімолярних дозах по співвідношенню до DE₅₀ оксібутірату натрія (DE₅₀ ГОМК 500 мг/кг). Антигіпоксичну активність оцінювали по тривалості життя мишей.

Результати та обговорення. Аналіз отриманих результатів свідчить про те, що сукцифенат збільшує тривалість життя експериментальних тварин у 2 рази по зрівнянню з контролем.

Висновки. Сукцифенат виявляє виражену антигіпоксичну дію.

УДК: 616.5-02:616.36-002.14-022

МОЖЛИВІ ЗМІНИ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ*М.Ф.Корнелишин*

Кафедра інфекційних хвороб з курсом дерматовенерології

Вивчали можливий вплив вірусних гепатитів В і С на стан шкіри у хворих і динаміку шкірних змін в процесі лікування основного захворювання. Обстежено 11 пацієнтів, проаналізовано 15 історій хвороби. Чоловіків було 16, жінок – 10. Вік обстежених від 17 до 56 років.

Встановлено, що найчастіше /у 12 із 26-ти хворих/ спостерігався такий шкірний симптом, як генералізована сверблячка. У 8 із 12-ти випадків сверблячка виникла ще до появи жовтяничного забарвлення шкіри і була, по-суті, першим клінічним симптомом гепатиту. Жовтяничне забарвлення з'являлось, як правило, пізніше від сверблячки. Кропив'янку спостерігали у 7 хворих, із них у продромальному періоді – у 5-ти. У 3-х пацієнтів на шкірі констатували запальні плями, плямисто-папульозні утворення. Дещо пізніше (в жовтяничному періоді та стадії зворотного розвитку гепатиту) виникали телеангіектазії, гіперпигментація, симптоми підвищеної проникливості кровеносних судин, а також прояви, характерні для пізньої шкірної порфірії: гіпо- і гіперпигментації, бульозні елементи, ерозії, гіпертрихоз обличчя. Вказані зміни шкіри реєстрували у хворих з затяжним, хронічним перебігом гепатиту, резистентністю до терапії та повільним регресуванням симптоматики захворювання.

Таким чином, у хворих на вірусні гепатити В і С спостерігаються різноманітні шкірні прояви, які в процесі специфічного лікування гепатиту не завжди піддаються зворотному розвитку. Консультації дерматолога в таких випадках дають можливість скоригувати комплексну терапію, підвищити її ефективність, а при потребі – призначити місцеве лікування чи продовжити терапію шкірних проявів в спеціалізованих дерматологічних закладах.

АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА АКТИВНІСТЬ ЛОЗАРТАНУ (КОЗААРУ) В ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

В.І. Кошля, С.М. Дмитрієва, Л.М. Зеленська, С.Г. Пузік, Н.К. Щєблїкіна, В.А. Одринский, О.В. Кошля, Ю.М. Конівець, О.А. Морозова, О.С.Кульбачук

Кафедра сімейної медицини Запорізький державний інститут удосконалення лікарів

Проблема лікування артеріальної гіпертензії в тому числі і гіпертонічної хвороби (ГХ) завжди була надзвичайно актуальною. Як відомо, провідну роль в патогенезі ГХ відіграє ренін-ангіотензинова система, що і обумовлює в більшості випадків зміни в органах і системах. Пригнічення активності ренін-ангіотензинової системи є одним із важливих напрямків лікування ГХ. При цьому, як показали багаточисельні дослідження, за останні десять років блокатори ангіотензинперетворюючого ферменту не зовсім виправдали покладені на них надії. В зв'язку з цим, блокада ангіотензину II на рівні рецепторів є найбільш специфічним і прямим шляхом до пригнічення його ефектів на рівні органів-мішенів, що і обумовило проведення даного дослідження.

Під амбулаторним спостереженням знаходилося 32 хворих ГХ різного ступеня важкості.

Козаар призначали по 50-100 мг на добу. При цьому уже в першу добу рівень діастолічного артеріального тиску знижувався в середньому на 16-22 % відносно вихідних даних. Разом з тим, тривалість антигіпертензивного ефекту по даних добового моніторингу складала біля 24 годин, що дозволяло контролювати ранковий підйом артеріального тиску. Водночас спостерігалось зростання антигіпертензивного ефекту через один-півтора місяці від початку лікування. При цьому антигіпертензивна активність козаару була відмічена у більшості хворих, хоча в деяких випадках виникала необхідність його комбінації з блокатором АПФ периндо-прилом та бета-адреноблокаторами – небівололом чи карведілолом.

При довготривалому застосуванні козаару у окремих хворих відмічалось запаморочення, однак дане ускладнення є характерним для всіх класів антигіпертензивних засобів.

УДК:547.583.5:547.8]:61.

ДІУРЕТИЧНА АКТИВНІСТЬ ТІАЗОЛІЛАМІДЕТАНА

Крижна С.І., Березнякова М.Є.

Кафедра патологічної фізіології Національної Фармацевтичної Академії України, м. Харків

За результатами скринінгових досліджень гетероциклічних похідних етан-(етилєн)дикарбонових кислот була відібрана субстанція, умовно названа тіазоліламідетан, діуретична активність якої дорівнювала фуросеміду. З'ясовано, що активним фармакофором даної сполуки є бензотіазоміновий цикл з окисленим атомом сірки.

Метою даної роботи є вивчення впливу тіазоліламідетану при одноразовому (1 доба) та багаторазовому введенні (7 діб) на динаміку діуреза.

Матеріали та методи. Діуретичну активність вивчали за методом Берхіна Є.Б. (1977 р.) на білих нелінійних щурах-самцях вагою 170 ± 30 г. Досліджувану субстанцію вводили один раз на добу в ефективній дозі 5,2 мг/кг, діурез враховували за 4 години. Препаратом порівняння був фуросемід. Дослідження проводились за одну та сім діб. Результати оброблені методами непараметричної статистики з використанням критерія t-Ст'юдента.

Результати та обговорення. Тіазоліламідетан як гетероциклічне похідне етан-(етилєн)дикарбонової кислоти проявляє діуретичну активність на рівні фуросеміду при дослідженні за одну добу. При щоденному введенні (7 діб) тіазоліламідетан підвищує діурез в середньому на 137,7-149%. Після скасування хронічного введення тіазоліламідетану, через 2 доби спостерігали зниження діурезу, зменшення фільтраційної здібності нирок до початкових величин.

Висновки. Тіазоліламідетан зберігає діуретичну активність як при одноразовому так і при багаторазовому використанні.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЩОДО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ЦИВІЛІЗАЦІЇ*П.П. Кузів, Л.В. Наумова, В.Ф. Тюріна, О.І. Криськів, І.М. Бутвин*

Кафедра шпитальної терапії №1

Головною причиною “хворіб цивілізації” є неправильне харчування як по кількості так і по якості споживаних продуктів. Reaven показав, що надлишок вуглеводів в дієті в осіб з обмеженою фізичною активністю та генетичною схильністю може викликати стан зниженої чутливості клітин до інсуліну з наступною гіперінсулінемією. Високий рівень інсуліну в крові є пусковим механізмом ряду змін в обміні речовин. У той же час обмеження в їжі, фізична активність впливають на ті ж самі патогенетичні механізми і збільшують чутливість клітин до інсуліну. Як наслідок, настає ремісія цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, нормалізується ліпідограма (знижується загальний холестерин і ліпопротеїди низької густини і підвищуються – високої густини), зменшується вага тіла, що є наслідком активації ліпопротеїнової ліпази.

Останнім часом появилось багато свідчень про те, що рослинна їжа є сильним профілактичним і лікувальним фактором. У вегетаріанців значно рідше, ніж у людей, що споживають мало рослинної їжі, зустрічаються судинні захворювання, хвороби суглобів, пухлини.

М. Бірхер-Беннер розглядав харчові речовини, як носії енергії, уподібнюючи їх до акумуляторів. Харчові речовини, енергія яких знаходиться в стані вищої напруги, він назвав акумуляторами першого порядку. Із рослинних речовин сюди відносяться: фрукти, овочі, горіхи, зерна злакових; із тваринних-молоко, молочні продукти і яйця.

Акумулятори другого порядку- це продукти з помірним ослабленням енергії, визвані омертвінням та нагріванням. Сюди можна віднести хліб, картоплю, варені овочі і зерна злаків (борошняні вироби), кип'ячене молоко, сир, масло, варені яйця.

Акумулятори третього порядку – це продукти з сильним ослабленням енергії, викликане змертвінням і нагріванням. Це гриби, сире, варене або смажене м'ясо, риба, птиця, копчені і солені м'ясні продукти.

Дільман В.М. вважає, що багато захворювань можуть бути об'єднані загальними етіопатогенетичними механізмами, що дає змогу використовувати загальні засоби лікування для різних, за клінічними проявами патологічних процесів.

ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ОБМІНУ КАЛЬЦІЮ І МАГНІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПРОЦЕСІ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ*П.П. Кузів, Ю.І. Сливка, Н.З. Ярема, Л.В. Зоря, Л.П. Боднар*

Кафедра шпитальної терапії №1

Зміна вмісту внутрішньоклітинного кальцію, магнію тісно пов'язана з патогенезом гіпертонічної хвороби. Тому нашим завданням було вивчити вплив розвантажувально-дієтичної терапії на динаміку вмісту цих хімічних елементів в еритроцитах хворих на гіпертонічну хворобу, а також прослідкувати за станом кісткової тканини яка є депо кальцію в організмі.

Вивчення вмісту хімічних елементів в еритроцитах проведено в 31 хворого на гіпертонічну хворобу II-III ст., що лікувалися методом розвантажувально-дієтичної терапії. Дослідження проводили методом атомно-адсорбційної спектроскопії. Виміри проводили до початку лікування і в кінці розвантажувально-дієтичної терапії. Дослідження стану кісткової тканини у 22 хворих на гіпертонічну хворобу проводили методом двофотонного рентгенівського денситометрії. Виміри здійснювали до початку лікування і через 3 місяці після його закінчення.

Проведене лікування забезпечило покращення загального стану пацієнтів та нормалізацію артеріального тиску. До початку лікування у хворих на гіпертонічну хворобу спостерігається підвищення вмісту кальцію і зниження магнію. Як наслідок, зросло співвідношення кальцій/магній в еритроцитах. Згідно даних літератури такі зміни є характерними для гіпертонічної хвороби і корелюють із рівнем артеріального тиску. Після проведення розвантажувально-дієтичної терапії вміст кальцію і магнію в еритроцитах не відрізнявся від контрольних цифр. Вивчення стану кісткової тканини за допомогою денситометрії показало відсутність достовірних змін мінеральної щільності кісткової тканини у хворих на гіпертонічну хворобу лікованих методом розвантажувально-дієтичної терапії.

Проведені дослідження показали, що розвантажувально-дієтична терапія у хворих на гіпертонічну хворобу супроводжується нормалізацією вмісту кальцію та магнію. Зміна вмісту кальцію в еритроцитах не супроводжується суттєвими змінами зі сторони кісткової тканини, що є депо цього мікроелемента в організмі.

УДК : 616 – 001. 45.

ВИВЧЕННЯ АНТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОЇ МАЗІ З ГЕПАРИНОМ ТА МЕТИЛ УРАЦИЛОМ НА РІЗНИХ ОСНОВАХ

Кузнєцова В.М., Рибак В.А.

Кафедра патологічної фізіології
Національна фармацевтична академія України, м. Харків

Серед м'яких лікарських форм великий відсоток належить мазям. Мазева основа – активний компонент забезпечення лікувального ефекту через біотрансформацію якої визначається необхідна форма та терапевтична дія.

Метою дослідження явився вибір оптимальної мазевої основи, яка входить до складу комбінованої мазі з гепарином та метилурацилом за визначенням антибактеріальних властивостей.

Матеріали і методи: для визначення антимікробної активності зразків різних комбінацій до яких введені емульсійна, поліетиленоксидна, проксанолова та гелюва основи був використаний метод дифузії в агар, набір еталонних штамів.

За отриманими результатами проведених досліджень була виявлена виражена антимікробна активність зразка мазі, до складу якої увійшла основа поліетиленоксидна основа. Незначну антибактеріальну активність мала мазь з гульовою основою; мазі на емульсійній та проксаноловій основах антимікробну дію не проявляють.

УДК: 616.61-073.27:614.876

ВПЛИВ ГОСТРОГО γ -ОПРОМІНЕННЯ НА НИРКОВІ МЕХАНІЗМИ ОСМОРЕГУЛЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ

І.А.Кузьменко, С.О.Комаровській

Кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології
Одеський державний медичний університет

Відомо, що нирки відносяться до радіо-резистентних органів, але в останній час з'явилися дані щодо їх залучення до патологічного процесу при дії іонізуючої радіації. Між тим, характер пошкодження, механізми, а також дозова залежності не вивчені.

Метою дослідження було з'ясування дії гострого γ -опромінення на ниркові процеси, що забезпечують осморегуляцію. Дослідження проведенні на 100 білих щурах вагою 120-150 г через 3 години після γ -опромінення в дозі 5,82 Гр (разова доза).

Функції нирок вивчали в умовах водного та сольового (3% розчин NaCl) навантаження у кількості 5% від маси тіла в гострий період після γ -опромінення у фазу активізації ПОЛ, за даними діурезу абсолютного та відносного, концентрації та екскреції білку, креатиніну, осматично активних речовин (ОАР) з розрахунками клубочкової фільтрації та каналцевої реабсорбції води і ОАР.

Встановлено, що після дії іонізуючого випромінювання, відбуваються збільшення діурезу за рахунок зростання клубочкової фільтрації, зменшення каналцевої реабсорбції води. Показана наявність значної протеїнурії при відносно стабільній осморегулюючій функції нирок.

Судячи по відсутності змін осмолярності плазми, сечі та реабсорбції ОАР, отримані результати також свідчать, що в умовах сольового навантаження, ступень змін фільтрації менша ніж при водному діурезі.

Зроблено висновок, що в гострий період після γ -опромінення виникають порушення нирок здебільшого за рахунок змін ниркового кровообігу та транспорту білку.

УДК 312.6:616.379-008.64

ПОШИРЕНІСТЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ЙОГО КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ

Кульчицька Т.К., Грузева Т.С., Кульчицька Н.О.

Український інститут громадського здоров'я

За останні роки збільшилося число випадків ендокринних хвороб, які є причиною значної інвалідизації та тимчасової непрацездатності. У 2000 р. вперше виявлено 286 тис. випадків хвороб ендокринної системи (всього 1,5 млн.), з них – 26,1 тис. цукрового діабету (всього 294,4 тис.). За п'ятирічний період спостереження захворюваність на цукровий діабет зросла на 32,8 %, поширеність – на 6,5 %. Серед працездатного населення цукровий діабет реєструвався з частотою 1041,1, серед населення непрацездатного віку – 5302,1 на 100 тис. У 2000 р. виявлено 360 нових випадків цієї недуги у підлітків. Всього станом на цей рік у підлітків зафіксовано 3144 випадки цукрового діабету, що вище, ніж у 1996 р., на 9,4 %. Залишається на високому рівні і не має тенденції до зниження захворюваність на цукровий діабет у дітей. У 2000 р. вперше захворіло на цю хворобу 815 дітей, що склало 0,09 випадка на 1000 дітей. А всього в Україні нараховується майже 5 тис. дітей, хворих на діабет.

Клінічні дослідження виявили у дітей, хворих на цукровий діабет, судинні ускладнення, порушення імунного статусу, ліпідного обміну, ендогенної секреції інсуліну, продукції контрінсулінових гормонів (зокрема, суттєве зниження Т-лімфоцитів (Е-РУК), їх теофілінчутливої та теофілінрезистентної субпопуляцій ($p < 0,05$), вірогідне підвищення рівнів загального холестерину і β та пре- β -ліпопротеїнів ($5,29 \pm 0,20$ і $4,32 \pm 0,14$; $p < 0,01$), суттєве зниження залишкової функції підшлункової залози (С-пептид $0,22 \pm 0,03$; $p < 0,001$). У 40 % хворих спостерігався феномен “ранкової зорі” (гіперглікемія натщесерце).

Заходи щодо вирішення актуальних проблем цукрового діабету передбачені програмою “Діти України”, “Цукровий діабет” та Міжгалузевою комплексною програмою “Здоров'я нації”, де боротьбі з цією недугою присвячено окремий розділ. Ці програми спрямовані на здійснення профілактичних, медико-соціальних, санітарно-освітніх заходів, які дадуть змогу зменшити захворюваність населення України на цукровий діабет, частоту його ускладнень, поліпшити якість життя хворих.

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЩОДО ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ

Л.Б. Лозіна

Кафедра шпитальної терапії № 2

Проблема вторинного остеопорозу при системних захворюваннях сполучної тканини взагалі, і при системній склеродермії (ССД) зокрема, є актуальною в світлі поєднаних патогенетичних механізмів розвитку обох патологічних станів. Особливо важливим є ускладнення ССД виникненням остеопоротичних переломів, що значно погіршує перебіг захворювання та якість життя пацієнтів.

Метою даної роботи було дослідження стану мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у хворих на ССД. Для реалізації мети обстежено 22 хворих на ССД у фазі загострення. МЩКТ визначали методом подвійної рентгенівської абсорбціометрії на апараті ДРХ-А "Lunar Corp." (США) у поперековому відділі хребта. Статистичний аналіз отриманих результатів свідчить, що у 100,0 % обстежених виявлено зменшення МЩКТ, причому у 13 хворих (59,1 %) спостерігалася остеопенія, у 9 (40,9 %) – остеопороз. У 36,4 % випадків діагностовані компресійні переломи поперекових хребців остеопоротичного генезу. Клініко-анамнестичний аналіз свідчив про достовірні паралелі між тривалістю ССД, важкістю перебігу та глибиною остеодefіцитних станів. Остеонегативний вплив у хворих на ССД виявили наявність постменопаузального періоду у жінок, тривале використання глюкокортико-стероїдів та ступінь вираження синдрому Рейно.

Таким чином, проблема остеодefіциту при ССД є актуальною та потребує вирішення шляхом оптимізації методів лікування.

УДК 615.327-036.8: 611-018.4

ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ БАЛЬНЕО-ПЕЛОЇДОТЕРАПІЇ ТА МІКРОХВИЛЬОВОЇ РЕЗОНАНСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРВИННИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Мисула І.Р., Бакалюк Т.Г., Коваль В.Б., Вайда О.В.

Кафедра фізіотерапії, медичної реабілітації та курортології

Фізичні фактори, як преформовані, так і природні займають одне із провідних місць в лікуванні хворих з первинним остеоартрозом (ОА).

Хворим із ОА в процесі відновного лікування в умовах санаторію призначали сірководнево-кальцієво-магнієву воду у вигляді ванн, місцеві аплікації торфоболота та мікрохвильову резонансну терапію. Запропонований лікувальний комплекс здійснює позитивний вплив на основні ланки патогенезу остеоартрозу: покращується мікроциркуляція та трофічні процеси в суглобових тканинах, підвищується секреторна функція синовіальної оболонки, інтенсифікується периферичний лімфо- та кровообіг, в результаті чого призупинюються деструктивні процеси в суглобовому хрящі і настає клінічне покращення.

При застосуванні лікувального комплексу спостерігається виражений імуномодулюючий ефект, зниження ступеня вираженості синдрому ендогенної інтоксикації та нормалізація співвідношень між рівнем процесів перекисного окислення ліпідів та активністю антиоксидантної системи захисту.

ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНИХ ЧИННИКІВ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРОЗУ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

Мисула І.Р., Голяченко А.О., Мартинюк В.І., Лавріненко О.М.

Кафедра фізіотерапії, медичної реабілітації та курортології

Хворим із деформуючим остеоартрозом, у яких за даними рентгенівського обстеження переважали процеси остеомаляції призначали сірководневу воду у вигляді ванн із конопківського джерела. В комплекс лікування включалося і застосування низькоінтенсивних фізіотерапевтичних методів. Зокрема, опромінення акупунктурних точок мікрохвилями міліметрового діапазону та ультразвукової терапії. У хворих в яких переважали явища остеосклерозу отримували місцеві аплікації сульфатного торфоболота. Окрім того їм застосовували високоінтенсивні фізіотерапевтичні впливи – діадинамотерапію короткими періодами та ДМХ-терапію.

Сірководневі ванни та низькоінтенсивні методи фізіотерапії, зменшували явища остеомаляції, сприяли регенерації кісткової тканини. Торфоболото та високоінтенсивні методи підвищували секреторну функцію синовіальної оболонки, інтенсифікували периферичний лімфо- та кровообіг, в результаті чого призупинялися деструктивні процеси в суглобовому хрящі і наступало клінічне покращення.

УДК 616 - 08 - 035 : 615. 22. 5. 2

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ГІПОТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ

Мисула І.Р., Левицька Л.В., Коваль В.Б., Левицький І.Б.

Кафедра фізіотерапії, медичної реабілітації та курортології

Нами вивчалась ефективність лікувальних комплексів із застосуванням магнітотерапії (МТ) та класичної акупунктури (КА) у хворих на АГ, які виконували рекомендації щодо зміни стилю життя та отримували β-блокатори і сечогінні препарати. Пацієнтам контрольної групи проводились сеанси імітованої КА та МТ.

Аналіз результатів дослідження виявив наступне:

1. Включення МТ та КА до традиційного комплексу лікування АГ (зміна стилю життя, сечогінні препарати) дозволяє підвищити його ефективність.
2. МТ є більш ефективною у комплексному лікуванні хворих на АГ з гіпокінетичним типом гемодинаміки.
3. КА в поєднанні з традиційним комплексом лікування АГ (зміна стилю життя, β-блокатори) підвищує його ефективність у хворих з гіперкінетичним типом гемодинаміки.

УДК: 616.12-008.331.1:616.1

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН АКТИВНОСТІ ФАКТОРУ ВІЛЛЕБРАНДА ПІД ВПЛИВОМ НЕБІВОЛОЛУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ, УСКЛАДНЕНУ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

О.В. Морозова

Кафедра сімейної медицини
Запорізький державний інститут удосконалення лікарів

Як відомо, фактор Віллебранда (ФВ) є інтегральним маркером ендотеліального ушкодження як при ІХС, так і при гіпертонічній хворобі (ГХ), що потребує подальшого вивчення його змін в процесі

лікування сполучення даних захворювань одним з представників нової генерації β -адреноблокаторів – небівололом. В зв'язку з цим нами було проведено дослідження змін активності ФВ у хворих на стенокардію напруги II-го (10 осіб – 1-а група) та III-го (12 осіб – 2-а група) функціонального класу, ускладненої помірною формою ГХ. З метою контролю було обстежено дев'ять хворих з II-м і сім хворих з III-м функціональним класом стенокардії напруги без ГХ та контрольна група здорових (12 осіб відповідної статі і віку). Обстеження хворих проводилось до початку лікування та в кінці курсу лікування. Небіволол назначався один раз ранком в дозі 5 мг.

Як показали проведені дослідження, у обстежених обох груп відносно здорових ($108,3 \pm 3,1$) відмічалось достовірне збільшення активності ФВ, яке у осіб 1-ї групи складало $137,2 \pm 4,8$ (26,7 %; $p < 0,001$), а у хворих 2-ї – $150,6 \pm 6,8$ (39,1 %; $p < 0,001$). В контрольних групах хворих також відмічалось підвищення активності ФВ, однак відносно здорових воно було виражено в меншому ступені і, відповідно, складало – $122,8 \pm 3,9$ (13,4 %; $p < 0,01$) і $135,9 \pm 5,1$ (25,5 %; $p < 0,001$). Проведення курсового лікування небівололом показало, що в усіх групах обстежених, в тому числі і в контрольних, під впливом небівололу відмічалось достовірне зниження активності ФВ, яке у обстежених 1-ї групи складало $126,7 \pm 2,4$ (7,7 %; $p < 0,05$); контроль – $114,2 \pm 3,0$ (7,0 %; $p > 0,05$), у хворих 2-ї групи – $133,4 \pm 3,6$ (11,4 %; $p < 0,05$); контроль – $120,6 \pm 3,8$ (11,3 %; $p < 0,05$). Вказані зміни проходили на фоні достовірного зниження показників артеріального тиску та суттєвого зменшення частоти і інтенсивності ангінального синдрому.

Таким чином, приєднання гіпертонічної хвороби до стенокардії напруги істотно впливає на активність ФВ. Разом з тим, і сама стенокардія напруги також супроводжується вираженою його активацією порівняно із здоровими. При цьому проведення курсового лікування небівололом дозволяє не тільки контролювати рівень артеріального тиску і антиангінальну терапію, а і спричиняє ендотелій-протекторний ефект шляхом зменшення активності ФВ.

УДК: 616. 33-002. 44-092. 615

ГОРМОНИ СТРЕСУ В МЕХАНІЗМІ ПОРУШЕННЯ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ ДУОДЕНТАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ

О.А. Опарін

Кафедра терапії та клінічної фармакології
Харківська медична академія післядипломної освіти

В останні роки велике значення у патогенезі багатьох захворювань відводиться стану антиоксидантної активності, оказую чого немалий вплив і в процесах ульцерогенезу. Сумісно з цим механізми, ведучі до порушення цієї системи не до кінця розкриті. Тому в своїй роботі ми вирішили вивчити вплив на стан антиоксидантної активності (АОА) гормонів стресу, як одного із факторів виразкоутворення. Для дослідження нами була взята група хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДК) без супутньої патології. Групу склали 38 чоловік (29 чоловіків та 9 жінок), віком від 18 до 37 років. Больовий синдром був ведучим в клініці у 28 чоловік, у 10 переважали диспепсичні порушення. Кислотність була підвищеною у 31 пацієнта, у 7 залишалась у нормі. Про рівень стресорних гормонів судили по екскреції норадреналіну у сечі. Стан АОА вивчали за визначенням рівней SH-груп та глутатіону встановленого, визначаємих у сироватці крові. Протягом дослідження встановлений чіткий кореляційний зв'язок між рівнем норадреналіну та показниками АОА. Так, чим нижче був рівень екскреції норадреналіну, тим нижче були показники АОА. Також у цих хворих більш тривалий строк залишались диспепсичні розладнання та загоєння виразкового дефекту відбувалося по типу грубого рубця. Дані дослідження свідчать про роль гормонів стресу у процесах порушення системи АОА, що потребує патогенетичної терапевтичної корекції.

ВПЛИВ ДЕЯКИХ СТРЕСОРНИХ ГОРМОНІВ НА РЕГІОНАРНИЙ КРОВООБІГ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

А.Г. Опарін, А.А. Опарін, А.В. Благовещенська, Ю.І. Двояшкіна, Н.В. Лаврова, К.О. Просоленко

Кафедра терапії та клінічної фармакології
Харківська медична академія післядипломної освіти

Однією із необхідних умов успішного загоювання виразкового дефекту є оптимальний кровообіг слизової оболонки гастроуденальної зони. Однак механізми, приводячи до його порушення і тим самим до ішемії слизової оболонки, залишаються не до кінця розкритими. Разом з цим, після визнання хелікобактерної теорії ульцерогенезу, деякі фактори виразкоутворення, у тому числі центральні, залишаються на нашу думку без належної уваги. Тому у своїй роботі ми вирішили вивчити роль гормонів стресу на стан регіонарного кровообігу (РК) у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДК), розглядаючи це питання із сучасних позицій ульцерогенезу. Для цього була взята під нагляд група хворих ВХДК без супутньої патології у складі 42 чоловік (34 чоловіків та 8 жінок) віком від 18 до 36 років. У клінічній картині захворювання переважував больовий синдром (у 76 %). Склад норадреналіну встановлювали за рівнем екскреції у сечі. Про стан РК в гастроуденальній слизовій оболонці судили враховуючи діаметр та швидкість кровообігу у черевному стволі, визначені за допомогою доплерографії, виконаної на апараті ALOCA SSD-650 перед та після лікування. Протягом проведених досліджень було встановлено, що у хворих має місце чітка кореляційна залежність між рівнем норадреналіну та показниками РК. Так, чим нижче був рівень екскреції норадреналіну, тим була менш швидкість РК та діаметр черевного стволу. Одночасно з цим встановлено, що чим гірше були вивчаємі показники, тим довше тривав період загострення захворювання та загоювання виразкового дефекту. Отримані дані свідчать як о ролі гормонів стресу у порушеннях РК, так і про необхідність терапевтичної корекції вказаних порушень.

УДК:616.248-085.874.24]-06:612.815.1

ЕКСПРЕСІЯ FAS-РЕЦЕПТОРА І HLA-DR У ХВОРИХ НА АТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ХОДІ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

В.Ф. Орловський, Л.Н. Приступа

Кафедра терапії
Сумський державний університет

Зважаючи на роль Fas-рецептора в індукції апоптозу, а також порушення апоптозу клітин (лімфоцитів, еозинофілів, альвеолярних макрофагів, нейтрофілів), що приймають участь в алергічних реакціях доцільним є вивчення експресії CD95⁺ як маркера готовності до апоптозного стимулу при астмі.

Метою роботи було дослідження динаміки експресії активаційних маркерів CD95⁺ та HLA-DR⁺ у ході розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ) у хворих на atopічну бронхіальну астму (АБА).

Обстежено 18 хворих на АБА середньої тяжкості.

Визначення маркерів проводили за допомогою моноклональних антитіл виробника ООО "Сорбент".

У результаті дослідження виявлено підвищену активацію лімфоцитів за експресією HLA-DR⁺. Рівень CD95⁺ до початку лікування вірогідно не відрізнявся від контролю.

У кінці розвантажувального періоду спостерігалось вірогідне зниження маркера пізньої активації лімфоцитів HLA-DR⁺, яке супроводжувалось підвищенням експресії рецептора активаційного апоптозу CD95⁺. Співвідношення HLA-DR⁺/CD95⁺ лімфоцитів знижувалось у 1,8 разу у порівнянні із контролем. Це свідчить про превалювання готовності до активаційного апоптозу над здатністю до набуття пізнього диференціального антигену HLA-DR⁺.

Відновний період теж сприяв позитивній динаміці клітинної ланки імунітету: подальшому зростанню CD95⁺ та зменшенню HLA-DR⁺.

Таким чином, РДТ сприяє посиленню апоптозу імунокомпетентних клітин, що, очевидно, є одним із механізмів розвитку ремісії при АБА.

РЕЗУЛЬТАТИ НЕО- І АД'ЮВАНТНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ВУЗЬКИМИ ПОЛЯМИ ПРИ РАКУ ШЛУНКА

Е.В. Олійник, Р.В. Сенютович, Гусак В.В., І.О. Дацюк

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії
Буковинська державна медична академія

Протягом 1995-2000 років у Чернівецькому обласному онкологічному диспансері у 113 хворих на рак шлунка проводилося опромінення вузькими полями, що включали шлунок з пухлиною і 2 см тканин поза його межами. Проаналізовані результати лікування 64 радикально оперованих хворих. 44 хворих одержували неoad'ювантну і 20 хворих – ад'ювантну променеву терапію. В контрольну групу ввійшли 139 хворих на рак шлунка, що не одержували променевої терапії.

За локалізацією процесу, статтю, віком, стадією процесу, гістологічною структурою, видами операцій обидві групи були ідентичними. Рівень радикальних резекцій після неoad'ювантної променевої терапії складав 58 %, серед неопромінених хворих – 46 %.

Застосування доопераційної променевої терапії не ускладнило перебіг післяопераційного періоду. Перитоніт виник у 2 % опромінених хворих і у 1,7 % неопромінених, легеневі ускладнення у 3 % опромінених і у 2,5 % неопромінених, абсцеси черевної порожнини у 5,8 % опромінених і у 5,3 % неопромінених, нагноєння рани у 2,2 % опромінених і 4,2 % неопромінених хворих. П'ятирічне виживання хворих дослідної і контрольної груп не відрізнялося між собою, складаючи в обох групах 44-45 %. Найбільша частина хворих померла протягом 2 років після перенесеної операції.

Отримані дані свідчать про недоцільність застосування променевої терапії вузькими полями і про необхідність перегляду планування променевої терапії - розширення полів опромінення на 5-7 см від меж шлунка на зони регіонарного метастазування та застосовування допоміжної терапії: радіомодифікаторів та антиоксидантів.

УДК:616.248-085.874.24]-06:612.112.94

ВПЛИВ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІСТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЕКСПРЕСІЮ АКТИВАЦІЙНИХ МАРКЕРІВ Т- І В-ЛІМФОЦИТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Л.Н. Приступа

Кафедра терапії
Сумський державний університет

Одним із патогенетичних принципів оцінки імунної системи є дослідження стану активації імуннокомпетентних клітин (ІКК). Відомо, що лише після активації ІКК проходять типовий шлях свого розвитку і забезпечують ефекторні функції імунної системи.

Метою досліджень було вивчення експресії маркерів активації (CD25⁺, CD23⁺) лімфоцитів у периферичній крові хворих на бронхіальну астму (БА) у ході розвантажувально-дістичної терапії (РДТ).

Обстежено 14 хворих на atopічну і 15 – на неatopічну БА.

Визначення маркерів активації проводили з використанням моноклональних антитіл виробника ООО "Сорбент" (м. Санкт-Петербург).

Встановлено зростання активаційних маркерів лімфоцитів: ІL-2Р-CD25⁺ і розчинної фракції рецептора до ІgЕ – CD23⁺. Виявлені зміни носили однонаправлений характер і при atopічній, і при неatopічній БА, і були більш виражені у хворих із тяжким перебігом астми.

Нами показано, що у кінці розвантажувального періоду спостерігалось вірогідне зниження маркера активації В-лімфоцитів (CD23⁺), та раннього маркера активації – рецептора до інтерлейкіну-2 (CD25⁺). Після закінчення голодування у відновному періоді вказані позитивні зрушення в клітинній ланці імунної відповіді продовжують наростати. Відмічена тенденція до зниження кількості CD25⁺, CD23⁺ лімфоцитів.

Таким чином можна думати, що одним із механізмів позитивного клінічного ефекту РДТ є пригнічення надмірної активації лімфоцитів, що сприяє індукції імунологічної толерантності у хворих на БА.

МЕТОДИКА ОЦІНКИ КЛІРЕНСУ АНТИПІРИНУ В СЕЧІ ЛЮДИНИ*Пятенко В.А.*

Кафедра загальної та клінічної патофізіології одеського державного медичного університету

За даними літератури визначення кліренсу антипірину є найбільш точним маркером активності монооксигеназних систем організму. Кліренс антипірину за цими методиками розраховується за концентрацією речовини у плазмі крові та слині, що є не досить зручним та коректним із-за відсутності загальноновизнаних та стандартизованих методик. В зв'язку з цим була поставлена мета розробки методики оцінки ниркового кліренсу антипірину у сечі.

В дослідженні приймали участь практично здорові жінки віком 20-40 років. Для оцінки функції нирок використовувалися розроблена на кафедрі методика водно-сольового навантаження. Після споживання антипірину в кількості 10 мг на кг маси тіла визначали концентрацію його в слині кожну годину протягом 5 годин, та в сечі після водно-сольового навантаження.

Було виявлено, що споживання антипірину не викликає змін роботи нирок. Кількість антипірину в сечі корелює з його кількістю в слині. Визначення кліренсу антипірину сечі в умовах водно-сольового навантаження є досить чутливим методом визначення активності монооксигеназних систем організму та може доповнити інформацію отриману за допомогою інших методик

УДК: 616. 521: 612. 015. 39: 612. 123

**ЗМІНИ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ
У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ***О.О. Рябова*Кафедра дерматовенерології
Харківська медична академія післядипломної освіти

В останні роки широко висвітлені погляди на значення ліпідного обміну, перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), порушення якого відіграє суттєву роль у процесах деструкції клітинних мембран. Ці процеси мають значення при різних патологічних станах, у тому числі в патогенезі екземи. Субстратом реакцій ПОЛ є жирні кислоти (ЖК), пов'язані з важливими біохімічними механізмами на рівні мембранних систем клітини, змінюють цілий ряд функціональних характеристик клітинної мембрани. Деякі ЖК, зокрема арахідонова кислота, є вихідною субстанцією для синтезу ейкозаноїдів (простагландинів, тромбоксанів, лейкотрієнів) та інших медіаторів, які приймають участь у розвитку реакцій запалення шкіри.

Метою роботи з'явилося вивчення змісту жирних кислот у мембранах еритроцитів хворих на екзему.

Методи. Жирнокислотний склад мембран еритроцитів визначали методом газорідинної хроматографії на хроматографі "Chrom – 5".

Результати. Нами обстежено 20 хворих на дійсну екзему в стадії загострення у віці від 20 до 69 років (чоловіків 15, жінок 5). Усім пацієнтам проводилася традиційна комплексна медикаментозна терапія: седативні, антигістамінні, гіпосенсибілізуючі препарати, ентеросорбенти, вітаміни, зовнішні засоби – у залежності від стадії й особливостей клінічної картини захворювання.

При вивченні жирнокислотного складу мембран еритроцитів ідентифіковано 13 найбільш інформативних ЖК. Установлено зміни кількісного складу ЖК, що виражалися в підвищенні рівня пальмітинової, стеаринової, олеїнової ЖК і зниженні змісту ліноленої й арахідонової ЖК.

Таким чином, виявлені зміни кількісного складу ЖК мембран еритроцитів вимагають подальшого вивчення і проведення корегуючої терапії.

УРАЖЕННЯ ПАХВОВОГО ЛІМФАТИЧНОГО АПАРАТУ ПРИ РІЗНИХ СТАДІЯХ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Р.В. Сенютович, В.В. Гусак, Д.А. Чумак, Р.Д. Сандуляк, І.В. Тащук, Е.В. Олійник

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії
Буковинська державна медична академія

Вивчено ураження пахвових лімфатичних вузлів при раку молочної залози у хворих які лікувались в Чернівецькому ООД в 1990-2000 роках. Загалом метастази в лімфатичні вузли виявлені у 418 хворих, відсутність метастазів – 342 хворих.

При T₁-T₂ стадіях раку частота уражень пахвових лімфатичних вузлів склала 1,9-8,3 % від усієї кількості уражених вузлів, причому відсоток неуражених лімфатичних вузлів був помітно вищим тільки при пухлинах діаметром менше 1 см: позитивні – негативні вузли – 1,9 %-5,6 %.

Взаємовідношення між кількістю позитивних і негативних вузлів в зв'язку із збільшенням розміру пухлини були такі: при T < 1 см вони склали 1,9 %-5,6 % (цифри відносно всієї кількості вузлів в групі з 738 хворих). При T-1-2 см – 8,3 %-12,3 %; T – 2-3 см – 16,2 %-20,8 %; T – 3-4 см – 21,1 %-16,6 %; T – 4-5 см 17,3 %-13,8 %, > 5 см – 13,3 %-8,5 %, > 10 см – 3,3 %-4 %.

Найчастіше вражаються раком лімфатичні вузли при розмірі пухлини 3-4 см (21,1 %), у віці 51-60 років (32,5 %), при локалізації у верхньозовнішньому квадранті (32,5 %), при солідному раку (16,8 %).

Відмічена чітка закономірність між кількістю видалених вузлів та виявленням їх метастатичного ураження. При видаленні 18 і більше вузлів у всіх вузлах (100 %) находили метастази. При видаленні 2-5 вузлів відсоток їх уражень складав 50 % в проміжній групі частота уражень зростала від 57 % до 83 %.

Уникнення лімфаденектомії або проведення сторожової лімфаденектомії об'рунтоване при висіченні пухлини діаметром менше 1 см.

УДК 616-006-084.844.5

ЕЛЕКТРОХІМІОТЕРАПІЯ РАКУ. ДОСЯГНЕННЯ. ПРОБЛЕМИ

Р.В. Сенютович, Д.А. Чумак

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії
Буковинської державної медичної академії

Підведено підсумок застосування інвазивної та неінвазивної електрохіміотерапії цитостатиків у 350 хворих з раками різної локалізації. Цитостатичну гальванізацію проводили з допомогою вітчизняного апарату "Поток-1" в режимі 0,05-0,1 mA на 1 см² прокладки (і такої ж сили струм на електрод-голку при інвазивній електрохіміотерапії).

1. Електрофорез цитостатиків найбільш ефективний при раку молочної залози T₄ ... а, б, с. Його застосування збільшує кількість загальних регресій на 10-15 %.

2. В 50 % електрохімічне лікування дозволяє перевести неоперабельні форми раку молочної залози в операбельні.

3. При застосуванні методу практично не спостерігаються місцеві рецидиви пухлин.

4. Метод електрофорезу цитостатиків практично не дає ускладнень.

5. Трансдермальна електрохіміотерапія цитостатиків мало ефективна при раку легень.

6. Ефективність гальванізації при вказаних вище режимах порівняно незначна при поширених раках голови та шиї.

Загальний підсумок експериментальних досліджень електрохіміотерапії: в 2,2 рази збільшує кровообіг в пухлини, на 22,37 концентрацію цитостатиків в тканинах, що знаходяться в між електродному просторі; збільшує оксидантні процеси в експериментальних пухлинах, підвищує внутрітканинний фібриноліз та протеоліз.

Метод перспективний при раку молочної залози T₂-T₃ в якості неоад'ювантної терапії, що дозволить зменшити стадійність та виконати органозберігаюче лікування.

ЗМІНИ ПЕРИФЕРИЧНОЇ СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ

В.М.Сідельник

Кафедра дерматовенерології
Харківська медична академія післядипломної освіти

Незважаючи на безсумнівні успіхи, досягнуті за останні роки в діагностиці, лікуванні, вивченні патогенезу судинних порушень при хронічному червоному вовчаку (ХЧВ), в значному відсотку випадків судинний синдром не розпізнається при житті або діагностується на пізніх стадіях. Разом з тим, зростання захворюваності, відсутність чітких уявлень про етіологію та патогенез, молодий вік хворих, клінічні прояви антифосфоліпідного синдрому пояснюють інтерес до судинної патології та визначають практичну значимість її вивчення. Основне місце в дослідженні судинної системи в теперішній час займають ультразвукові методи, засновані на використанні ефекту Доплера.

З метою дослідження судинної системи обстежено 12 хворих на ХЧВ у віці від 24 до 43 років, з них 3 чоловіків та 9 жінок, дискоїдний ЧВ установлено 5 пацієнтам, дисемінований – 7. Усім хворим проведено дуплексне сканування брахіоцефальних артерій, артерій та вен нижніх кінцівок. В результаті сонографії з кольоровим доплеровським картуванням та спектральним доплеровським аналізом виявлено зміни в магістральних артеріях, венах, а також порушення мікроциркуляції в дистальних відділах артерій кінцівок. Визначена тенденція до посилення порушень в залежності від клінічного перебігу дерматозу. Зареєстрована дисоціація між змінами в різних відділах судинної системи та їх клінічними еквівалентами. Судинні розлади, з більшим ступенем імовірності, є неспецифічними, але відрізняються від загальнопопуляційних.

Значна розповсюдженість при ХЧВ проявів судинної патології дозволяє рекомендувати застосування дуплексного сканування в комплексній діагностиці судинних порушень, особливо асимптомних форм.

УДК:616.155.392-036.11

ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ ЛІКУВАННЯ НЕХОДЖКІНСЬКИХ ЗЛОЯКІСНИХ ЛІМФОМ НИЗЬКОГО СТУПЕНЯ ЗЛОЯКІСНОСТІ

Л.А. Сивак

Кафедра гематології та трансфузіології
Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Лікування неходжкінських злоякісних лімфом низького ступеня злоякісності є надзвичайно складною і актуальною проблемою сучасної онкогематологічної клініки, що пов'язано із наявністю у хворих резистентності до сучасних програм хіміотерапії першої лінії. Стандартним методом лікування таких хворих є застосування комплексу хіміотерапевтичних засобів, що відомий для широкого загалу онкогематологів, хіміотерапевтів та онкологів як СНОР. На жаль, його застосування дозволяє тільки у 1/3 пацієнтів із неходжкінськими злоякісними лімфомами низького ступеня злоякісності досягти стійкої клініко-гематологічної ремісії понад п'ять років. У решти хворих – на різних етапах перебігу захворювання виникають рецидиви, що диктує необхідність призначення нових програм хіміотерапії.

Ми застосовували програму хіміотерапевтичного лікування, яка включала: флюдарабін 50 мг/добу в 1-3-й дні лікування, метоксантрон 10 мг/м² в перший день, дексаметазон 16 мг/добу – 1-5-й дні. Наш досвід застосування даної схеми хіміотерапії у 7 пацієнтів свідчить, що призначення перелічених хіміопрепаратів курсами, залежно від стану хворих та їх клініко-гематологічної характеристики, від двох до чотирьох разів, дозволило досягти повної клініко-гематологічної ремісії у всіх пацієнтів. Спостереження за станом названих пацієнтів продовжується.

КОРЕКЦІЯ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ У ХВОРИХ НА ДАМПІНГ-СИНДРОМ ПОРОШКОМ КУТИКУЛИ ШЛУНОЧКІВ КУРЕЙ

Смачило І.В.

Кафедра факультетської терапії

Метою дослідження було визначення антихелікобактерної активності порошка кутикули шлуночків курей у хворих на дампінг-синдром.

Обстежено 25 хворих на дампінг-синдром віком 25-67 років. Усім пацієнтам проведено ендоскопічне дослідження із прицільною біопсією слизової оболонки кукси шлунка. Хелікобактер пілорі (НР) виявляли за допомогою уреазного експрес-тесту, цитологічного і гістологічного дослідження. Інтенсивність обсіювання слизової кукси шлунка при цитологічному дослідженні мазків-відбитків оцінювали за трьома ступенями: I ступінь – до 20 мікробних тіл у полі зору, II ступінь – 20-50, III – понад 50 мікробних тіл у полі зору.

У 13 (52 %) обстежуваних хворих виявлено НР; серед них у 6 (24 %) пацієнтів був легкий ступінь, в 3 (12 %) – середній ступінь і в 4 (16 %) – високий ступінь обсіювання.

Усі пацієнти отримували монотерапію порошком кутикули шлуночків курей в дозі 0,25 г двічі на день протягом 20 днів. Ефективність лікування оцінювали через 1 місяць після її завершення.

Ерадикація НР була досягнута у 10 (77 %) хворих, в інших 3 пацієнтів відзначали зменшення обсіювання слизової оболонки НР.

Таким чином, отримані результати дозволяють заключити, що кутикула шлуночків курей має виражену антихелікобактерну активність, тому рекомендується для використання в комплексному лікуванні дампінг-синдрому.

УДК 616.71-007.234-06:616.71/72

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ОСТЕОДЕФІЦИТУ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОАРТРОЗ

С.І. Сміян, Л.С. Бабінець, Н.І. Корильчук

Кафедра поліклінічної справи та сімейної медицини і шпитальної терапії №2

Аналіз денситометричних показників кісткової тканини 42 хворих на первинний остеоартроз із супутнім остеодифіцитом показав, що головними факторами розвитку остеопорозу при первинному ОА можна вважати жіночу стать пацієнта, вік для чоловіків та жінок, менопаузу та її тривалість для жінок. Ми проаналізували також інші можливі фактори ризику і виявили наступні тенденції.

Констатовано високий рівень впливу гіподинамії на розвиток остеопорозу в обстежуваній групі: перше місце – в цілому по групі (38,1 %) та серед жінок (41,9 %), друге – серед чоловіків (27,3 %). Шкідливі звички (алкоголь, тютюнопаління, зловживання кавою) посідають перше місце за впливом серед чоловіків (72,7 %) та друге – в цілому по групі (35,7 %). Відмічається високий вплив неповноцінного харчування (нестача кальцію, фосфору та інших мікроелементів, вітаміну Д3, незбалансованість їжі по білку і т.п.) – друге місце серед жінок (32,3 %) та третє – в цілому по групі (28,6 %). Високим є рейтинг впливу і практично майже однаковим за величиною в усіх підгрупах захворювань шлунково-кишкового тракту (19,1 %) та факторів екології (радіації, других шкідливостей) – (9,7 %).

Всі вищенаведені висновки щодо факторів ризику повинні враховуватись у профілактиці остеопорозу взагалі та на тлі первинного ОА зокрема.

ОЦІНКА ВПЛИВУ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ НА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇД-ІНДУКОВАНІ ОСТЕОДЕФІЦИТНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

С.І.Сміян, О.Р.Барладин, М.Я.Ясніцька, Ю.М.Цяпа

Кафедра шпитальної терапії № 2

Методом двофотонної рентгенівської денситометрії у 82 хворих на бронхіальну астму (БА) виявлена наявність остеопенічного синдрому, що асоціюється із вживанням глюкокортикостероїдів (ГК) у 68,7 %. 83,9 % із них постійно отримують в якості стандартної терапії оральні ГК, а 16,1 % – періодично інгаляторні форми. Остеопоротичні переломи в анамнезі чи під час дослідження були визначені у 15,8 % хворих, у 7,3 % діагностовані компресійні переломи поперекового відділу хребта, що значно обмежувало рухову активність пацієнтів та різко знижувало якість життя.

Моніторинг показників мінеральної щільності кісткової тканини протягом дворічного спостереження за різних умов стандартної терапії свідчив, що швидкість втрати кісткової маси у пацієнтів, які використовували інгаляторні форми ГК становила 0,75 % в місяць, а у хворих із гормонозалежною БА – 1,54 %.

Таким чином, лікувальні програми, які передбачають стандартне лікування БА не містять превентивних засобів щодо остеопенії, що, в свою чергу, призводить до прогресування остеопорозу та підвищення ризику виникнення переломів та дає підстави для перегляду переліків лікарських засобів для лікування БА.

МІСЦЕ ЦИКЛОФЕРОНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ РЕЙТЕРА

С.І. Сміян, Н.В. Грималюк, У.С. Слаба, Л.В.Задорожна

Кафедра шпитальної терапії №2

На сучасному етапі розвитку ревматології спостерігається тенденція до збільшення числа реактивних артритів, в тому числі і хвороби Рейтера, що пов'язане з непрямим, опосередкованим через імунні механізми, впливом мікробних агентів на тканини суглобів.

Комплексне лікування урогенітальних реактивних артритів хламідійної етіології у випадках ранньої діагностики в гострій фазі не складає великої проблеми для практикуючих лікарів. З іншого боку, пізня діагностика, що призводить до хронізації процесу, викликає значні труднощі в терапії хвороби Рейтера і попередження рецидивів стає вагомим завданням лікаря.

Тому метою дослідження було вдосконалення лікування хронічного перебігу хвороби Рейтера з використанням циклоферону. В комплексне дослідження включені 28 хворих, діагноз урогенітального артриту був підтверджений підвищенням титру антихламідійних антитіл в сироватці крові за допомогою імуноферментного методу.

Порівняльний аналіз двох програм лікування стандартної (антибактеріальна, протизапальна) та стандартної з використанням циклоферону показав, що останній метод терапії швидше призводив до ліквідації клінічних симптомів захворювання та достовірному зниженню антихламідійних антитіл. На відміну від цього стандартне лікування, на тлі якого спостерігалася позитивна динаміка клінічної симптоматики, не знижувала до норми титр антихламідійних антитіл, що було підґрунтям до швидкого розвитку рецидивів.

Таким чином, використання циклоферону в комплексному лікуванні хронічного перебігу хвороби Рейтера призводить до потенціуючої антибактеріальної дії.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КАЛЬЦИТОНІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ АНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ

С.І. Сміян, О.М. Масик

Кафедра шпитальної терапії №2

Незважаючи на успіхи патогенетичної терапії анкілозуючого спондилоартриту (АС) не відбувається повного пригнічення хронічного імунного запалення, що веде до подальшої дегенерації хряща та кісткових структур і зумовлює клінічну картину захворювання. Тому метою нашого дослідження було вдосконалення методів лікування АС за умов використання кальцитоніну, що має остеопротективні, хондропротективні, протизапальні та знеболюючі властивості.

В дослідженні взяли участь 82 хворих на АС, яким проводилися загальноклінічні та денситометричні обстеження. 20 пацієнтів з них в якості доповнення до стандартної терапії отримували кальцитонін в дозі 100 Од двічі на тиждень протягом 3 місяців. Порівняльний аналіз методів лікування показав, що використання кальцитоніну достовірно підвищує ефективність лікування АС, що проявлялося у зменшенні больових, суглобових індексів та рухової активності хребта. Крім того, виявлена достовірна відмінність динаміки неспецифічних показників запального процесу та показників мінеральної щільності кісткової тканини в групі хворих, що отримували кальцитонін.

Таким чином, запропонована програма лікування АС може слугувати альтернативою стандартної терапії, що використовується в даний час.

УДК 612. 014. 426:612. 82/ :616-092. 4

ВЕГЕТАТИВНІ МЕХАНІЗМИ АДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АСТЕНО-НЕВРОТИЧНИМ СИНДРОМОМ

Соломка С.Л., Топор Е.А.

Кафедра загальної і клінічної патофізіології
Одеського державного медичного університету

В останні роки передбачаються два різновиди вегетативно-соматичного синдрому: органна, або ізольована, при якій порушення локалізуються у визначеній системі органів, і загальна, що характеризується поліморфізмом симптоматики.

Нами висунута та розроблена концепція діагностики хвороби на аналізі фізіологічних і психологічних характеристик пацієнтів.

Для вивчення параметрів вегетативної нервової системи і психофізіологічного стану були взяті результати досліджень 22 пацієнтів з астено-вегетативним синдромом, у віці від 5 до 17 років і контрольної групи з 35 фактично здорових пацієнтів. Для оцінки психологічного стану використовувалася шкала самооцінки Спілберга-Ханіна.

У роботі використовувався інфрачервоний пупілограф, розроблений на базі НДІ офтальмології і тканинної терапії ім. Філатова з реєстрацією параметрів, прямої і спорідненої реакцій зіниць лівого і правого ока у відповідь на світловий імпульс. Тривалість світлового імпульсу в експерименті складала 0,5 с, періодичність засвіту – 5 с, сила світла – 300 люкс.

Вегетативні порушення спостерігалися в усіх випадках проявлялися різноманітними дисрегуляторними ознаками. Всі головні пупілографічні показники вірогідно відрізнялися від відповідних параметрів у контрольній групі. Прихований період пупілографічної реакції значно перевищив такий у контрольній групі, у той час як період активної засвіту зіниці, час звуження зіниці і час відновлення зіниці в групі пацієнтів з астено-невротичним синдромом були меншими, ніж у контрольній групі. Зменшення амплітуди пупілографічної реакції в порівнянні з контролем, збільшення швидкості реакції зіниці на засвіт говорять про панування парасимпатичного регулювання в пацієнтів з астено-невротичним синдромом. Таким чином, на відмінність від звичайних клінічних і психофізіологічних засобів оцінки ВНС пупілографія дозволяє у всіх пацієнтів виявити порушення ВНС, визначити їхній характер з оцінкою стану симпатичної і парасимпатичної систем.

МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТОК ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ ТА ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ

*Є.М. Стародуб, О.Є. Самогальська, І.І. Мельник, Т.Б. Лазарчук, Н.В. Журбенко, Л.П. Мартинюк,
Р.П. Дуць, О.М. Королюк, Б.А. Локай*

Кафедра терапії і сімейної медицини ФПО

Обстежено 24 хворих на хронічний гепатит (ХГ) (16 чоловіків, 8 жінок) віком 32-50 років, тривалістю захворювання 1-8 років та 23 хворих на цироз печінки (ЦП) (17 чоловіків, 6 жінки) віком 37-70 років, тривалістю захворювання 0,5-7 років. Вірусну етіологію встановлено у 9 хворих на ХГ і 12 хворих на ЦП, алкогольну – у 11 хворих на ХГ і у такої ж кількості хворих на ЦП, токсичний гепатит діагностовано у 4 пацієнтів. Мінімальна активність ХГ констатована у 10 хворих, помірною – у 9, високою – у 5. У хворих на ЦП стадію декомпенсації діагностовано у 8 хворих, субкомпенсації – у 8, компенсації – у 7. МЩК визначали методом двофотонної рентгенівської денситометрії.

У вихідному стані серед хворих на ХГ зміни МЩК констатовано в 79,17 %: остеопенія I ступеня – у 11 пацієнтів (Т – (-1,36+0,02) SD), II ступеня – у 5 (Т – (-1,77+0,02) SD), III ступеня – у 2 (Т – (-2,32+0,03) SD), остеопороз – у 1 (Т – (-2,9) SD). Дефіцит кісткової тканини становив 10-25 %. Виявлено тенденцію до зменшення МЩК із збільшенням віку пацієнтів, тривалості захворювання, активності патологічного процесу у печінці. Залежності порушень МЩК та етіологічного фактору розвитку ХГ не встановлено. У 100 % хворих на ЦП встановлено зміни МЩК. Остеопенію I ступеня констатовано у 6 пацієнтів (Т – (-1,37+ 0,01) SD), II ступеня – у 9 (Т – (-1,67+ 0,02) SD), III ступеня – у 5 (Т – (-2,4+ 0,01) SD), остеопороз – у 3 (Т – (-2,74+ 0,03) SD). Дефіцит кісткової тканини становив 13-35 %. У всіх хворих на ЦП показник Z був нижчим за (-1), що свідчило про вплив захворювання на стан кісткової тканини. Збільшення тривалості захворювання супроводжувалося поглибленням остеопенічних змін кісток. Залежності між етіологічним фактором та станом МЩК у даній групі не виявлено, хоча спостерігається тенденція до їх зниження у осіб із алкогольним ураженням печінки.

Отже, встановлено тенденцію до зниження МЩК у хворих на ХГ, ЦП. Частіше кісткова тканина змінювалася при ЦП, рідше – при ХГ. Виявлено тенденцію до поглиблення змін МЩК із збільшенням віку пацієнтів, тривалості та важкості перебігу захворювання.

УДК:616.248-06:616-018.2-007.17:616.155.3-008.13

ФАГОЦИТОЗ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ІЗ СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ СИСТЕМНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Ткаченко Ю.П., Пашкова О.Є.

Запорізький медичний університет

Метою роботи було вивчення стану фагоцитозу нейтрофілів: фагоцитарної активності (ФА), фагоцитарного числа (ФЧ), завершеності фагоцитозу (ЗФ) у дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, в залежності від наявності в них синдрому недиференційованої системної дисплазії сполучної тканини (СНСДСТ).

Було обстежено 135 хворих на бронхіальну астму дітей, у 69 (51,1 %) з яких був виявлений СНСДСТ. В результаті дослідження встановлено, що при наявності синдрому сполучнотканинної дисплазії в періоді ремісії бронхіальної астми показники фагоцитозу були нижче, ніж у групі порівняння. Найбільш зниженими були ФЧ та ПЗФ. В періоді загострення хвороби активність фагоцитарних реакцій у порівнюваних групах трохи зближалася, але ПЗФ у дітей з СНСДСТ залишався вірогідно нижче. Встановлена пряма кореляційна залежність між станом фагоцитозу та тяжкістю бронхіальної астми в групі із СНСДСТ, в контрольній групі такої залежності в ремісії не виявлено. В періоді загострення астми у дітей із сполучнотканинною дисплазією більшість виявлених кореляційних зв'язків розривалися, а ПЗФ при важкому перебігу хвороби знижувався. При загостренні у хворих без проявів СНСДСТ спостерігалася зворотна залежність фагоцитарних реакцій від тяжкості бронхіальної астми.

Таким чином, наявність синдрому недиференційованої системної дисплазії сполучної тканини у дітей, хворих на бронхіальну астму, обумовлює зниження активності фагоцитарних реакцій.

АНТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ НОВОЇ КСЕРОФОРМНОЇ МАЗІ НА ПЕО-ОСНОВІ*Тюпка Т.І., Березнякова А.І.*Кафедра патологічної фізіології
Національна Фармацевтична Академія України, м.Харків

Нова ксероформна мазь на ПЕО-основі надана для вивчення співробітниками кафедри заводської технології ліків НФАУ (зав.каф.– проф. В.І. Чуєшов).

Метою дослідження є вивчення антимікробної активності на основі поєднаного використання ксероформу та димексиду. Першим етапом дослідження був вибір концентрації ксероформу у складі мазі. Основою для мазі був обраний сплав поліетиленоксидів (ПЕО) з молекулярною масою 400 та 1500, який поєднує дегідратуючу, бактеріостатичну та антифунгіцидну властивості. В результаті дослідження обрана 5 % концентрація ксероформу, як найбільш ефективна.

Наступним етапом проведених досліджень стало вивчення впливу димексиду на антимікробні властивості ксероформу та здатності його надавати досліджуванім комбінаціям антисинегнійну активність. За даними проведених досліджень встановлено, що при поєднанні димексиду з ксероформом, досліджуваний склад набуває оптимального рівня антимікробної активності і виявляє помірно виражені антисинегнійні властивості.

Таким чином, проведені мікробіологічні дослідження дозволили об'рунтувати склад мазі на ПЕО-основі з раціональною кількістю ксероформу та димексиду. Розроблений склад виявляє виражену антимікробну активність у відношенні усіх вивчених штамів мікроорганізмів.

УДК: 616.441-002-085.322

**ЗАСТОСУВАННЯ ECHINACEA COMPOSITUM S
У ЛІКУВАННІ АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ***М.М. Франчук, Н.В. Пасєчко, С.І. Зелінська, Л.П. Мартинюк, С.М. Геряк, О.В. Вербицька*

Кафедра факультетської терапії, обласна комунальна клінічна лікарня

Значне місце в практичній діяльності лікарів-ендокринологів займає діагностика та лікування захворювань щитоподібної залози. Серед них одним з найбільш частих є аутоімунний тиреоїдит (АІТ), розповсюдженість якого серед населення коливається від 6 до 11 %, а його субклінічні форми в ендемічних зобних зонах виявляються у 10-15 % людей.

Поскільки головним патогенетичним фактором у розвитку АІТ є імунодефіцит, тому метою даної роботи було вивчити ефективність застосування імуномодулятора *Echinacea compositum S* на клінічний перебіг захворювання та її вплив на рівень антитіл до тиреоглобуліну.

Під наглядом знаходилось 20 хворих з гіпертрофічною формою АІТ віком від 20 до 42 років, із них – 16 жінок і 4 чоловіки. Діагноз АІТ підтверджували клінічними проявами, УЗД щитовидної залози, змінами рівня антитіл до тиреоглобуліну та кількості тиреотропіну в крові. В комплексну терапію АІТ включали антигомтоксичний препарат *Echinacea compositum S*, який має імуномодулюючу дію. *Echinacea compositum S* вводили по 2 мл внутрішньом'язево, 3 рази на тиждень (на курс лікування 10 ін'єкцій).

Після проведеного курсу лікування *Echinacea compositum S* відмічено покращення загального стану хворих, зменшення розмірів щитоподібної залози та її щільності.

Це підтверджено також біохімічним дослідженням крові на рівень титру антитіл до тиреоглобуліну, який достовірно знизився.

УДК: 616.85

КОРЕКЦІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ON – LLNE

О.С. Чабан

Кафедра психіатрії з курсом основ психології та медичної психології

Неможливість отримати кваліфіковану психотерапевтичну допомогу за місцем нового проживання українців – емігрантів та заробітчан створило ситуацію пошуку альтернативних варіантів допомоги. Один з них – консультація та лікування за допомогою мережі інтернет. За період 1999-2002 років проконсультовано 18 пацієнтів, які проживали в США, Німеччині, Італії, Польщі, Англії та Ізраїлі. З 18 пацієнтів психічні розлади склали: депресивні епізоди ендogenous характеру – 2, депресивні епізоди невротичні – 8, дисоціативні розлади – 1, тривожно-депресивні розлади – 5, неврастенію – 1, невротична деперсоналізація – 1. 15 пацієнтам після консультації проведена психокорекція в режимі on line за допомогою програми “odigo”, в т.ч. у 3-х випадках з голосовим зв’язком.

Були зауважені наступні переваги психокорекції on line: 1. скорочення часу “входження в терапію”, 2. максимальна відкритість, 3. позитивне фантазування (перенос) на терапевта, 4. відчуття певної захищеності (“є до кого і куди вернутися”), 5. значна різниця у фінансових затратах на лікування. Негативні моменти: 1. відсутність візуального контролю, 2. складності оцінки опору, переносу, 3. певна умовність та невизначеність сетінгу, 4. відсутність можливості “швидкої” психофармакотерапії, 5. складність контролю за ефектом корекції.

Таким чином реалії часу вимагають нових підходів до надання діагностичної та психотерапевтичної допомоги, що потребує як теоретичного об’рунтування так і польових досліджень.

УДК: 616.85-056.4-058

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ФАКТОРІВ В ПАТОГЕНЕЗІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

О.С. Чабан, О.П. Венгер, С.В. Білоус, Я.М. Несторович, В.В. Яцук, С.І. Ситник, Р.М. Гнатюк

Кафедра психіатрії з курсом основ психології та медичної психології

Нами проведене клінічне та експериментально-психологічне обстеження 126 хворих з психічними розладами невротичного генезу. Було приділено увагу сучасним соціальним факторам формування невротичного відреагування як форму захисту пацієнта для зменшення особистісної напруги в соціумі.

Було встановлено, що масова міграції населення, пов’язаним з соціальними катаклізмами, економічними ситуаціями, проживання у іншомовному, іновірному середовищі, що стає дуже розповсюдженим явищем, накладає відбиток на патогенез психогенних розладів, та насамперед – на особливості невротичних розладів у населення, переміщеного у культуральні, релігійні та інформаційно депревативні та іншомовні особливості других країни. На нашу думку потужним фактором першопричин психологічних особливостей формування та проявів хвороб невротичного діапазону, є сучасна соціокультуральна ситуація, яка створює більш високий рівень емоційного напруги, а контроль власних реакцій, “пропускання” їх через конверсійні норми ускладнюється та обтяжується, що пов’язується з надмірним ростом у останні роки у суспільстві емоційної напруги, якої пацієнт вже не в змозі обмежити або трансформувати. Хворі стають менше невротичними, у традиційному розумінні та більш психопатичними (домінують непсихотичні особистісні розлади). В зв’язку з ускладненням, зростанням вимог соціального середовища, вираженої гіперстимуляцією, необхідністю тверезої оцінки складних інтерперсональних стосунків та проявами стриманості навантаження на відносно слабу другу сигнальну систему, конвертивні механізми формування дисоціативності на рівні як мінімум акцентуації особи стає індивідуально непереносимою та надмірною, що в свою чергу створює особистісний конфлікт нереальністю запиту та неможливості його реалізації.

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕОАДУВАНТНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ПРИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ T₃*Д.А. Чумак, Р.В. Сенютович, В.В. Гусак, І.В. Тащук, Е.В. Олійник*Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії
Буковинська державна медична академія

Проаналізована ступінь регресії раку молочної залози T₃ у 125 жінок після неоад'ювантної хіміотерапії (НХТ). За віком жінки розподілялись наступним чином. До 30 років – 4, до 40 років – 12, до 50 років – 39, до 60 років – 48, до 70 років – 8.

Повна ремісія пухлини при використанні схеми САМФ досягнута в 4 % випадків, часткова ремісія – в 32 %, стабілізація процесу відмічена у 19 %, прогресування захворювання не спостерігалось в жодному випадку. При використанні схеми СМФ повної ремісії у хворих ми не спостерігали, часткова ремісія була – у 26 %, стабілізація – у 42 %, прогресування – у 2 %.

Слід відмітити, що патогістологічного підтвердження повного зникнення пухлини не було в жодному випадку. У 74 жінок виявлено ураження пахвових лімфатичних вузлів. Широкі квадрантектомії виконані у 2 хворих, які перенесли НХТ при раку молочної залози T₃. В клініці принципово не ставили питання про виконання органозберігаючих операцій при місцево-поширеному раку молочної залози після неоад'ювантної хіміотерапії. Обидві операції проведені при відмові хворих від радикальної мастектомії. Вивчення залишкової величини пухлини в молочній залозі після проведення НХТ показує можливість виконання органозберігаючих операцій тільки у 10 % хворих.

Отримані дані свідчать, що неоад'ювантна, хіміотерапія за схеми СМФ, САМФ при раках молочної залози T₃ N₀₋₁ не дає достатньої регресії пухлини, які б створювали можливість виконання органозберігаючих операцій. Необхідний пошук методів хіміосенсибілізації пухлин.

УДК: 616.12-008.331.1:618.173

ВПЛИВ МОЕКСИПРИЛУ НА СИСТЕМНУ ТА ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВУ ГЕМОДИНАМІКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ*Швед М.І., Вівчар Н.М.*

Кафедра факультетської терапії ТДМА

Метою дослідження було визначення терапевтичної ефективності нового інгібітора АПФ моексиприлу у хворих на артеріальну гіпертензію з діастолічною дисфункцією лівого шлуночка.

Обстежено 47 хворих в віці (57,2±5,1) років з помірною АГ (ДАТ= (107,2±3,7) мм рт. ст.) II стадії. Монотерапія моексиприлом (7,5 мг/д) проведена у 25 хворих. Контролем були 22 пацієнти з АГ, яких лікували капотеном (50 мг/д).

Під впливом запропонованої програми лікування через 4 тижні у хворих основної групи поряд з хорошим гіпотензивним ефектом (САТ знизився на 23,3 %, ДАТ – на 19,9 %) відмічено значне поліпшення загального клінічного стану хворих, а також суттєве зниження загального периферичного опору, що зумовлювало покращення мікроциркуляції і зменшення переднавантаження на серце. Можна думати, що якраз за рахунок цих факторів під впливом моексиприлу спостерігалось покращення скоротливої функції серця, яке проявилось зменшенням часу циркулярного вкорочення волокон міокарда, скороченням тривалості ізоволюметричного розслаблення, підвищенням доплерографічного коефіцієнту Е/А та нормалізацією фракції викиду лівого шлуночка.

Зроблено висновок про доцільність застосування моексиприлу у хворих похилого віку з артеріальною гіпертензією, ускладненою систолічною та діастолічною дисфункцією лівого шлуночка.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

М.І. Швед, М.В. Гребеник, Л.П. Мартинюк, М.М. Франчук, О.А.Огер, Л. М. Груб'як

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

Відомо, що зниження варіабельності серцевого ритму (ВРС) у хворих на ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарду (ІМ), зокрема, є несприятливим прогностичним фактором фатальних аритмій.

Проведено холтеровське моніторування у 14 хворих з ІМ, п'ятеро з яких лікувалися з приводу цукрового діабету 2 типу (ЦД) протягом $7,4 \pm 2,3$ роки. Вивчалися показники ВРС: Mean N-N Interval – середній R-R інтервал, SDNN – стандартне відхилення від середньої тривалості всіх синусових інтервалів, SDANN – стандартне відхилення від середніх тривалостей інтервалів R-R розрахованих на всіх п'ятихвилинних ділянках запису ЕКГ, r-MSSD – середньоквадратична відмінність між тривалістю сусідніх синусових інтервалів R-R, pNN50 – процент сусідніх середніх синусових інтервалів R-R, які розрізняються більше як на 50 мм секунд; HF високі частоти 0,15 – 0,40 Гц – коливання тону су n. vagus при диханні, тісно корелюють з rMSSD і pNN 50.

Примітка: * – $\pm p < 0,05$.

Таким чином, у хворих, які мають ІМ із супутнім ЦД виявлено порушення вегетативного балансу, що проявляється достовірним зниженням тону парасимпатичної нервової системи (табл.). Діагностована у таких хворих автономна вегетативна кардіопатія вимагає додаткової медикаментозної корекції.

	Mean NN(ms)	SDNN(ms)	SDANN(ms)	r-MSSD(ms)	УДК: 616.127-005.8-06
ІМ	$854,3 \pm 21,4$	$124,9 \pm 6,3$	$61,2 \pm 3,2$	$31,1 \pm 1,6$	$7,9 \pm 0,6$
ІМ+ЦД	$784,6 \pm 19,8^*$	$98,7 \pm 8,2$	$38,7 \pm 2,4^*$	$12,6 \pm 1,4^*$	$5,0 \pm 0,8$

М. І. Швед, І.П. Тофан

Тернопільська державна медична академія, кафедра факультетської терапії

Метою дослідження було вивчення впливу імунних порушень у хворих гострим інфарктом міокарда (ІМ), ускладненим післяінфарктним синдромом (ПС) на систолічну та діастолічну функцію серця.

Під спостереженням знаходилось 20 хворих Q-ІМ віком 30-59 років (І-ша група) та 11 хворих Q-ІМ, ускладненим післяінфарктним синдромом Дреслера того ж віку (ІІ-га група). У пацієнтів на Q-ІМ без порушення імунного статусу спостерігались зміни в основному систолічній функції шлуночків серця, що проявлялося зростанням: передньо-заднього розміру ЛП ($3,85 \pm 0,69$) см (в нормі $1,9-4,0$ см), товщина МШП ($1,44 \pm 0,25$) см (в нормі $0,6-1,1$ см), товщина задньої стінки ЛШ ($1,30 \pm 0,17$) см (в нормі $0,6-1,1$ см), КДРлш ($5,89 \pm 0,61$) см (в нормі $3,5-5,7$ см), товщина вільної стінки ПШ ($0,47 \pm 0,11$) см (в нормі $0,2-0,5$ см), КДРпш ($2,30 \pm 0,61$) см (в нормі $0,9-2,6$ см). ФВлш становила у середньому ($48,56 \pm 8,40$) % (в нормі >55 %), ФВпш – ($66,70 \pm 10,1$) % (в нормі $60-70$ %). Разом з тим у хворих на ІМ з ПС виявлено порушення як систолічної, так і діастолічної функції серця: передньо-задній розмір ЛП ($3,91 \pm 0,56$) см, товщина МШП ($1,73 \pm 0,18$) см, товщина задньої стінки ЛШ ($1,6 \pm 0,22$) см, КДРлш ($6,4 \pm 0,54$) см, товщина вільної стінки ПШ ($0,46 \pm 0,13$) см, КДРпш ($3,2 \pm 0,23$) см. ФВлш становила у середньому ($41,38 \pm 8,40$) %, ФВпш – ($58 \pm 7,4$) %, максимальна швидкість ранньодіастолічного наповнення Е ($37,21 \pm 10$) см/с (в нормі 72 ± 13) см/с, максимальна швидкість під час передсердної систоли А ($36,13 \pm 9,15$) см/с (в нормі 56 ± 12) см/с, співвідношення Е/А ($1,03$) (в нормі $1,07-2,35$) ($p < 0,05$).

Таким чином, результати дослідження дозволяють стверджувати, що приєднання автоімунного ураження міокарду у хворих на ІМ приводить до поглиблення проявів СН за рахунок приєднання діастолічної дисфункції шлуночків серця та порушення міжшлуночкової взаємодії.

ДОСВІД АВТОМАТИЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОЮ ЛІКАРНЕЮ*В.В. Шкробот, О.М. Голяченко, Г.Ф. Корнієнко*

Кафедра соціальної гігієни

Запроваджено комп'ютерний облік основної статистичної інформації із загально прийнятих облікових форм роботи психіатричних та неврологічних відділень ТОКПНЛ з наступним одержанням зведених даних згідно достатньо інформативної програми.

Це дозволило одержати інформацію про кількість пролікованих хворих в розрізі районів, міських дільниць, певних категорій хворих, кратність поступлення за попередні місяці, роки, лікуючих лікарів, нозологій, тривалості лікування, розходження діагнозів, використання лікарняних відпусток, інвалідизації, виписки хворих по днях тижня і т.п.

Методика дає можливість реально оцінити якість роботи кожного лікаря за певний проміжок часу, що є необхідним для вирішення питання його ділових якостей, відповідності займаній посаді, атестаційній категорії і т.п.

Методологія персоніфікованого обліку буде надійною початковою базою для переходу на нові форми диференційованої оплати праці і впровадженні в роботу елементів страхової медицини.

УДК: 616.831. – 005 – 085 – 036] – 053

ЕФЕКТИВНІСТЬ СПОСОБУ ФАРМКОРЕКЦІЇ ГЕМОДИНАМІЧНИХ І РЕОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У НЕВРОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ*Шкробот С.І., Іщенко М.М., Дорогий А.М., Гара І.І., Нечай Є.О., Салій З.В.*

Кафедра нервових хвороб

В результаті обстеження 119 хворих на ішемічний інсульт та дисциркуляційну енцефалопатію виявлено, що вікова специфіка мозкового кровообігу проявляється зниженням адаптивних можливостей серцево-судинної системи в процесі старіння. Порушуються компенсаторно-приспосувальні механізми гомеостазу, знижуються фонові показники швидкості кровообігу у внутрішньочерепних артеріях і регіонального кровообігу та зростає залежність мозкового кровопостачання від центральної гемодинаміки, що у свою чергу створює умови для розвитку хронічної мозкової дисциркуляції ішемічного характеру. У осіб зрілого віку провідним фактором у розвитку ранньої дисциркуляційної енцефалопатії є атеросклеротичне ураження екстракраніальних відділів магістральних артерій голови. У похилому віці більш вагомою причиною розвитку ішемічних порушень є розлади мікроциркуляції та реологічних властивостей крові. Виявлені вікові особливості при ішемічному інсульті аргументують підходи до планування їх патогенетичної терапії.

Розроблений колективом кафедри спосіб фармакологічної корекції геодинамічних та реологічних порушень у хворих з ішемічними розладами мозкового кровообігу був впроваджений у практику неврологічних відділів Тернопільської обласної клінічної психо-неврологічної лікарні. За 1999-2001 роки запропоноване лікування отримали 337 хворих, з них 147 використовували трентал, 129 – антагоністи кальцію, 61 – їх комбінації. При цьому трентал призначали усім віковим категоріям хворих, нікардипін та авлокарділ при наявності супутньої серцевої патології.

Запропонований спосіб дозволив отримати покращання кровопостачання головного мозку та відновлення неврологічної функції у 306 хворих (91 %), зменшення перебування хворих у стаціонарі на 3 ліжко/дні. Не визначеним був результат у 31 хворого (9 %).

АМІЗОН: ДОСВІД КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

В.В. Шманько, І.В. Мерецька

Курс клінічної фармакології

Ревматичні захворювання характеризуються у більшості своїй схильністю до прогресування та хронізації, значною мірою погіршують якість життя хворого, призводять до стійкої втрати працездатності. До засобів, які найчастіше застосовуються і є ефективними, належать нестероїдні протизапальні засоби. Ми вивчали клінічну ефективність нового українського препарату амізон з чітко вираженими протизапальними, жарознижувачими, анальгезуючими властивостями. Під спостереженням перебувало 75 хворих на АС, які були розподілені на дві групи: хворі першої групи отримували загальноприйняте лікування, хворим другої групи призначали амізон по 0,25 г 3 рази на добу протягом 30 днів. Під впливом амізону відбувалась швидка ліквідація больового, суглобового та запального синдромів у хребті та периферичних суглобах, збільшувалась рухливість хребта у сагітальній та фронтальній площинах. Так, до лікування у 63,3 % пацієнтів спостерігався позитивний симптом Кушелевського, симптом Томайєра складав (58,5±2,36) см, після лікування кількість хворих з позитивним симптомом Кушелевського становила 14,6 %, значення симптому Томайєра зменшилось до (21,7±1,68) см. Результати лабораторних методів дослідження виявили зниження рівня ШОЕ, сіркомуюкості, зникнення С-реактивного білка в крові під впливом терапії з включенням амізону. Отримані результати показали високу клінічну ефективність амізону, що дозволяє рекомендувати включення цього препарату у комплексну терапію хворих на анкілозуючий спондилоартрит.

УДК: 616.61-008.9

ОСМОРЕГУЛЮЮЧА ФУНКЦІЯ НИРОК В УМОВАХ ВОДНО-СОЛЬОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Шумілова П.А.

Кафедра загальної та клінічної патофізіології
Одеський державний медичний університет

Відомо, що цілий ряд показників водно-сольового гомеостазу організму чітко утримуються на стабільному рівні, причому у регуляції водно-сольового обміну значна роль відведена ниркам. З метою виявлення їх участі в регуляції натрієвого гомеостазу здоровим людям проводились водне і водно-сольове навантаження з концентрацією в розчині хлориду натрію 0,1 %, 0,2 %, 0,3 %, 0,4 %, 0,5 %. При споживанні різних розчинів у об'ємі 0,5 % від маси тіла, виявлені значні відмінності: зі збільшенням кількості хлориду натрію при навантаженні поступово збільшується осмоляльність сечі. Характерно те, що вже при навантаженні 0,1 % відмінності були достовірні. Поступово зменшується діурез, який найбільший при водному навантаженні. Такі зміни характерні і для динаміки відносного діурезу. Концентрації креатиніну, білку, нітритів найвищі при 0,5 % навантаженні. Така ж динаміка характерна для екскреції осмотично активних речовин, креатиніну, нітритів, білку ($P < 0,05$). Слід зазначити, що тенденції до збільшення екскреції нітритів вже відмічаються при навантаженні 0,1 % розчином натрію хлориду.

Отримані результати свідчать про те, що незначні осмотичні стимули починаючи з 32 мосм/л викликають адекватну реакцію організму, яка в значній мірі реалізується через зміну роботи нирок.

ЗАСТОСУВАННЯ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛІЗУ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ВЕГЕТАТИВНИМИ КРИЗАМИ

І.В. Шумлянський, Ю.В. Драчук, О.М. Дудка

Рівненський клінічний лікувально-діагностичний центр ім В.М.Поліщука,
Кафедра медицини невідкладних станів з курсом діагностики та медичної інформатики

Вегетативні кризи (ВК) – одна з найбільш складних проблем вегетології. Труднощі діагностики та лікування ВК великою мірою обумовлені наявністю значної кількості клініко-патогенетичних варіантів з різним співвідношенням як психопатологічних, так і соматовегетативних компонентів. В останні роки в клінічну практику широко впроваджується метод спектрального аналізу серцевого ритму (СР), який дозволяє оцінити структуру вегетативної регуляції СР, кількісний вклад окремих ланок вегетативної нервової системи та їх взаємодію.

Обстежено 72 хворих з ВК. Діагностика ВК здійснювалась на підставі критеріїв DSM-IV. Обстеження хворих включало клінічне дослідження, психологічне тестування (ММРІ, опитувальник Спілбергера, шкала Гамільтона, тест Люшера), ЕКГ, РЕГ, ЕЕГ, доплерехокардіографію, за показами – ВЕМ, УЗД щитовидної залози. Спектральний аналіз СР проводили в фоні, після прийому однократної дози препаратів (реланіум 0,01 г, клоназепам 0,001 г, флуоксетін (продеп) 0,02 г) та в процесі курсового лікування (2-4 тиждень).

Результати дослідження свідчать, що спектральна структура СР досить чітко корелює як з рядом психопатологічних проявів (рівень особистісної та ситуативної тривожності, рівень депресії, наявність конверсійних тенденцій, фобій та ін.), так і з вираженістю соматовегетативних синдромів. Спектральний аналіз СР може використовуватись як зручний і інформативний метод оцінки індивідуальної структури вегетативної дисфункції та засіб підбору патогенетично обгрунтованої терапії. Зменшення VLF-компоненту спектру та нормалізація індексу LF/HF під впливом разових доз типових та атипичних бензодіазепінів може використовуватись як предиктор їх курсової ефективності у хворих з ВК. Натомість не відмічено чіткої залежності між змінами спектральної структури СР під впливом разових доз селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну та результатами їх курсового застосування.

УДК 615: 615.276; 582,772.3: 636.087.21

МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНА АКТИВНІСТЬ ВЕНОТРОПІНУ

Л.В. Яковлева, Н.А. Цубанова

Центральна науково-дослідна лабораторія
Національна фармацевтична академія України

Вченими НФАУ був розроблен новий венотонічний препарат венотропін. Позитивною відмінністю препарату від відомих венотонічних засобів на основі Гіркокаштану звичайного, є застосування нативного порошку плодів гіркокаштану, до змісту якого входять такі БАР як: кумаріни, кверцетинові глікозиди, дубильні речовини; а також введення до складу гранул пшеничних висівок, які утримують рослинні волокна, полісахариди, пектини, вітаміни групи В та мікроелементи. Оскільки одним із провідних факторів при лікуванні венотонічних патологій є відновлення проникності судинної стінки, яка залежить від стану клітинних мембран, необхідною умовою для прояву венотонічного ефекту препарату є мембраностабілізуюча дія. С Зазначене стало обгрунтуванням для проведення досліджень на моделі спонтанного гемолізу еритроцитів за Ягером. Венотропін та препарати порівняння аесцин і ескузан вводили в середньодобовій для людини дозі за есцином 30 мг, відповідно доза для щурів за есцином для всіх вищевказаних препаратів – 1,7 мг/кг.

Аналіз результатів показав, що мембранопротекторна активність венотропіну вірогідно вище активності препаратів порівняння аесцину та ескузану (66,89 % і 49,23%, 37,16 % відповідно), що можна пояснити наявністю суми поліфенольних сполук нативного порошку плодів гіркокаштану, введеного у венотропін. Поліфеноли володіють здатністю вбудовуватись у гідрофільну фазу мембран, виявляючи антиоксидантну активність і внаслідок цього стабілізувати фосфоліпідну матрицю мембран. Крім того, дубильні речовини порошку гіркокаштану утворюють комплекси з мембранними білками, що також призводить до

стабілізації клітинних мембран зі збереженням їх структури. Пшеничні висівки підвищують неспецифічну резистентність організму, потенціюючи мембранопротекторну дію БАР плодів гіркокаштану.

На підставі проведених досліджень можна зробити висновки, що венотропін має виражену мембранопротекторну активність, яка вірогідно перевищує препарати порівняння аесцин та ескузан.

УДК: 645.212:615.03.547.681.2:615.453.6]001.53

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ НОВОГО ПРЕПАРАТУ “АНАЛЬБЕН”

Л.В.Яковлева, О.М.Шаповал

Центральна науково-дослідна лабораторія
Національна фармацевтична академія України

Анальбен – новий синтетичний препарат з групи ненаркотичних анальгетиків (ННА) та нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), який є 2,4-дихлорбезоатом калію. Новий препарат виявляє виражені протизапальні, анальгетичні, жарознижуючі, антиоксидантні, гепатопротекторні властивості, не володіє ульцерогенною та алергізуючою дією та рекомендований для лікування пацієнтів на захворювання опорно-рухового апарату та больові синдроми. На цей час закінчено II фазу клінічних випробувань анальбену.

У процесі проведення двох фаз клінічних випробувань встановлено, що таблетки “Анальбен” по 0,001 г добре переносяться хворими, не спричиняють патологічного впливу на лабораторні показники, алергізуючого, ульцерогенного та гепатотоксичного ефектів. При лікуванні анальбеном відзначено суттєве покращення рухливості уражених суглобів, зниження інтенсивності запального процесу, зменшення больового синдрому, вранішньої скованості та інших ознак патології, які підтверджують також результати клінічних та біохімічних обстежень хворих. Так, у групі хворих на дистрофічні захворювання тазостегнового суглобу та поперечного відділу хребта, які одержували новий препарат, спостерігали зниження інтенсивності болю після лікування у 2,5 рази в порівнянні з показником до лікування та у 1,5 рази в порівнянні з групою хворих, які одержували плацебо.

За результатами двох фаз клінічних випробувань “Анальбен” є ефективним та безпечним препаратом для лікування дистрофічних захворювань опорно-рухового апарату, реактивного поліартриту, ревматизму, обмінного артрити, коксартрозу, хвороби Бехтерева, спонділоартрозу поперечного відділу хребта, больового синдрому радикуліту і остеоартрозу та рекомендований до впровадження в медичну практику.

УДК 612.766.1- 02:612.13]- 053.81

ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ РІЗНИХ НАПРЯМКІВ НА ГЕМОДИНАМІКУ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗДОРОВ'Я

Є.А. Ясінський, В.Б.Коваль, П.Р. Левицький, П.П. Бондар

Кафедра спортивної медицини та фізичного виховання

Досліджено 36 студентів з діагнозом гіпертонічна хвороба – 15 чоловік і вегето-судинна дистонія – 21 чоловік. Студентів поділили на 2 групи. Протягом навчального року на заняттях зі студентами 1-ої групи поряд з оздоровчими вправами загальнозміцнюючого характеру використовувались бігові вправи щодо переважного розвитку витривалості, а саме: поступове підвищення навантаження за рахунок збільшення об'єму, а не інтенсивності (біг малої інтенсивності – 150-160 кроків за хвилину; дистанція бігу від 50 до 200 м; кількість повторень від 3 до 8 разів). Інтенсивність навантаження устанавлювалась індивідуально на кожному занятті в залежності від самопочуття студентів. Із зростанням тренуваності дистанція збільшувалась до 2000 м, за рахунок зменшення об'єму інтервалів відпочинку збільшували об'єм навантаження. Час безперервної роботи доходив до 15-20 хвилин. Студенти 2-ої групи займались загальнозміцнюючими вправами та спортивними іграми.

З'ясовано, що показники гемодинаміки покращились у студентів обох груп. Однак, у першій групі вони були вірогідно вищими ($P < 0,05$), а термін відновлення пульсу після навантаження скоротився на 20-25 %.

Отже, на заняттях зі студентами спеціальної групи здоров'я, які мають вищезначені захворювання доцільно використовувати вправи з переважним розвитком витривалості, статечно дотримуючись поступового підвищення навантаження, зберігаючи принцип індивідуального підходу.

ХІРУРГІЧНІ, ОНКОЛОГІЧНІ, ОЧНІ ТА ЛОР-ХВОРОБИ

УДК:617.7-007.681-089.168.1-085.457.1

ВПЛИВ ТРОПІКАМІДУ НА ПРЯВИ ЗАПАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ ПЕРЕДНЬОГО ВІДТИНКУ СУДИННОЇ ОБОЛОНКИ ОКА ПІСЛЯ АНТИГЛАУКОМНИХ ОПЕРАЦІЙ

Абашина Н.М., Гернага Ю.О., Мельник Л.М.

Кафедра офтальмології Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького

Мета роботи: вивчення впливу тропікаміду на прояви запальної реакції в передньому відтинку судинної оболонки ока після антиглаукомних операцій при відкритокутової глаукомі II-III стадії.

Під спостереженням знаходилось 48 пацієнтів (48 очей) з відкритокутовою II-III "В" глаукомою, віком 45-60 років (27 жінок та 21 чоловік). Контрольну групу склали 25 пацієнтів (25 очей), основну групу – 23 пацієнти (23 ока). Усім пацієнтам була проведена антиглаукомна модифікована синустрабекулектомія з базальною іридектомією. В післяопераційному періоді на фоні загальноприйнятої протизапальної терапії, для поширення зіниці щоденно застосовували в основній групі 1-разову інстиляцію 0,5 % розчину тропікаміду, у контрольній – 1-разову інстиляцію 1 % розчину мезатону. Оцінювали ступінь вираженості запальної реакції з боку райдужної оболонки в передній камері ока і розширення зіниці. При використанні 1-разової інстиляції 0,5 % тропікаміду зіниця поширювалась до 5мм через 20-30 хв. В контрольній групі при 1-разовій інстиляції 1 % мезатону зіниця поширювалась до 2-3 мм через 30-50 хв. Для поширення зіниці до 5 мм необхідно була додаткова 3-4 разова інстиляція 1 % мезатону або інших мідріатиків. Задні синехії в основній групі не утворились, у контрольній – спостерігались на 4 очах, що вимагало додаткових інстиляцій 1 % мезатону, 0,5 % тропікаміду, а в разі недостатньої ефективності – проведення субкон'юнктивальних ін'єкцій мезатону. В основній групі найбільше зниження феномену Тиндаля спостерігалось на 4-7 день (в середньому $4,9 \pm 0,5$), у контрольній – на 5-9 день (в середньому $6,1 \pm 0,7$).

Проведені дослідження дозволяють хворим з відкритокутовою II-III "В" глаукомою після антиглаукомної синустрабекулектомії з базальною іридектомією рекомендувати проводити інстиляції 0,5 % розчину тропікаміду для поширення зіниці та зниження проявів запальної реакції в передньому відтинку судинної оболонки ока.

УДК:617.7-007.681-08:614.274].003.14

ВАРТІСНА ОЦІНКА СУЧАСНИХ І ЗАГАЛЬНОПРИЙНЯТИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ

Абашина Н. М., Конопада Л., Дубчак Т., Душенчук Т.В.

Кафедра офтальмології Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького

Відкритокутова глаукома (ВКГ) – це захворювання, яке протікає з підвищенням внутрішньоочного тиску, екскавцією і атрофією зорового нерва і потребує своєчасного та адекватного лікування. Метою наших досліджень було проведення вартісної оцінки сучасних вітчизняних та імпортованих препаратів, які застосовуються для лікування ВКГ. Ми провели дослідження, щоб порівняти вартість лікування традиційними та новими імпортованими препаратами, щоб визначити цінову кон'юнктуру ринкових пропозицій офтальмологічних препаратів. Розглянемо на конкретному прикладі: пілокарпін(1 %) виробник Харків коштує 3-4 грн., в той час коли ціна аналога, фірми Santen 13-14 грн. В-адреноблокатор "Бетоптик S" (ціна якого 17-18 гривень), знижує підвищений внутрішньоочний тиск, не впливаючи при цьому на функції серцево-судинної та дихальної систем. При регулярному використанні препарату

зберігаються поля зору, підвищується чутливість сітківки за рахунок покращення кровообігу, що призводить до більш тривалого збереження функцій зорового нерва.

Висновки: Сучасні імпорتنі антиглаукомні засоби є досить ефективними, проте їх ціна не завжди є доступною для українського споживача. В той час, як вітчизняні препарати не завжди достатньо ефективні, зате доступні за ціною і постійно наявні в аптечній мережі. Тому, необхідно розробляти нові схеми та комбінації лікування ВКГ вітчизняними та імпортними препаратами, які не мають аналогів на фармацевтичному ринку України.

УДК:617.753.2-053.4/5-08

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ СКЛЕРОПЛАСТИКИ ТА КОНСЕРВАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ МІОПІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Абашина Н.М., Потягайло Г.Л., Потягайло М.Г.

Кафедра офтальмології Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького
Офтальмологічне відділення Волинської обласної дитячої клінічної лікарні

Значна поширеність та прогресування короткозорості вимагають пошуку ефективних шляхів відновлення функції зору. Відомі різноманітні консервативні та оперативні методи попередження прогресування міопії. В літературі ведеться полеміка про їх доцільність. З метою оцінки ефективності зазначених методів було проведено дане дослідження.

Проаналізовано 104 амбулаторні картки школярів віком 10-13 р. (по 52 картки дітей, лікованих оперативно та консервативно) та 50 карт цих хворих в пізні терміни. Дослідження проводились на базі Волинської обласної дитячої клінічної лікарні з 1995 по 2001 роки.

Дітям, лікованим консервативно, проводився підбір окулярів, тренування резервів акомодациї, плеоптичне лікування за показами, електростимуляція цилиарних м'язів, електрофорез з літичною сумішшю по Черікчі, вітамініотерапія. Поряд з консервативною терапією використовувалась чотирьох-лоскутна склеропластика твердою мозковою оболонкою по методу Пивоварова-Приставка (СПТМО) як основний метод хірургічної профілактики прогресування міопії у дітей на Україні та країнах СНД.

Результати показали приріст міопії в обох групах хворих в межах 1,0-3,0 Д на рік, що поступово припинявся у віці 15-17 років.

Висновки: 1. Істотної різниці між ефективністю СПТМО та консервативного лікування міопії у дітей 10-13 річного віку не виявлено. 2. В лікуванні прогресування міопії у школярів консервативні заходи є основними. 3. Проблема пошуку ефективних способів лікування є актуальною і потребує продовження досліджень.

УДК:616.381-002-092.19

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ОРГАНІЗМУ У ХВОРИХ НА ПЕРИТОНІТ.

В.В. Бенедикт, М.С. Гнатюк, Ю.М. Голда, Л.Р. Коробко, Н.В. Бенедикт

Кафедра хірургії ФПО

Рівень природної резистентності організму людини визначає важкість перебігу гострої хірургічної патології, частоту виникнення ускладнень і ефективність лікування.

Нами проведено дослідження кількості паличкоядерних нейтрофілів і лімфоцитів в периферійній крові з визначенням їх співвідношень у 62 хворих на післяопераційну вентральну грижу і у 112 на перитоніт. Було встановлено, що у хворих на грижу перед операцією паличко-лімфоцитарний індекс (ПЛІ) становив $(0,20 \pm 0,03)$, на першу добу після операції – $(0,71 \pm 0,05)$ і при виписці – $(0,21 \pm 0,03)$. Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) у цих хворих рівнявся, відповідно, $(1,44 \pm 0,24)$, $(3,36 \pm 0,43)$ і $(0,64 \pm 0,14)$. У хворих на перитоніт ПЛІ складав до операції $(1,42 \pm 0,18)$, в першу добу після операції $(2,41 \pm 0,30)$ і при виписці $0,27 \pm 0,06$ ($P < 0,01$); ЛІІ, відповідно, $(5,26 \pm 0,58)$, $(6,57 \pm 0,66)$ і $(1,78 \pm 0,22)$. У випадках, що супроводжувалися післяопераційними гнійними ускладненнями в черевній порожнині, при визначенні ПЛІ в динаміці становив 4,0 і більше од.

Таким чином, у дорослих ПЛІ відповідає нормальним значенням до 0,49 од., напруження неспецифічної резистентності організму 0,5 – 0,99, більше 1 – істотне зниження резистентності і виражене запалення аж до гнійного процесу. Цілком зрозуміло, що запропонований нами індекс необхідно аналізувати не абстрактно, а у конкретному зв'язку з усією симптоматикою у хворих. Трактуючи лейкограми таким чином буде більш повноцінним і, особливо, при врахуванні його в динаміці. Визначення цього індексу є доволі простим, що дозволяє використовувати його у повсякденній роботі лікаря любого фаху.

УДК 616.24-002.3-085.38:546.214

ОЗОНОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГНІЙНО ДЕСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

М.Д. Бех, В.В. Мальований, В.В. Дем'яненко, А.Д. Беденюк, І.В. Мальована

Кафедра шпитальної хірургії

В останнє десятиріччя методи клінічного застосування терапевтичних доз озону, пов'язані з його парентеральним (довенним) і ентеральним введенням знайшли широке застосування. За даними літератури, терапевтичні дози озону, введені парентерально суттєво підсилюють мікроциркуляцію і поліпшують трофічні процеси в органах і тканинах. Крім цього озон має бактерицидну дію.

Обстежено 37 хворих на гнійно-деструктивні захворювання легень. Вивчали токсичність сироватки крові за методом В.В. Бігуняка, лейкоцитарний індекс інтоксикації за Я.Я. Кальф-Каліфом, антитоксичну резистентність еритроцитів, імунний статус хворого та стан антиоксидантного захисту організму. У хворих (п-14) зі зниженнями імунореактивності та високим рівнем ендогенної інтоксикації крім загальноприйнятого лікування проводили ОГТ шляхом в/в інфузій озонованого ізотонічного розчину натрію хлориду за допомогою апарату "Квант-01" (М.Д. Бех і В.В. Демяненко, 1992).

Озонований розчин вводили довенно в дозі 200 мл 2 рази на добу. При проведенні ОГТ у хворих на 10-12 день лікування більш ніж в контролі, знижувалась токсичність сироватки крові. Фагоцитарний індекс збільшувався на 23,8 %, фагоцитарне число – на 29,7 %. Збільшилась кількість Т-лімфоцитів при нормалізації числа В-клітин. Активізувалась система антиоксидантного захисту. Зміни лабораторних показників супроводжувались позитивною динамікою клінічної картини.

УДК : 616. 137.83/862-089.635

ЗАСТОСУВАННЯ АКТИВНОГО КИСНЮ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОБЛІТЕРУЮЧИЙ ЕНДАРТЕРІТ

М.Д. Бех, В.А. Надал, І.К. Венгер, В.В. Дем'яненко, Р.Я. Кушнір

Кафедра шпитальної хірургії, кафедра загальної хірургії

Метою роботи є апробація методу оксигенації тканин організму при облітеруючому ендартеріїті, який здійснюється шляхом занурення тіла пацієнта або його нижніх кінцівок у ванну з водою, що збагачена активними формами кисню.

У 25 хворих з артеріальною ішемією 2-го ст. віком від 28 до 53 років вивчено рівень оксигенації тканин визначення парціального тиску кисню в стаціонарних точках гомілки підшкірно провели за допомогою полярографа РА-2 і активних платинових електродів, тепловіддачу кінцівками та температуру шкіри до та після симпатектомії у 11 хворих та у 14 хворих – після симпатектомії і проведення процедури застосування активного кисню. Активний кисень застосовували в ранньому післяопераційному періоді та на 18-20 добу після симпатектомії.

У хворих до симпатектомії (25 хворих) напруга кисню в тканинах становила (25,37±1,29) мм рт. ст. (p<0,01), після симпатектомії на 19-21 добу – 29,23 мм рт. ст. (p<0,04). Після процедури застосування активного кисню (14 хворих) оксигенація тканин кінцівок зросла до (32,26±1,43) мм рт. ст. (p<0,05).

Отримані показники теплопровідності та температури шкіри підтверджують доцільність застосування активного кисню після симпатектомії у хворих на облітеруючий ендартеріїт з ішемією 2-го ст.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ БІОФІЗИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КОНСЕРВОВАНОЇ ШКІРИ

В.В. Бігуняк, В.В. Дем'яненко, М.Д. Бех

Кафедра травматології і ортопедії з курсом комбустіології

Результати дослідження властивостей консервованої шкіри з застосуванням методик первинної і вторинної (індукованої) люмінесценції, зокрема в умовах впливу взаємоперпендикулярних електричного і магнітного полів, обробки енергією оптичного випромінювання в ультрафіолетовій (УФ) ділянці спектру, а також когерентним випромінюванням в інфрачервоному спектральному діапазоні виявили принципові можливості направленої корекції властивостей консервованої тканини для вирішення практичних завдань пластичної хірургії взагалі, і лікування опечених хворих – зокрема. УФ опромінена консервована ксеношкіра набуває властивостей активного сорбенту з вираженим антитоксичним ефектом. Особливий інтерес викликає здатність такої шкіри взаємодіяти *in vitro* з антиоксидантними сполуками в реакціях гасіння люмінесценції, виступаючи в ролі біоенергетично чутливого тест-об'єкту клініко-діагностичного дослідження внутрішнього середовища здорового і хворого організму. Важливо підкреслити, що в сухому стані переважають ті властивості ліофілізованої шкіри, які можуть бути описані законами фізики, у тому числі фізики твердого тіла. Навпаки, після навіть короткотривалого зволоження консервована тканина все більше набуває властивостей живої структури. Очевидно, вирішення проблем керування біотичними процесами в ізолюваній тканині, зокрема, консервованому біотрансплантаті, слід пов'язувати з забезпеченням оптимізації водної фази інкубаційного середовища.

УДК: 615.461.13:616.592.7-002

ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИЕ АКТИВИРОВАННЫЕ РАСТВОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Р.В. Бондарев, В.Е. Трофимов

Кафедра факультетской хирургии
Луганский государственный медицинский университет

Представлены сравнительные результаты лечения 127 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей. У больных основной группы местно применяли электрохимически активированный раствор, в контрольной – 25 % раствор димексида.

Установлен хороший антибактериальный эффект кислого и нейтрального анализов по отношению к клиническим штаммам микроорганизмов (синегнойной палочки, золотистого и эпидермального стафилококка, кишечных и спорообразующих палочек, а также анаэробов: пептококков, бактериоидов, пептострептококков и эубактерий).

Проведенное лечение ЭХА растворами по разработанной методике позволило сократить время очищения раны от некротических тканей до $3,9 \pm 0,2$ сут. Средние сроки появления грануляций практически совпадали со сроками очищения ран $2,7 \pm 0,3$ и превышали таковые у больных контрольной группы. Значительно раньше и более активно под воздействием ЭХАР начиналась эпителизация, сроки возникновения которой колебались в пределах $5,2 \pm 3$ дня. Продолжительность заживления ран при применении ЭХАР составила 3,5 % сут, что в 1,8 раза активнее чем у больных контрольной группы.

Выраженное лечебное действие ЭХА растворов позволили у 24,7 % пациентов наложить первично-отсроченные швы, у 22,3 % больных ранние вторично, у 3,5 % провести аутодермопластику, у остальных больных раны зажили под мазовыми повязками. Длительность лечения больных в стационаре основной группы было в 2 раза меньше, чем больных контрольной группы.

КОРЕКЦІЯ ВЕНОЗНОГО КРОВОПЛИНУ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ НЕДОСТАТНОСТІ КЛАПАННОГО АПАРАТУ ГЛИБОКИХ ВЕН

І.К. Венгер, А.В. Левицький

Кафедра шпитальної хірургії

Порушення клапанного апарату глибоких вен призводить до зміни трофіки тканин гомілок з подальшим розвитком трофічних виразок та інвалідизацією хворих.

У судинному відділі ТОККЛ на базі кафедри шпитальної хірургії ТДМА 9 хворим виконано корекцію клапанного апарату за допомогою формування додаткового інтравенозного клапана із стінки венозної колатералі глибокої вени, яку коригують. Фрагмент стінки венозної колатералі переміщали у просвіт коригованої глибокої вени та фіксували атравматичними швами за напрямком фізіологічного відтоку крові. Ефективність визначали за допомогою УЗДГ (модифікована проба Вальсальви, кашлева проба, компресійні проби) та за регресом клінічних ознак. У 1 хворого було виявлено слабопозитивну модифіковану пробу Вальсальви та слабопозитивні компресійні проби. Стенозування ділянки глибокої вени в місці виконання коригуючої операції відмічено не було. Регрес клінічних ознак хвороби із повним або частковим загоєнням трофічних виразок спостерігався у всіх хворих.

УДК 616.36-008.811.4-079.5]-089.15

ВИКОРИСТАННЯ СОНОГРАФІЧНИХ ГІСТОГРАМ В ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ І ВИБОРІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ НЕПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

М.М.Галей

Кафедра хірургії ФПО, центр малоінвазивної хірургії Волинської обласної лікарні

Обстежено 123 хворих на обтураційну жовтяницю непухлинного генезу в віці 19-85 років.

Крім клініко-лабораторних методів дослідження використовували спеціальні методи: ультрасонографічні гістограми жовчі та стінки жовчевивідних шляхів, ультрасонографічні гістограми печінки, ендоскопічна ретроградна холедохопанкреатографія.

Із 123 обстежених причинами обтурації були у 97 – холедохолітиаз, у 16 – непухлинні захворювання великого дуоденального сосочка і у 10 – непухлинні захворювання підшлункової залози.

Стверджена кореляція між біохімічними показниками крові (білірубін, лужна фосфатаза, АЛТ, АСТ) та ехоцильність тканини печінки.

При I-II ступені важкості жовтяниці були проведені малоінвазивні хірургічні втручання одноетапно ;з третім ступенем важкості жовтяниці- нозобіліліарне дренивання холедоха та поліпшення функціонального стану печінки і розвантаження гіпертензії жовчевого дерева, як перший етап лікування з наступним другим етапом – лапаротомія.

Таким чином, оцінка функціонального стану печінки за даними ультрасонографічної ехоцильності тканини печінки дає змогу хірургічного вирішення проблеми ліквідації обтурації жовчевого дерева.

УДК: 616.33+616.342]-089.11

РОЛЬ МІЖ ОРГАННИХ ЗРОЩЕНЬ В РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ ТА РЕІНЕРВАЦІЇ ОРГАНІВ ВЕРХНЬОГО ПОВЕРХУ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

В.Д. Гаргула, М.В. Гаргула

Кафедра оперативної хірургії і топографічної анатомії

На основі аналізу результатів дослідження в хронічних експериментах моторно-евакуаторної функції органів травного каналу, а також вазографічних, морфологічних і морфометричних показників

встановлено, що судинно-нервові утворення міжорганих зрощень між шлунком, дванадцятипалою кишкою, печінкою і підшлунковою залозою відіграють важливу роль в локальному покращенні васкуляризації, відновлення нейрорефлекторних і моторно-евакуаторних розладів їх функцій, як в ранні так і пізні строки після операції. Через 14 діб після операцій в судини, які формуються в міжорганих зрощеннях, вільно проникає контрастна речовина. На 30 добу разом з розвинутою сіткою міжорганих анастомозів, в нервовому апараті виявляються як поодинокі нервові волокна, так і цілі жмутки, які транзиторно проникають по ходу новоутворених судин і повністю формуються на 60 добу. Фактично, реваскуляризація та реінервація є компенсаторною реакцією організму на відновлення втрачених функцій. Зроблено висновок, що роз'єднання міжорганих зрощень при повторних оперативних втручаннях на органах черевної порожнини показано тільки при наявності механічних перешкод, які порушують функцію того чи іншого органа, тому що зрощення є додатковим джерелом реваскуляризації і реінервації оперованого органа. На основі експериментальних даних нами розроблені анатомічно допустимі і функціонально обгрунтовані нові способи цілеспрямованої реваскуляризації і реінервації органів черевної порожнини, які впроваджені в практику хірургічних клінік (А.с. № 1797863, 1803050; патенти № 23942 А, 24950 А, 21057 А).

УДК 617.586:616.379-008.64-08-031.84]-085.33

ЕУБІОТИКИ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ СТОПИ ДІАБЕТИКА

П.О. Герасимчук, С.І. Климнюк, М.О. Ляніс, О.В. Бойчак

Кафедра загальної хірургії та мікробіології

Синдром стопи діабетика (ССД) – специфічне ураження нижніх кінцівок, яке виникає протягом життя у 5 % хворих на цукровий діабет. У 3 % хворих вище означеної групи саме це ускладнення є причиною високихампутацій нижніх кінцівок. Особливості патогенетичних механізмів формування та мікрофлори шкіри і гнійно-некротичних уражень м'яких тканин обумовлює пошук нових, перспективних методів лікування вищезначеної патології. Одним з таких, на нашу думку, може бути місцеве застосування еубіотиків (А-бактерину).

Мікробіологічне дослідження флори шкіри та ран у 86 хворих з ССД 0-IV ступеня ураження дозволило верифікувати 1140 штамів мікроорганізмів. Ідентифіковані бактерії віднесено до 6 родин, 10 родів та 43 видів. У осіб з цукровим діабетом без відкритих уражень стопи виділено представників 6 родин, 8 родів, та 33 видів, у хворих із ССД III-IV ступеня – відповідно 6, 9 та 36, а в хворих із ССД I-II ступеня до застосування еубіотиків шкіру колонізували представники 6 родин, 10 родів та 37 видів. Домінуючими серед них є стафілококи, мікрококи, аеробні спороутворюючі бацили та коринебактерії.

В процесі місцевого застосування А-бактерину спостерігались зміни ступеня колонізації аеробними мікроорганізмами. Відмічалось зменшення густоти мікробних угруповань в усіх обстежених біотопах після лікування у порівнянні із аналогічними показниками до застосування А-бактерину. Так, найбільш відчутне зменшення щільності колонізації в процесі лікування відбувалося в рановому вмісті (4,89 lg КУО/г – до і 4,41 lg КУО/г – після лікування), менш суттєве – на тильній поверхні стопи (2,90 lg КУО/см² і 2,75 lg КУО/см²), та в міжпальцевому проміжку (4,73 lg КУО/см² і 4,42 lg КУО/см²).

Після застосування А-бактерину в мікробіоценозах досліджуваних ділянок на 14,0-16,0 % зменшувалась частка стафілококового і в 1,1 разів зменшувалась вона для мікрококового і коринебактеріального угруповань. Популяції ентеробактерій, псевдомонад та стрептококів, після 5-7 денного лікування із місцевим застосуванням А-бактерину у досліджуваному матеріалі не виявлялися.

Ідентичні тенденції спостерігали при мікробіологічному аналізі ранового вмісту.

Отримані результати дозволяють рекомендувати А-бактерин для місцевого лікування гнійно-некротичних уражень м'яких тканин, та корекції мікробіоценозів шкіри у хворих з ССД.

МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ЗМІН СУДИННОГО РУСЛА ОЧНОГО ЯБЛУКА ПРИ ДИСТРОФІЇ СІТКІВКИ

К. В. Гнатко

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії, ЦНДЛ

За допомогою комплексу морфологічних, ін'єкційних, морфометричних та морфостатистичних методів вивчено судинне русло очного яблука у 11 статевозрілих кролів-самців, які були розділені на дві групи. Перша група (контрольна) включала 5 практично здорових інтактних тварин, які знаходилися в звичайних умовах віварію, друга – 6 кролів із експериментальне змодельованою дистрофією сітківки ока. Евтаназія кроликів здійснювалася кровопусканням в умовах каліпсологового наркозу. При допомозі кількісної морфометрії встановлено, що в умовах змодельованої дистрофії сітківки виникають істотні зміни гемомікроциркуляторного русла райдужки, війкового тіла та в основному передніх відділів власне судинної оболонки. Щільність капілярів в цих експериментальних умовах знизилася на 27,4 %, суттєво зменшеною виявилася також питома площа поверхні судин. Морфологічні зміни судин у вказаних структурах були однакові і характеризувалися розширенням, звивистістю капілярів, повнокров'ям, перивазальним набряком. Зустрічалися мікроаневризми, геморагії та облітерація капілярів. Слід зауважити, що розширення та повнокров'я переважало у венозній ланці мікроциркуляторного русла.

Виявлені зміни судин свідчили про порушення кровопостачання очного яблука в умовах змодельованої патології, що необхідно враховувати при її діагностиці, лікуванні та профілактиці.

УДК:616.718-005.93–089.81

ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОГО ЛІМФОСТАЗУ НИЖНІХ КІНЦІВОК В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

В.Б.Гоцинський, П.В.Гоцинський

Кафедра поліклінічної справи і сімейної медицини

В сучасній ангіології залишається актуальною проблема пошуку оптимальних методів лікування вторинного лімфостазу нижніх кінцівок. Нами проаналізовано результати лікування L-лізином есцинатом 0,1 % для ін'єкцій у 25 хворих на вторинний лімфостаз нижніх кінцівок. З них, у 16 хворих причиною лімфостазу було бешихове запалення, у 9 пацієнтів констатована лімфатично-венозна недостатність після гострого венозного тромбозу глибоких вен. Препарат L-лізину есцинату 0,1 % для ін'єкцій вводили у дозі 8,8 мг есцинату (10 мл – 2 ампули) внутрішньовенно крапельно, щодня. Курс лікування – 8-10 днів.

У порівнянні з традиційною лімфотропною терапією, яка проводилася у 36 хворих, у пацієнтів, які отримували новий препарат відмічено значне та швидке зменшення набряку кінцівки та больового синдрому.

Таким чином, препарат L-лізину есцинату може використовуватись у комплексному лікуванні вторинних лімфостазів нижніх кінцівок.

УДК: 616.71-007.234-02:616.33/342-002.44-085-098

СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЗА ПОКАЗНИКОМ T У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ, ЛІКОВАНИХ КОНСЕРВАТИВНО ТА ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ

В.Б. Гоцинський, Н.І.Корильчук, Л.С.Бабінець, І.О. Корніцька, С.М. Бутвін, Р.А. Бадюк

Кафедра поліклінічної справи та сімейної медицини

Сучасною наукою встановлено наявність зв'язку між розвитком остеодіфіцитних станів та захворюваннями шлунково-кишкового тракту, зокрема виразковою хворобою.

Нами, за допомогою двохфотонного рентгенівського денситометра, обстежено поперекову ділянку хребта (L1-L4) у 16 хворих на виразкову хворобу після консервативного лікування (лікування здійснювалося за загальноприйнятим стандартом) та 18 хворих після органозберігаючих операцій на шлунку (СПВ, різні види резекції), які були проведені внаслідок безуспішного довготривалого консервативного лікування та ускладнень виразкової хвороби.

Підсумок результатів показав, що показник Т у хворих на виразкову хворобу лікованих консервативно, становив $(-2,89 + 0,01)$. Показник стандартної девіації Т у прооперованих хворих – $(-1,56 + 0,01)$. Результати достовірні стосовно репрезентативної групи бази даних рентгенівського денситометра ДРХ-А. Дані вказують на зниження мінеральної щільності кісткової тканини до рівня остеопенії та в деяких хворих – остеопорозу.

Порівняльний аналіз змін показника Т показав, що остеодefіцит у хворих на виразкову хворобу після органозберігаючих операцій менш виражений, ніж у таких, лікованих консервативно.

УДК:617.55-007.43-089

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ З ВИКОРИСТАННЯМ СИНТЕТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ

І.Я. Дзюбановський, В.І. П'ятночка

Кафедра хірургії ФПО

В клініці апробовано і впроваджено новий метод пластик гриж черевної стінки з використанням сітчатого поліпропіленового протезу. Основними показами до застосування монофіламентної поліпропіленової сітки американського виробництва були післяопераційні вентральні грижі великих розмірів, післяопераційні рецидивуючі вентральні грижі і пахові рецидивуючі грижі, особливо у групи хворих з аліментарним ожирінням. За останній рік в клініці прооперовано 35 хворих з вентральними та рецидивуючими вентральними грижами і 8 хворих з рецидивом пахових гриж. Розроблені технічні варіанти фіксації сітчатого протезу та особливості дренивання післяопераційної рани дозволили значно знизити ймовірність виникнення гнійно-септичних ускладнень у даної категорії хворих і виключити ймовірність повторного рецидиву гриж.

УДК :616.33/.342-002.44-089

ВІДНОВНІ КОРЕГУЮЧІ ОПЕРАЦІЇ НА ШЛУНКУ В ХІРУРГІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

І.Я. Дзюбановський, Р.В. Свистун

Кафедра хірургії ФПО

Порушення провідності шлунково-кишкового тракту після класичних операцій на шлунку можуть бути причиною виникнення патологічних синдромів.

В хірургії виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у 78 % пацієнтів виконувалися органозберігаючі операції в поєднанні з ваготоміями (322). Із них з дуоденопластиком (161), пілоропластиком за Фінеєм (60), Гейнеке-Микулічем (91).

При виразках шлунка віддаємо перевагу резекціям шлунка за Більрот-1 (245) та корпорально-сегментарним, при яких зберігається іннервована і васкуляризована пілороантральна частина шлунка з збереженням вагальної пейсмеркерної резекції проксимальних відділів (172). У 30 хворих з шлунковою локалізацією виразки була виконана сегментарно-корпоральна резекція шлунка із збереженням вагусної іннервації пілороантрального сегменту і пейсмеркерної регуляції дванадцятипалої кишки.

Збереження пілороантрального сегменту шлунка при виконанні органозберігаючих операцій з приводу шлункових виразок і виконання органозберігаючих операцій з збереженням воротаря при дуоденальних виразках знизило частоту функціональних порушень з 32,1 до 4,5, а рівень післяопераційної летальності до 0,9 %.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ В ХІРУРГІЇ ЗЛУКОВОЇ ХВОРОБИ

Дикий О.Г.

Кафедра хірургії ФПО, Житомирська обласна лікарня

Лапароскопічна діагностика та лікування злук при злуковій непрохідності кишечника проведена у 26 хворих при відсутності ефекту від консервативної терапії на протязі 4-5 годин. Ендоскопічний діагноз злукової непрохідності кишечника ґрунтувався на двох основних ознаках: різкому перерозподілі наповнення газом кишечника, визначення в черевній порожнині роздутих, розширених привідної петлі та нерозширеною відвідною петлею.

Злуковій непрохідності кишок передували наступні оперативні втручання, а саме: апендектомія, травми живота, гінекологічні втручання. Больовий синдром найчастіше виникав після гінекологічних, апендектомій, після операцій на шлунку.

У 25 % – відмічено поодинокі шнуровидні злуки, у 21,3 % множинні брижові злуки; злуки між очеревиною та сальником у 54 пацієнтів хворих, між очеревиною стінкою та тонкою кишкою – у 21 %, лише у 6 % – множинні змішані злуки.

Лапароскопічний адгеолізис включає роз'єднання вісцероперитетальних зрощень та ендоскопічний контроль прохідності. При сумнівах в ефективності проведеного малоінвазивного втручання показана лапаротомія.

УДК 617-002.3/4-085.38

ВИКОРИСТАННЯ АУТО-ТРАНСФУЗІЇ УЛЬТРАФІОЛЕТОМ ОПРОМІНЕНОЇ КРОВІ ПРИ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Ю.І. Клименко, В.П. Федорчук

Кафедра хірургії ФПО
Дубенська центральна районна лікарня

Нами проведено до 100 сеансів АУФОК 15-ти хворих (І група) з різними гнійно-некротичними хворобами шкіри та підшкірної клітковини (фурункули, карбункули, гідроаденіти, флегмони). Для проведення АУФОК використовувався апарат "Ізольд" МД-73. Число сеансів коливалось залежно від важкості стану хворого від 5 до 8 на курс. Перші два сеанси проводились щоденно, наступні через день.

В результаті лікування у хворих першої групи в більш ранні строки після операції зменшувались болі, набряк та гіперемія шкіри навколо рани, нормалізувалась температура тіла. На 4-5 добу після операції у хворих, які отримували АУФОК, рана повністю очищувалась від некротичних тканин, з'явилися грануляції. В хворих 2-ї групи (сеанси АУФОК не проводились) в цей період не встигла повністю очиститись від некротичних тканин, грануляції були в'ялими, зберігався запальний інфільтрат навколо рани.

У хворих з помірно вираженою анемією більш швидко проходила нормалізація показників еритроцитів і гемоглобіну. Ні один з хворих яким проводилось АУФОК не звертався з рецидивами даної патології після лікування.

З вищесказаного можемо зробити висновок, що АУФОК має значний вплив на неспецифічну резистентність організму і має високу антибактеріальну дію.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ВМІСТУ ПРИ ПЕРФОРАЦІЯХ ШЛУНКУ І КИШКІВНИКА

С.І.Климнюк, І.О.Ситник, М.С.Творко, Н.І.Ткачук, Г.Р.Малярчук

Кафедра мікробіології, вірусологій та імунологій

Інфекційний процес при перфораціях шлунку і кишківника може бути викликаний мікробними асоціаціями, які заселяють дані екологічні біотопи. Нами вивчено контамінацію очеревини мікроорганізмами за умов гострого перфоративного перитоніту у 60 хворих. В залежності від рівня перфорації шлунково-кишечного тракту всі хворі були розділені на 3 групи. В першу групу ввійшли хворі з перфоративною виразкою шлунку і дванадцятипалої кишки, в другу – хворі з перфорацією тонкого кишківника, в третю – хворі з гострим перфоративним апендицитом і перфорацією товстого кишківника.

У хворих з перфоративною виразкою (1 група) у вмісті шлунку в основному виділялись асоціації стафіло- і стрептококів. в кількості 10^5 - 10^6 мікробних тіл в 1 г. Крім того виділялись бактероїди, пептострептококи, лактобацили в кількості 10^2 - 10^6 м.т./г. В другій групі хворих у вмісті тонкого кишківника визначались як представники мікрофлори даної екологічної ніші (ешерихії, стафілококи, стрептококи, ентерококи, аеробні бацили) в кількості 10^4 - 10^6 м. т./г., так і мікроби, які не характерні для даного біотопа кишківника, і які відносяться до фекальної мікрофлори (клебсіели, протеї, псевдомонади, фузобактерії і бактероїди).

У хворих з гострим апендицитом і перфораціями товстого кишківника (3 група) в перфоративному вмісті визначали асоціації ентеробактерій, бактероїдів, кокової аеробної мікрофлори, біфідобактерій, ентерококів, клостридій в кількості 10^4 - 10^9 м.т./г, переважала анаеробна неклостридіальна мікрофлора.

У хворих 2-ої і 3-ої груп при попаданні в черевну порожнину кишечного вмісту інфекційний процес мав змішаний анаеробно-аеробний характер. Ступінь бактеріального обмінення, як в якісному, так і в кількісному відношеннях, був максимальний при перфораціях товстого кишківника, що привело до швидкого розмноження мікроорганізмів, прогресуючому перебігу перитоніту.

УДК 616.33/.342-002.44-089.15-06:611.33-018.73

ДИСПЛАСТИЧНІ ЗМІНИ ЕПІТЕЛІУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТА ВИБІР ОБ'ЄМУ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА

Ю.М.Ковальчук

Кафедра хірургії ФПО

Комплексом методів морфометричних та імунноморфологічних досліджень вивчено 175 шлунків хворих на виразкову хворобу шлунка на предмет дисплазії епітелію слизової оболонки.

У 126 – була діагностована помірно виражена і важка дисплазія, лишень у 49 – були відсутні диспластичні зміни епітелію слизової. Стверджено, що помірно виражена дисплазія мала місце при збереженому структурному гомеостазі досліджуваного органу і при досить значних резервах адаптації, тоді як для важкої дисплазії характерним є виснаження адаптаційних та компенсаторних резервів ураженого органу.

Особливо останні явища спостерігалися більше при препілоричних виразках, що говорить за радикальність оперативних втручань з врахуванням онкологічних принципів, в зв'язку з небезпекою малігнізації. При першому типі шлункових виразок помірно виражена дисплазія була виявлена у 51 % хворих, важка дисплазія – у 18 %.

Другий тип шлункових виразок супроводжувався у 53 пацієнтів помірно вираженою дисплазією і у 22 – важкою.

Розроблено алгоритм вибору об'єму операції при різних типах шлункових виразок. Згідно якого при відсутності диспластичних змін епітелію і слизової оболонки методом вибору операції є сегментарно-корпоральна резекція із збереженням пілороантрального сегменту.

ВІРУСОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНО-ПОЛІПОЗНИЙ СИНУЇТ І КИСТИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ

П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, У.Р. Дужик, В.А. Мельник

Кафедра оториноларингології, обласна комунальна клінічна лікарня
Рівненський клінічний лікувально-діагностичний центр ім. Віктора Поліщука

Нами проведено вірусологічне дослідження за допомогою імуофлюоресцентного методу у 30 хворих на хронічний гнійно-поліпозний верхньощелепний синуїт і у 16 осіб на ретенційні кисти верхньощелепних пазух.

В результаті проведеного дослідження вірусний антиген виявлений у 31 хворого із 46, у інших 15 осіб він не знайдений. У 27 хворих в порожнині носа і верхньощелепній пазусі виявлені однакові вірусні антигени. У 13 із 16 хворих на ретенційні кисти верхньощелепних пазух в епітеліальних клітинах знайдені вірусні антигени. Висока частота виявлення вірусних антигенів при ретенційних кистах пояснює деякі питання їх патогенезу. Таким чином, у обстежуваних хворих, які знаходились на лікуванні без клінічних ознак гострого вірусного захворювання, мало місце вірусоносіння або хронічна вірусна інфекція в слизовій оболонці носа і верхньощелепній пазусі. На основі вищесказаного слідує, що при хронічному гнійно-поліпозному верхньощелепному синуїті в якості інфекційного збудника приймають участь віруси.

УДК: 616.216.1-002.3-008.87

МІКРОБНА ФЛОРА ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ ПРИ ГНІЙНОМУ ЗАПАЛЕННІ

П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, У.Р. Дужик, В.А. Мельник

Кафедра оториноларингології, обласна комунальна клінічна лікарня,
Рівненський клінічний лікувально-діагностичний центр ім. Віктора Поліщука

Нами вивчений видовий склад мікробної флори у вмісті верхньощелепних пазух у 175 хворих на гнійний верхньощелепний синуїт. Із них у 52 осіб мав місце гострий процес, у 123 – хронічний. Проведені бактеріологічні дослідження показали, що в 61 (35 %) випадку посіви вмісту пазух виявились “стерильними”, в 114 (65 %) випадках виділений той чи інший вид мікроорганізмів. При цьому у 59 хворих виявлені стафілококи (епідермальний, сапрофітуючий, золотистий), які відносяться до числа потенційно-патогенних мікроорганізмів. Необхідно також відмітити виявлення у вмісті верхньощелепних пазух значного числа ентеробактерій: кишечна паличка – 4 випадки, цитобактер – 11, клебсієла – 9, ентеробактер клоаце – 2. Синьогнійна паличка виявлена в 2 випадках, спорова паличка – в 5, гемолітичний стрептокок – в 7, алкіліденес – в 4, гриби *Candida* – в 3.

На нашу думку, виявлення у верхньощелепних пазухах не властивої для них мікробної флори пояснюється кишечним дисбактеріозом. Таким чином, у вмісті верхньощелепних пазух при гнійному їх запаленні виявляється різноманітна мікробна флора, серед якої частіше зустрічаються стафілококи.

УДК 616.33/.342-089.168.1-036:616.71-007.234

МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Л.Я. Ковальчук, А.Д. Беденюк, Ю.М. Футуйма, В.В. Мельничук, С.І. Дуць, А.Я. Господарський

Кафедра шпитальної хірургії

Віддалені результати хірургічного лікування виразкової хвороби проаналізовані шляхом анкетування у 75 хворих, оперованих в 1987-1990 рр. Із них 16 (21,33 %) жінок та 59 (78,66 %) чоловіків.

Резекція шлунка за Більрот-I виконана 14 хворим (18,66 %), за Більрот-II – 35 (46,66 %), селективна проксимальна ваготомія(СПВ) з прицільною резекцією ішемізованого сегмента (ПРІС) за Л.Я. Ковальчуком – 8 (10,66 %); СПВ з дренажними операціями у 18 (24,00 %) хворих. Вік 7-ми (9,33 %) пацієнтів до 40 років; 31-го (41,33 %) – 40-59 років; 37-ми (49,33 %) – більше 60 років.

У 7 опитаних через 7-11 років після операції спостерігались переломи кісток. Болі в хребті відмічають 35 (46,66 %), в суглобах – 46 (61,33 %) анкетованих.

У 12 прооперованих хворих проведено вивчення стану мінеральної щільності кісткової тканини. Аналіз отриманих результатів показав, що серед чоловіків лише у 1-го (резекція шлунка за Більрот-II) віком 43 р. та у 1-ї жінки (резекція шлунка за Більрот-I) 46 р. виявлено вікову норму. У 5 хворих (резекція шлунка за Більрот-II) виявлено явища остеопенії I – III ступенів. У 3-х чоловіків: 68 р. (СПВ з ПРІС за Л.Я. Ковальчуком) виявлено явища остеопорозу в L₂ та остеопенії II ст. в L₁; 66 р. (резекція шлунка за Більрот-I) – явища остеопорозу в L₁-L₂ та остеопенії III ст. в L₃-L₄; 67 р. (резекція шлунка за Більрот-II) – явища остеопорозу в L₁, L₃ та остеопенії III ст. в L₂, L₄; В 1-ї жінки 66 р. (резекція шлунка за Більрот-I) – явища остеопорозу в L₁-L₄, В 1-ї жінки 37 р. (резекція шлунка за Більрот-II) – явища остеопенії I ст в L₄.

Таким чином, враховуючи дані анкетування та денситометричного обстеження прооперованих хворих, одним з факторів у розвитку вторинних остеодеструктивних процесів є виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки. Отже, детальне вивчення стану мінеральної щільності кісткової тканини після окремих видів оперативних втручань дасть змогу більш оптимально вибрати метод операцій та проводити післяопераційну корекцію водно-сольового обміну для профілактики розвитку вторинного остеопорозу.

УДК 616.137.83\86-089.87

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ОБКРАДАННЯ ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ АОРТО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТА

Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, С.Я Костів

Кафедра шпитальної хірургії

Атеросклеротична оклюзія аорто-стегнового сегмента зустрічається у 30-42 % від загальної кількості хворих із патологією магістральних судин. Хірургічна реконструкція аорто-стегнового сегмента в ряді випадків не приводить до покращення кровообігу: ішемія на одній із нижніх кінцівок залишається або ж прогресує. Єдиною можливою причиною є виникнення синдрому обкрадання

У клініці судинної хірургії ТДМА із 2000 р. по 2002 р. було оперовано 38 хворих із двосторонньою атеросклеротичною оклюзією аорто-стегнового сегменту, у віці від 49 до 67 р. із 3 ст. хронічної ішемії. У передопераційному періоді, крім даних аортографії, оцінювались кількісні та напівкількісні показники доплерограм, величину регіонарного систолічного тиску на гомілкових артеріях та постоклюзійного венозного тиску на великогомілковій вені, що визначались на ультразвуковому доплерографі ALOKA-SSD 2000.

Обстеження проводились на двох сегментах: арто-клубовому та стегно-підколінному обох нижніх кінцівок.

Показаннями до проведення доповнюючих операцій на артеріях нижніх кінцівок вважали наявність високого периферичного опору на одній із нижніх кінцівок, що визначався показниками доплерограм.

Біфуркаційне аорто-стегнове шунтування було виконано у 38 хворих, у 12 з них останнє було доповнено: ультразвуковою ендартеректомією із поверхневої стегнової артерії – 3; стегно-стегновим аутовенозним шунтуванням – 4; стегно-стегновим алошунтуванням – 3; стегно-підколінним аутовенозним шунтуванням – 2.

Саме додаткова реконструкція аорто-стегнового сегмента на одній із нижніх кінцівок дає можливість зменшити периферичний судинний опір та попередити синдром обкрадання, тобто створити оптимальні умови для функціонування обох бранш аорто-стегнового алошунта.

Отже, диференційований підхід до вибору об'єму оперативного лікування при реконструкції аорто-стегнового сегмента дозволяє в багатьох випадках попередити та зменшити частоту розвитку синдрому обкрадання.

ПЕРИФЕРІЙНА ГЕМОДИНАМІКА ТА КОЛАТЕРАЛЬНИЙ КРОВОПЛИН ПРИ ВИБОРІ ОБ'ЄМУ РЕКОНСТРУКЦІЇ ОКЛЮЗІЙ АРТЕРІЙ СТЕГНО-ПІДКОЛІННО-ГОМІЛКОВОГО СЕГМЕНТА

Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, А.В. Левицький

Кафедра шпитальної хірургії

Відомо, що артеріальні стегно-дистальні атеросклеротичні оклюзії обмежують можливість виконання реконструктивних операцій. Визначну роль при виборі методу та об'єму реконструкції має стан периферійної гемодинаміки та колатерального кровоплину. Стан останніх діагностується за допомогою ангиографії, УЗДГ, венозної оклюзійної плетизмографії.

При відсутності ознак критичної ішемії тканин нижніх кінцівок показана пряма реваскуляризація шляхом стегно-підколінного або стегно-гомількового шунтування аутовеною чи алопротезом, ендартеректомія. При наявності даних за субкритичну ішемію тканин вищеописані операції необхідно доповнювати профундопластиком, формуванням анастомозу між І перфорантом глибокої артерії стегна та низхідною артерією коліна, поперековою симпатектомією (в залежності від типу центральної гемодинаміки). При критичній ішемії тканин пряму реваскуляризацію доповнюють профундопластиком, анастомозуванням І перфоранта глибокої артерії стегна із низхідною артерією коліна, артеріалізацією вен гомілки та стопи за допомогою артеріо-венозних нориць; у післяопераційному періоді дані хворі знаходяться на пролонгованому епідуральному знеболенні та на підтримуючій терапії препаратами простагландину E₁.

УДК 616.345-006.6-089

КРІОХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Л.Я. Кушнерик, Р.В. Сенютович, І.О. Дацюк

Інститут термоелектрики АНУ (м. Чернівці)

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії Буковинської державної медичної академії

Розроблена методика кріохірургічного лікування раку прямої кишки яка ґрунтується на розроблених нами апаратах, що функціонують на принципах термоелектрики (без рідкого азоту). Активна частина апарату має вигляд металічного стрижня довжиною 20 см і діаметром 2 см. Термонаконечник приєднаний до охолоджуючих елементів, що знаходяться в металічному контейнері розміром 10x15см. Ця система з трубками водяного охолодження подається до анального каналу на спеціальному столику з регульованою висотою. Блок управління винесений окремо біля столика анестезіолога.

Після інтубації хворого та введення його в наркоз охолоджуючий стрижень вводиться в пряму кишку на 3-4 см вище пухлини. Пухлина і пряма кишка охолоджуються до температури (-40°C). Охолодження та заморожування кишки проводиться протягом часу, за який виконується абдомінальний етап операції. Прилад дозволяє регулювати ступінь зниження температури в діапазоні від 0 до -40 °C, портативний, не вимагає застосування рідкого азоту, економічно вигідний. Клінічна апробація приладу показала можливість заморожування до стану “затвердіння” пухлини та стінки прямої кишки в зоні розташування заморожуючого стрижня апарату. Крововтрата при проведенні операції зменшується на 60-70 %. Відмічено не ускладнене загоєння промежнинної рани. Загальної гіпертермії при використанні апарату не відмічено. Апарат рекомендується для застосування при екстирпаціях прямої кишки а при використанні дестального термоізоляційного циліндра, при черевноанальній резекції прямої кишки. Віддаленні результати операції вивчаються.

РОЗРОБКА НОВИХ ПРИСТОСУВАНЬ ДЛЯ КОМБІНОВАНОЇ ГІПЕР- ГІПОТЕРМІЇ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Л.Я. Кушнерик, Р.В. Сенютювич, І.О. Доцюк

м. Чернівці, Україна

Вперше в світовій практиці розроблений апарат для симультанної гіпер- та гіпотермії раку молочної залози на принципах термоелектрики (без рідкого азоту).

Термоелектричний наконечник апарату має вигляд овальних пластин розміром 10-15 см, які накладаються на молочну залозу. В пластини вмонтовано охолоджуючий термоелементи. Апарат має повітряне охолодження, пульт управління виведений окремо. Апарат забезпечує регулювання температури від -40°C до $+50^{\circ}\text{C}$.

Методика лікування включає 2-3 курси неoad'ювантної хіміотерапії з щоденним введенням цитостатичних препаратів із схеми CMF з одночасною гіпертермією молочної залози в режимі $+45^{\circ}\text{C}$ протягом однієї години. Гіпертермія посилює розсмоктування пухлини при проведенні хіміотерапії.

Через 6-8 годин після гіпертермії протягом двох годин проводиться локальна гіпотермія ураженої молочної залози при температурі $+2^{\circ}\text{C}$. При цих режимах сповільнюється метаболізм пухлини та її ріст. При проведенні гіпертермії та гіпотермії ускладнень та неприємних відчуттів хворої жінки не відмічено.

За 30 хвилин до проведення операції після дачі наркозу молочна залоза заморожується до -40°C , що забезпечує абластику та має імуногенний ефект, зменшує кровоточивість в зоні розсічення тканин.

Розроблений метод збільшує число повних і часткових регресій пухлини і при стадіях T₂-T₃ дозволяє збільшити об'єм органозберігаючих втручань.

УДК 616.379-008.64-085+557.146.1

ДО ПРОБЛЕМИ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

К.В.Лупанов, С.А.Куліш

Кафедра загальної хірургії
Державний медичний університет, м. Одеса

Цукровий діабет є хронічним захворюванням, розвиток якого обумовлений насамперед деструкцією та/або функціональною недостатністю β -клітин підшлункової залози. Периферична діабетична невропатія є одним з найбільш частих та небезпечних ускладнень цукрового діабету. Враховуючи недостатню ефективність лікування хворих на цукровий діабет, ми провели серію експериментальних досліджень, що спрямовані на вивчення ефективності цілостазолу – речовини з судинорозширюючим ефектом – та пов'язаної з цим активності системи ендogenous азоту у щурів за умов вказаної модельної патології. При цьому загальною метою дослідження було вивчення ефективності комплексного лікування експериментальної діабетичної полінейропатії у щурів за допомогою вказаної речовини.

В разі проведення досліджень нами було підтверджено формування експериментальної діабетичної периферичної поліневропатії (ЕДПН) у щурів через 6 тижней після введення стрептозотоцину. Зазначений патологічний стан характеризувався прогресивним зменшенням маси тіла щурів, зростанням концентрації глюкози в крові, а також зменшенням показників ШПЗ по хвостовому нерву. За цих умов спостерігалися виражені антидіабетні ефекти цілостазолу, котрі відмічалися нормалізацією показників вмісту глюкози в сироватці крові та ШПЗ по хвостовому нерву. Окрім цього, ми виявили запобігання розвитку характерних симптомів ЕДПН за умов блокування синтезу окису азоту через вживання інгібітору активності ключового ферменту синтезу NO – NO-синтази – NG-нітро-L-аргініну. Показані нами позитивні ефекти цілостазолу за умов стрептозотоцин-викликаній ЕДПН на тестах вмісту глюкози в сироватці крові та показників ШПЗ пояснюються зростанням під впливом цілостазолу ендоневраль-

ного кровопостачання, зменшенню активності $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ -ази нерву, через що загалом зменшується вираженість аксональної атрофії при стрептозототин-індукованої ЕДПН.

Отже, система ендогенного NO є однією з найважливіших ключових ендогенних систем, що опосередковує патологічні ефекти за умов гострого запального ураження як паренхіми підшлункової залози, так і нервової тканини за умов стрептозототин-викликаного ЕЦД. Таким чином, враховуючи патогенетичні механізми ЕДПН та механізму реалізації антидіабетогенної дії цілостазолу, перспективним є залучення вказаного препарату до комплексної терапії ЕДПН.

УДК: 616.36-074-06:616.381-002-031.81

АПОПТОЗ ГЕПАТОЦИТІВ ЯК ПРИЧИНА РОЗВИТКУ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ РОЗЛИТОМУ ПЕРИТОНІТІ

М.О. Ляніс, Л.Ю. Іващук

Кафедра загальної хірургії

Електронномікроскопічне дослідження гепатоцитів тварин, яким моделювався розлитий перитоніт показало, що в частини цих клітин спостерігаються виражені дистрофічні зміни, пов'язані з набряком цитоплазми, які проявляються в досить різкому розширенні і вакуолізації системи ендоплазматичного ретикулума, деструкції частини мітохондрій і різкому зменшенні кількості вільних і фіксованих рибонуклеїнових гранул. Ультраструктурні зміни виявлені в ендотеліальних (купферовських) клітинах печінкових синусоїдів. Ці зміни носять різноманітний характер – від дистрофічно-атрофічних до гіперпластичних, що свідчить про вогнищеві репаративні явища. У гепатоцитах, які прилягають до гіперплазованих купферовських клітин, встановлено явища репаративної регенерації, що полягали в підсиленні їх енергопродукуючої і білоксинтезуючої функції за рахунок гіпертрофії частини мітохондрій і збільшення кількості вільних рибосом і полісом.

Отже, деструкція клітин печінки при перитоніті відбувається, також, шляхом апоптозу. Ймовірно, що цей процес ініціюється оксидом азоту, який в живих організмах утворюється в результаті дії специфічних ферментів, об'єднаних під загальною назвою синтетази оксиду азоту. Ініційована генерація оксиду азоту виявлена у всіх клітинах печінки.

Таким чином, виконані дослідження дозволяють припустити, що причиною розвитку печінкової недостатності при розлитому перитоніті є апоптоз гепатоцитів, який ініціюється оксидом азоту.

УДК 616.24-002.3-018.28

ТОКСИЧНІСТЬ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОЇ РІДИНИ ПРИ ГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЛЕГЕНЬ

В.В. Мальований, М.Д. Бех, В.В. Твердохліб, А.Д. Беденюк, І.В. Мальована

Кафедра шпитальної хірургії

Гнійно-деструктивні процеси легень характеризуються значними розладами газового, кислотно-основного і водно-електролітного гомеостазу, зниженням детоксикаційної та імунної резистентності організму. Все це веде до виникнення порушень метаболізму з проявами ендогенної токсемії та ендотоксикозу (В.В. Мальований і співавт., 1999).

Важливим компонентом останнього є інтерстиціальна рідина з накопиченими в ній токсичними метаболітами. В той же час ми не знайшли робіт, присвячених вивченню токсичності інтерстиціальної рідини та її ролі в патогенезі ендотоксикозу.

У 11 хворих з гнійно-деструктивними захворюваннями легень визначили токсичність інтерстиціальної рідини та її ролі в патогенезі ендотоксикозу.

У 11 хворих з гнійно-деструктивними захворюваннями легень визначили токсичність інтерстиціальної рідини шляхом форсованого її виведення в судинне русло з наступним розрахунком виведеної токсичності.

Крім цього у хворих визначили антитоксичну резистентність еритроцитів і лейкоцитів.

В результаті проведених досліджень встановлено, що концентрація токсичних метаболітів в інтерстиції у хворих з гнійно-деструктивними процесами була значно вищою ніж в крові. Так, токсичність інтерстиціальної рідини за парамеційним тестом становила в середньому 276 ± 48 , сироватки крові – 54 ± 57 . Отже, в організмі існують механізми які регулюють вихід токсичних метаболітів із інтерстиціальної рідини в судинне русло і направлені на їх затримку в інтерстиції.

УДК 616.379-008.64-085

ВПЛИВ ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ ТА САНДОСТАТИНУ НА ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГОМЕОСТАЗУ У ОСІБ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

В.О. Марков, М.Г. Вишневська

Кафедра загальної хірургії
Державний медичний університет, м. Одеса

Неухильне зростання захворюваності на цукровий діабет (ЦД) сприяє розвиткові значних та серйозних ускладнень, котрі виникають при маніфестації хвороби у даного контингенту хворих. Серед них слід зазначити гнійно-запальні захворювання м'яких тканин, котрі займають ледь не перше місце серед усіх ускладнень у хворих на ЦД. ЦД – загальне захворювання організму, при котрому тривають патологічні зміни практично у всіх ланках гомеостазу: йдеться про формування макро- та мікроангіопатій, периферичних нейропатій, метаболічної імунодепресії, прискорення процесів ліпопероксидації та пригнічення активності антиоксидантного захисту. Значний термін ми застосовували сандостатин та альфа-ліпоєву кислоту (ЛК) у комплексному лікуванні хворих із ускладненим перебігом ЦД. Отже, метою нашої роботи є дослідження ефективності комплексного лікування хворих із ускладненим перебігом ЦД з акцентом на покращення показників ендогенної інтоксикації та показників системи гемостазу.

Дані, що ми їх отримали свідчать про те, що у пацієнтів із ускладненим перебігом ЦД в клінічній картині захворювання переважають ознаки ендотоксикозу, котрий ми охарактеризували як ендотоксикоз II ступеню, що проявлялося “зламом” функціональної активності систем детоксикації. Застосування традиційної базової терапії у цих хворих мало певний терапевтичний ефект, але з метою підвищення ефективності лікування ми ввели до схеми комплексного лікування альфа-ліпоєву кислоту, котрій притаманні переважно антиоксидантні властивості і котру застосовують вже тривалий термін при лікуванні ЦД, та сандостатин, залучення котрого до лікування хворих на ЦД показано клінічними спостереженнями. Залучення до комплексного лікування хворих на ускладнену форму ЦД ЛК та сандостатину сприяло більш ефективному усуненню ознак інтоксикації, зменшенню індексів ендотоксикозу та вмісту токсичних речовин в сироватці крові. Окрім цього, ми спостерігали виражений ефект зниження зсідуючої активності крові та відновлення активності антизсідуючих механізмів. Таким чином, за результатами проведених нами клінічних спостережень ми наголошуємо про доцільність застосування сандостатину та ЛК при комплексному лікуванні осіб із ускладненим перебігом ЦД.

УДК 616.342-002.44-089

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНОЮ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ

Мартинівський Ю.І., Тимченко В.Ф., Постолєнко М.Д.

Запорізький державний інститут удосконалення лікарів

Новим етапом у лікуванні перфоративної виразки стало застосування органозберігаючих операцій. Перевагою органозберігаючих операцій у сполученні з ваготомією є їх низька травматичність і можливість збереження резервуарної функції шлунка. Разом з тим, у післяопераційному періоді за даними літератури в 36-50% пацієнтів після виконання різних видів ваготомій виникають моторно-евакуаторні порушення. Вивчення причин їхнього виникнення, можливості профілактики і попередження залишаються актуальними і до кінця не вивченими.

Ціль сьогодення дослідження – вивчення моторно-евакуаторних порушень у хворих з перфоративною пілородуоденальною виразкою в післяопераційному періоді після різних видів органозберігаючих операцій. Матеріали і методи – клінічно, анамнестично, поповерхова манометрія методом “відкритого катетера”, гастродуоденоскопія з біопсією, рентгеноскопія з контрастуванням водяною суспензією сульфату барію.

Під нашим спостереженням знаходилися 210 хворих оперованих з перфоративною пілородуоденальною виразкою за період 1998-2001 р. Віддалені результати хірургічного лікування перфоративної пілородуоденальної виразки вивчені в терміни від 1-го місяця до 3 років у 120 (67,8 %) пацієнтів, що були розділені на 2-і групи: у 1 групі 80 хворим були виконані висічення виразки дуоденопластика із Ств, у 2 групі 40 хворим зроблене висічення виразки пілоропластика із Ств. Наші спостереження показали, що при перфоративних пілородуоденальних виразках пілорозберігаючі операції в сполученні зі стовбуровою ваготомією не приводили до стійкого порушення моторно-евакуаторної функції шлунка і дванадцятипалої кишки, адекватно відновлювали дуоденальний пасаж, а також дозволяли домогтися нормалізації функції пілоричного гніта.

УДК: 617.7:616-01/-099-053.8

ПАТОЛОГІЯ ОРГАНІВ ЗОРУ ТА ЇЇ ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Н.В. Медведовська

Український інститут громадського здоров'я, м. Київ

У світі налічується близько 31 млн. сліпих людей, більше 90 % з них в країнах, що розвиваються. Вистежується тенденція до збільшення їх кількості, особливо в малорозвинутих країнах, де гостро стоять проблеми охорони здоров'я. Для аналізу захворюваності та вивчення структури очної патології було взято 116,5 тисяч осіб міського дорослого населення. Найбільша кількість звернень з приводу офтальмопатології була у людей середнього віку – 40-59 років (51,1 %). На першому місці опинились запальні захворювання очей (20,45 випадки на 1000 дорослого населення), що включають: кон'юнктивіти (13,9), кератити (2,2), блефарити (1,7), увеїти (1,6), хореоретиніти (0,55), склерити (0,3), неврити (0,2 на 1000 дорослого населення). На другому місці – аномалії рефракції, що складають 14,9 на 1000 дорослого населення. У структурі аномалій рефракції міопія складає 56,5 %, гіперметропія – 23,3 %, астигматизм – 16,95 %, рефракційна амбліопія – 3,25 %. Аномалії рефракції зустрічаються частіше у жінок, ніж у чоловіків (в 1,4 раза). На третьому місці – група захворювань сітківки (13,06 випадків на 1000 дорослого населення). Серед усіх захворювань сітківки: гіпертонічна ангіо- та ангіоретинопатія складає 36 %; діабетична ангіо- та ангіоретинопатія – 24,5 %; центральна склеротична дегенерація сітківки – 23,3 %; пігментна дегенерація сітківки – 4,3 %; інші дегенерації – 7,64 %; гостре порушення кровообігу сітківки – 3,06 %; відшарування сітківки – 1,2 %. Четверте місце посіла катаракта, яка зустрічається в 11,5 випадка на 1000 дорослого населення. У структурі захворювань на катаракту були такі її види: вікова – 8,2; ускладнена – 1,9; плівкова – 0,7; посттравматична – 0,57; діабетична – 0,13 на 1000 дорослого населення. Катаракта є захворюванням переважно людей похилого віку (60 років і старших). Серед захворілих на катаракту жінок було 6,8, чоловіків – 5,7 на 1000 дорослого населення. Діабетична та плівкова катаракта зустрічається частіше серед жінок, тоді як посттравматична та ускладнена катаракта частіше зустрічається серед чоловіків. П'яте місце посіла глаукома, склавши 3,8 випадка на 1000 дорослого населення. У структурі захворювань на глаукому найчастіше зустрічаються: відкритокутова – 2,3 (60,5%); закритокутова – 0,16 (4,4%); підозра на глаукому – 0,4 (10,5%); вторинна глаукома – 0,47 (12,3%); оперована глаукома – 0,2 (5,3%); абсолютна глаукома – 0,27 (7,0%) на 1000 дорослих жителів. Решту захворювань можна згрупувати таким чином: травми та пошкодження ока (в тому числі опіки) – 1,54; косоокість, новоутворення ока та його придатків, інші дегенеративні та атрофічні процеси очного яблука, аномалії кольоросприйняття, які разом склали 1,93 випадка на 1000 дорослого населення.

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ В ЛІКУВАННІ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Міліца М.М., Мартиновський О.І., Доля Д.В., Левицький М.В.

Запорізький державний інститут удосконалення лікарів

Актуальність дослідження зумовлена зростаючою частотою виникнення панкреонекрозу 15-30 % серед хворих на гострий панкреатит. В лікуванні панкреонекрозу використовувались різні тактики, від активної оперативної (радикальних резекцій) до безальтернативної консервативної. Зрив компенсаторних можливостей та як наслідок цього розвиток синдрому поліорганної недостатності виникають з перших днів після оперативного втручання та залежать від травматичності і своєчасного виконання операції.

Мета – покращання результатів хірургічного лікування хворих з панкреонекрозом. В останній час в лікуванні панкреонекрозу нами віддається перевага інтенсивній консервативній терапії, а завдання оперативних методів – корекція ускладнень. Патологічний процес потрібно контролювати в панкреатичній та парапанкреатичній області за допомогою ультрасонографії (кожні 3 дні) та комп'ютерної томографії (кожні 10 днів). Швидко розвивається новий напрямок у медицині – клітинна і тканинна терапія. Вона характеризується ефективним впливом на патологічні процеси в організмі і має актуальність у зв'язку зі збільшенням кількості захворювань, які супроводжуються імунними та ендокринними зрушеннями. Її застосування в комплексі з традиційною терапією при панкреонекрозі в перші дні захворювання дає можливість в 90 % випадків запобігти розвитку гнійних ускладнень та підготувати організм до оперативного втручання при інфікованому процесі. В лікуванні панкреонекрозу можливості малотравматичних методик використовуються ще досить обмежено. При деструктивних панкреатитах використання можливостей лапароскопічних та оперативних втручань з мінідostępів забезпечила б найбільшу ефективність. З розвитком ендоскопічної хірургії постає необхідність залучити метод оперативного втручання при панкреонекрозі через систему мінідostępів з лапароскопічною підтримкою до арсеналу малоінвазивних втручань на фоні тканинної терапії.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗАХ

Міліца М.М., Торопов Ю.Д., Давидов В.І., Козлов В.Б., Мартиновський О.І.

Кафедра хірургії І Запорізького державного інституту удосконалення лікарів

За останні 3 роки (1999-2001) в клініці знаходились на лікуванні 1167 хворих з гострим панкреатитом. Серед них у 183 (15,68 %) діагностовано панкреонекроз. Цим хворим в перші 48 годин проведено лапароскопічне дренування чепцевої сумки та черевної порожнини з дослідженням ексудату на амілазу та бактеріальну флору. На тлі інтенсивної комплексної терапії в черевну порожнину через дренаж вводили антибіотики та антиферменти. Виконувалась імунокорекція та тканинна терапія кріоконсервованою плацентою. При обмеженні гнійно-запального процесу у 26 хворих під контролем УЗД з допомогою лапароскопії дреновані гнійні осередки. Мікролапаротомія з некрсеквестректоміями підшлункової залози та дренуванням заочеревного простору виконана у 18 пацієнтів. Серед хворих з панкреонекрозом летальність склала 11,16 %.

Використання лапароскопічного втручання дає можливість у хворих з панкреонекрозом увірвати запальний процес в черевній порожнині, зменшити кількість лапаротомій, що дозволяє досягти кращих результатів.

НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

С.В. Москальова, Ю.С. Власкіна

Кафедра загальної хірургії
Державний медичний університет, м. Одеса

Ще й на початку 21 сторіччя захворювання підшлункової залози привертають до себе увагу фахівців. По-перше, тем, що не до кінця встановлені механізми її розвитку. По-друге тим, що довго дискутують фахівці щодо проблеми відокремлення гострого та хронічного запалень паренхіми підшлункової залози, намагаючись все це подати як перебіг одного єдиного процесу – запально-дистрофічного ураження залози. Слід наголосити, що, окрім вказаного, суттєвої значущості набуває проблема лікування ще одного контингенту хворих із патологією підшлункової залози – хворих на цукровий діабет. Цукровий діабет – хронічне метаболічне захворювання, яке характеризується зрушенням метаболізму глюкози. Захворюваність на цукровий діабет постійно зростає, що вказує на соціальну та економічну важливість вирішення цієї проблеми. Виходячи з комплексного характеру патогенетичної терапії хворих на цукровий діабет, ми звернули увагу на позитивні ефекти додання октреотиду/сандостатину до загальноприйнятого лікування цих пацієнтів. Але термін ефективної дії сандостатину в організмі обмежується активністю пептидаз; при його залученні до ліпосомальної оболонки значно подовжується термін активної дії. Метою роботи було дослідження порівняльної ефективності вільного та ліпосомального сандостатину в аспекті нормалізації концентрації глюкози в сироватці крові та швидкості проведення збудження (ШПЗ) по хвостовому нерву у щурів із експериментальним цукровим діабетом (ЕЦД).

На підставі отриманих даних можна заключити, що за експериментальних умов при цукровому діабеті впродовж 6 тижней формуються певні морфологічні та електрофізіологічні зміни, що є підґрунтям формування діабетичної нейропатії. Її формування проявляється суттєвим зниженням функціональної активності периферичних нервів, про що свідчить в наших дослідженнях зниження показників ШПЗ по хвостовому нерву щурів.

Принциповим моментом проведеної роботи є позитивні ефекти обох форм сандостатину – вільного та залученого до ліпосомальної оболонки – при ЕЦД. Ефективність обох препаратів відрізняється терміном її реалізації та тривалістю дії та є наявною у зростанні показників ШПЗ по хвостовому нерву щурів із ЕЦД. Позитивна дія сандостатину обумовлена перш за все його панкреатичним походженням, що при екзогенному шляху введення дозволяє говорити про замісний характер терапії, що застосовується. Слід вказати на пригнічення під впливом сандостатину активності контрінсулярних гормонів, зростання опосередкованого інсуліном метаболізму глюкози та насамперед початкову нормалізацію функціонального стану уражених при ЕЦД β -клітин підшлункової залози.

УДК 616-089.86/87

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОЗРОБКА НОВИХ МЕТОДІВ ЕЗОФАГОСЮ НОАНАСТОМОЗІВ ПРИ ГАСТРЕКТОМІЇ

Е.В. Олійник, Р.В. Сеньотович, В.В. Гусак, І.О. Дацюк

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії
Буковинська державна медична академія

Недостатність езофагосюноанастомозу (ЕСА) залишається одним із серйозних ускладнень гастректомії. В експерименті нами розроблені два нових варіанти ЕСА. Суть першого методу полягає у зшиванні двох петель тонкої кишки, формуванні поперечного анастомозу дворядними швами (в т.ч.

внутрішніми) з першою петлею. Окремо перша петля фіксується до діафрагми. Друга кишкова петля використовується для накладання другого ряду стравохідно-кишкових швів та додаткової фіксації кишки до діафрагми, що створює надійне прикриття анастомозу.

Особливістю другої методики є створення кишкової манжети та окрема її фіксація до діафрагми. Стравохід проводиться через манжету і анастомозується одночасно з привідною та відвідною петлями тонкої кишки. Спереду зшиваються тільки стінки привідної та відвідної петель тонкої кишки, тобто в найбільш слабкому місці анастомозу шви між стравоходом і тонкою кишкою відсутні.

Анастомози апробовані в експерименті на 30 собаках. Розходження швів при формуванні анастомозу за Гіляровичем відмічено у 3 з 6 собак, при поперечному типі анастомозу – у 3 з 12 тварин, при муфтоподібному варіанті – у 4 з 12 тварин. Одержані дані свідчать про більшу надійність розроблених варіантів експериментальних езофагоєюноанастомозів. Застосування їх раціонально при проведенні доопераційної променевої терапії.

УДК: 616.323-007.61-089.87-06-005.1

КРОВОТЕЧА ПІД ЧАС АДЕНОТОМІЇ І В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, А.В. Янюк, Є.В. Глух

Кафедра оториноларингології, обласна дитяча клінічна лікарня

Ми проаналізували кровотечу під час аденотомії і в післяопераційний період у 800 хворих віком від 3 до 14 років.

Кровотеча під час операції зареєстрована у 12 (1,5 %) хворих. Причиною кровотечі у 5 дітей, очевидно, були порушення в згортальній системі крові (час згортання і тривалість кровотечі знаходились на верхній межі норми). Для зупинки кровотечі у них довелось вдаватись до задньої тампонади носа. У інших 7 осіб кровотеча була пов'язана з неповним видаленням лімфаденоїдної тканини носової частини горла. У них довелось ще раз зайти аденомомом в носову частину горла, та видалити залишки лімфаденоїдної тканини носової частини горла, після чого кровотеча зупинилась. В ранній післяопераційний період кровотеча спостерігалась у 4 (0,5 %) дітей. У всіх вона була зупинена довидаленням лімфаденоїдної тканини, що недостатньо ретельно була видалена під час аденотомії. Пізню кровотечу (ввечері в день операції) ми спостерігали у 1 (0,13 %) хворого. В її виникненні, очевидно, зіграло роль два фактори: показники загортальної системи крові були на верхній межі норми і травматично проведена операція. Хоч під час операції і в ранній післяопераційний період у нього кровотечі не було. Для зупинки кровотечі застосували задню тампонаду носа.

Нами відмічено, що кровотеча під час аденотомії і в післяопераційний період зумовлюється порушеннями в згортальній системі крові, неповним видаленням лімфаденоїдної тканини горла, травматично проведеною операцією. Кровотеча може спостерігатись з носа, з горла і з носа і горла сумісно. Ознакою неповного видалення лімфаденоїдної тканини являється кровотеча з однієї половини носа, тобто з тієї, де залишилась невидалена тканина.

Таким чином, кровотеча в зв'язку з аденотомією зустрічалась, за нашими даними, в 2,13 % випадків: в 1,5 % під час операції, 0,5 % в ранній післяопераційний період і в 0,13 % в пізній післяопераційний період.

ДО ПИТАННЯ ПРО ПЕРЕДНІЙ СУХИЙ РИНИТ

Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, А.В. Янюк, Т.І. Порохняк

Кафедра оториноларингології, медчастина виробничого об'єднання "Ватра"

На основі спостереження за 20 хворими на передній сухий риніт і аналізу даних літератури ми приводимо описання етіології, клініки і лікування даного захворювання. Причин переднього сухого риніту в основному дві. Одна з них – часта травматизація слизової оболонки перегородки носа в ділянці кісельбахової зони при звичці колупати пальцем в носі, друга – професійні шкідливості.

Основні скарги хворих на передній сухий риніт – сухість і свербіж в носі, утворення кірок, періодичні носові кровотечі. При передній риноскопії в початкових стадіях визначається в передньому відділі перегородки ділянка сухої стоншеної слизової оболонки, вкритої кірками. При подальшому розвитку процесу на цій ділянці утворюється виразка, може оголюватись хрящ і як завершальний етап – наскрізний дефект перегородки носа круглої форми з краями, вкритими кірками.

Лікування переднього сухого риніту направлене на розм'якшення і видалення кірок і заключається в застосуванні індиферентних мазей, олійних інгаляцій. З метою видалення кірок і антимікробної дії на носову порожнину застосовується промивання носа пелоїдином, саліцилово-лужними сумішами, ферментними препаратами, йодинолом. Кірки видаляють також шляхом тривалого (1,5 г) закладання в ніс турунд, змочених перерахованими вище середниками. Після видалення кірок закапують в ніс олії, риб'ячий жир, сік каланхое. Використовують бджолиний мед в суміші з соком алое, вершковим маслом і настоячкою ромашки. Добрий ефект дає 10-20 % прополісна мазь, 10 % спиртовий розчин прополісу. Піносол краплі в ніс. Для стимуляції залоз слизової оболонки носа можна змашувати уражені місця йодгліцерином (один раз на день, протягом 7-10 днів).

Проводять інгаляції трипсином, гумізолом, біоседом, пелоїдином. Добрий лікувальний ефект отримують від інгаляції 10 % розчином бджолиного меду.

При різко вираженій атрофії проводиться також загальне лікування. Застосовують всередину 3 % розчин йодиду калію, фероцерон, вітаміни А, Д, групи В. Призначають також біогенні стимулятори (екстракт алое, суспензію плаценти, ФіБС, гумізол).

УДК: 616.211-002-085

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ПІНОСОЛ (КРАПЛІ В НІС) В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО РИНИТУ

Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик, І.А. Гавура, У.Р. Дужик

Кафедра оториноларингології, обласна комунальна клінічна лікарня

Ми застосували Піносол в формі крапель в лікуванні хронічного атрофічного риніту. Лікування заключалось в введенні препарату по 3-4 краплі через носові отвори на слизову оболонку порожнини носа 3 рази на день на протязі 5-7 днів, в окремих випадках при дифузній формі хронічного атрофічного риніту – 14 днів. Контроль ефективності лікування проводили на 5-й, 6-й, 7-й день. При контролі на 7-й день за клінічною картиною вирішували питання про необхідність продовження лікування ще на 7 днів. Тоді заключне обстеження проводили на 14-й день. Лікування проведено 15 хворим віком від 32 до 60 років. Пацієнти використовували краплі тривалістю від 7-и до 14-и діб. При лікуванні препаратом Піносол краплі в ніс не призначалась інша місцева терапія.

При оцінці показників лікування за об'єктивними критеріями відмічена нормалізація чи покращення риноскопичної картини на 7-й–14-й день.

Таким чином, застосування препарату Піносол краплі в ніс в лікуванні хронічного атрофічного риніту виявилось ефективним. Даний препарат заслуговує більш широкого впровадження в оториноларингологічну практику при лікуванні вказаної патології.

ЗАСТОСУВАННЯ ДИЦИНОНУ ПРИ ПІДСЛИЗОВІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА*Г.С. Протасевич, А.П. Ковалик, А.В. Янюк, І.А. Гавура, У.Р. Дужик*

Кафедра оториноларингології, обласна комунальна клінічна лікарня

Ми застосували дицинон у 19 хворих при підслизовій резекції перегородки носа. З них 13 чоловіків і 6 жінок. Вік оперованих від 15 до 60 років. Поряд з загальнопринятою премедикацією при цій операції за годину до хірургічного втручання внутрішньом'язово вводили 1 ампулу (250 мг) дицинону. Крім того, під час операції додатково використовували дицинон місцево (250-500 мг) на ватному тампоні. У всіх хворих відмічений виражений гемостатичний ефект. Було встановлено, що з збільшенням дози препарату кровозупинна його дія підсилюється. Операційне поле у всіх випадках було сухим чи були невеликі виділення крові. При місцевому застосуванні дицинону на раневій поверхні зразу утворюється кров'яний згусток. Післяопераційний період перебігав без ускладнень.

На основі наших спостережень, застосування дицинону ефективно при підслизовій резекції перегородки носа як засіб, що підсилює тромбоз капілярів. У порівнянні з адреналіном дицинон при місцевому застосуванні діє швидше і триваліше, оскільки адреналін лише звужує судини, а дицинон тромбує їх.

УДК 616.33-002.1-08-035

АЛГОРИТМ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГЕМОРАГІЧНИХ ГАСТРИТАХ В УМОВАХ ГОСТРОЇ ПРОФУЗНОЇ КРОВОТЕЧІ*О.З. П'ятничко*

Кафедра хірургії ФПО

Розроблено алгоритм лікувальної тактики у 119 хворих з геморагічними гастритами, ускладнених гострою кровотечею в віці 20-59 років.

Проводився ендоскопічний моніторинг з експрес-біопсією для верифікації етіологічного чинника, вивчали стан загального та місцевого гемостазу в біоптаті слизової оболонки шлунка.

За результатами динамічного обстеження у 42 хворих було стверджено стан стабільний з стійким гемостазом. Всі хворі проліковані консервативно. Рецидиву кровотечі та летальних наслідків не відмічено. У 55 хворих на протязі 2-5 діб поглиблення коагулопатії не спостерігалася, відмічалася стабілізація параметрів системи гемостазу. Рецидивів кровотечі не виявлено. У 22 – на 3 добу з'явилися ознаки кровотечі за рахунок поглиблення коагулопатії. Із 22 хворих 19 були прооперовані з благоприємним результатом.

Таким чином, динамічний ендоскопічний контроль з оцінкою системи гемостазу є одним із важливих критеріїв для вибору алгоритму лікувальної тактики при профузних кровотечах на ґрунті геморагічного гастриту.

УДК: 617.7:616.993.192.1]-056.6-084

ВРОДЖЕНИЙ ОФТАЛЬМОТОКСОПЛАЗМОЗ ТА ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА*Семусьо І.М., Сеньків Н.Б., Коваль С.Я.*

Кафедра очних хвороб

Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького

Нами було обстежено 20 вагітних жінок терміном вагітності від 10 до 35 тижнів, з лабораторно підтвердженим токсоплазмозом без клінічних проявів. Титри специфічних Ig G знаходились в межах від 150 до 280 МО/мл, з чіткою тенденцією до наростання. Після пологів новонароджених дітей обстежено на 10-й день життя. Із 20-ти новонароджених у 9-ти – загальних та офтальмологічних проявів захворювання не виявлено. Із 10-ти дітей: у двох – діагностовано атрофічні вогнища, розміром до 1/2 діаметра диску зорового нерва, що розцінювалось нами як кінцева фаза центрального хоріоретиніту, у трьох – хоріоретинальні вогнища жовто-білого кольору з чіткими контурами, які розміщувались в центральній ділянці очного дна, у двох – катаракта обох очей, у трьох новонароджених – субретинальну неоваскулярну мембрану. Очна патологія супроводжувалась одночасно помутнінням

скловидного тіла різного ступеня та ураженнями центральної нервової системи у вигляді залишкових проявів менінгоенцефаліту, церебрального арахноїдиту та ін. Одна вагітність завершилась мертвонародженням.

Висновок. У жінок, інфікованих *Toxoplasma gondii* під час вагітності, незважаючи на проведену превентивну терапію, залишається ризик народження дітей з важкими ураженнями органа зору. Основним у вирішенні даної проблеми залишаються профілактичні заходи у вигляді проведення бесід, видання пам'яток, демонстрації наочного матеріалу, наголошенні на дотриманні правил особистої гігієни.

УДК 616.345-089-06:616-002.3-084

РОЗРОБКА НОВИХ ПРИСТРОЇВ ТА МЕТОДИК ПЕРВИННО ВІДНОВЛЮВАННЯ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО РАКУ ТОВСТОЇ КИШКИ

Р.В. Сеньотович

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії
Буковинської державної медичної академії

З метою розширення діапазону первинно відновних операцій при раку товстої кишки, ускладненого частковою (20 %) і повною (5 %) кишковою непрохідністю розроблено ряд пристосувань та інструментів для внутріопераційної та післяопераційної декомпресії товстого кишечника та “асептичного” формування товстокишкових анастомозів.

Пристосування для внутріопераційної декомпресії складається з металічного циліндричного циліндра, з присмоктувальними та фіксуєчими елементами які накладаються на сліпу кишку. Спеціальний зонд, який подається поза операційним столом до кишки коагулює її стінку, робить отвір в герметично-ізолюваній від черевної порожнини сліпій кишці, через який проводиться відсмоктування вмісту кишки та відмивання її від залишків калу.

“Асептичне” промивання виведеної та пересіченої нижче пухлини на боковій стінці живота сигмовидної кишки забезпечує спеціальний мішок, в який поміщається виведений препарат в отвір, який роблять в кишці вище пухлини через спеціальний гофрований рукав подається промивний зонд.

Товсто кишкові анастомози накладають в спеціальній серветці під постійним плином антисептика. Післяопераційний декомпресивний зонд вводять в тонку кишку через пряму з оптурацією її просвіту біля баугінієвої заслонки. При труднощах ретроградного дренивання розроблена методика цекостамії з потрійною зондовою декомпресією здухвинної, сліпої кишок та зони анастомозу. Запропоновані інструменти захищені 12 патентами.

УДК 616.366-089.87]-053.9

ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ ІЗ МАЛОГО ДОСТУПУ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Л.В. Синоверський

Кафедра хірургії ФПО

В клініці з 1998 року у 42 хворих в віці старше 60 років була виконана холецистектомія із малого доступу. Жінок було- 36, чоловіків – 6; гострий холецистит з обтурацією жовчевого міхура був виявлений у 27 пацієнтів, в тому числі – водянка жовчевого міхура у 21, емпієма жовчевого міхура у 6. Первинні деструктивні зміни з перивезикальним інфільтратом – у 9, повторні короткочасні больові приступи з печінковою колікою у 6 хворих.

Усім хворим проводили ультразвукове дослідження жовчевого міхура на апараті “Aloka – 280-IS” (Японія), що дозволило судити про морфоструктуру на основі кількісної оцінки щільності жовчі і стінок жовчевого міхура. Операцію виконували під ендотрахеальним наркозом. Розріз – паралельно правій ребровій дузі довжиною 5 см, в модифікації клініки: апоневроз розсікали в напрямі розрізу, м'язеві волокна розшаровували тупо по ходу без їхнього розсічення, з обов'язковим дрениванням черевної порожнини. При неускладненому післяопераційному періоді хворі виписувалися на 5 добу.

Післяопераційний період у 40 хворих протікав гладко, без застосування наркотичних середників. Вставання з ліжка з першої доби після операції, харчування-з другої доби. Контрольні дренажі видаляли через 2-3 доби. У двох хворих післяопераційний період ускладнився нагноєнням післяопераційної рани.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБУДОВИ ЖОВЧНОГО РУСЛА ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ*О.Б. Слабий*

Кафедра оперативної хірургії і топографічної анатомії

Дослідження, метою якого було вивчення особливостей перебудови жовчного русла після видалення “функціонуючого” жовчного міхура, проведене на 10 статевозрілих безпородних собаках (самцях). Холецистектомію проводили під гексаналовим наркозом. Контр-рольну групу склали 5 тварин. Собак виводили із експерименту через 3 місяці (5 тварин) і через 6 місяців (5 тварин) під час релапаротомії шляхом поглиблення наркозу. При виведенні тварин із експерименту проводилось рентгенконтрастне дослідження жовчного русла.

Через 3 місяці на холангіограмах виявлялась достовірна ектазія жовчних протоків 1-4 порядків галузень із паралельним розширенням кукси міхурової протоки. Протоки дрібних калібрів S-подібно викривлені іноді з локальними веретеноподібними розширеннями, що можна розглядати як адаптивну реакцію жовчного русла з утворенням “мікроміхурів”. На рівні протоків 4-5 порядків зустрічались анастомози, як наслідок жовчної проліферації. Показовим є факт наявності вищезгаданих веретеноподібних ектазій та дрібних жовчнопротокових анастомозів і через 6 місяців після холецистектомії.

Можна стверджувати, що виявлені утворення компенсаторно-адаптивного характеру функціонують весь наступний період життя холецистектомічних тварин. Вважаємо, що в даному випадку пусковим механізмом в проліферації жовчних проточків є біліарна гіпертензія, яка зумовлена дисбалансом між тонусом сфінктера Одді та кількістю продукованої жовчі.

УДК:617-001.17-085:591.477:

ВИКОРИСТАННЯ ЛІОФІЛІЗОВАНИХ КСЕНОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ В ОПІКОВИХ ВІДДІЛЕННЯХ УКРАЇНИ*П.І. Лучанко, В.М. Таран, Ю.П. Кузьмич*

Кафедра ортопедії-травматології з курсом комбустіології

Організація опікових відділень і центрів з концентрацією в них важких опікових хворих призвело до необхідності створення банків ліофілізованих ксенодермотрансплантатів. Такий банк створений в м. Тернополі.

В опікових відділеннях України в 2001 році використано 920 тисяч кв.см ліофілізованих ксенодермотрансплантатів.

Ліофілізовані ксенодермотрансплантати використовували:

– при поверхневих опіках II-IIIА ступенів (особливо у дітей) в першу-другу добу після травми (в 2001 р. використано 340 тисяч кв.см, у 420 опікових хворих). Ліофілізовані ксенодермотрансплантати залишалися фіксованими на ранах до 8-10 діб після їх накладання. Лікування таких хворих не вимагало проведення болючих перев'язок. Після заживлення ран ліофілізовані ксенодермотрансплантати самостійно відпадали. При опіках IIIА ступеня проводили ранню сенквенціальну некректомію з використанням ліофілізованих ксенодермотрансплантатів для закривання ран;

– при лікуванні опіків IIIБ-IV ступенів використано в 2001 р. 580 тисяч кв.см у 700 хворих:

а) при традиційному методі лікування – під час аутодермопластики, для закривання ран, які залишалися незакритими аутодермотрансплантатами;

б) при ранніх некректоміях. Після некректомії рани закривали ліофілізованими ксенодермотрансплантатами, а потім проводили аутодермопластику;

в) для закриття донорських ран.

Використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів призводить до зменшення болю, втрати води, білків, електролітів з ран, попереджує їх інфікування, сприяє швидкій крайовій та острівковій епітелізації, скорочує перебування опікових хворих на стаціонарному лікуванні з поверхневими – на 6-7, а з глибокими опіками – на 16-18 діб, зменшує летальності важкоопечених на 30 %.

Таким чином, ліофілізовані ксенодермотрансплантати вкрай необхідні для лікування опікових хворих.

ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОПІКОВИХ ХВОРИХ

В.М. Таран, П.І. Лучанко, Н.В. Бігуняк

Кафедра ортопедії-травматології з курсом комбустіології

У хворих з опіками II-IIIА ступенів до 20 % поверхні тіла (опікова рана IIIБ ступеня – не більше 5 %) в першу добу після травми або при госпіталізації в стаціонар проводили ретельний туалет ран (промивали рану розчином антисептиків, знімали залишки епідермісу і виділення з рани). Виймали ксенодермотрансплантати з пакета і переносили їх у лоток з фізіологічним розчином на 10-15 хв, до якого додавали антибіотик (цефалоспорино I або II покоління по 1,0 г на 100 мл фізіологічного розчину). Після цього ксенодермотрансплантатами, насиченими антибіотиками, закривали опікові рани.

При проведенні ранньої хірургічної обробки опіків IIIБ-IV ступенів, після видалення струпа, також накладали на рани ліофілізовані, насичені антибіотиками, ксенодермотрансплантати, а через 2-3 доби їх знімали, проводили додаткове видалення некротичних тканин з ран і закривали їх аутоотрансплантатами.

У хворих з опіками обличчя, дихальних шляхів, важкими супровідними захворюваннями, а також з вираженими запальними і місцевими ознаками інфікування ран, із опіками IIIАБ-IV ступенів більше 25-30 % поверхні тіла з метою попередження генералізації інфекції антибіотики вводили парентерально.

Враховуючи, що після травми рани інфікуються, як правило, грампозитивною мікрофлорою, ранню антибіотикотерапію починали з препаратів пеніцилінового ряду (ампіцилін, оксацилін або ампіцилін по 1,0 г 4 рази на добу per os або внутрішньом'язово) або цефалоспорино I і II поколінь (цефазолін, цефалоспорин по 1 г 3-4 рази на добу чи цефамандол, цефероксин, цефокситин – по 1 г 3 рази на добу).

Антибактеріальну терапію слід проводити з урахуванням антибіотикограми та чутливості мікрофлори до антибіотиків. У період септикотоксемії в опікових ранах відбувається зміна збудника, в них з'являються полірезистентні грампозитивні і грамнегативні шпитальні штами мікроорганізмів. Ефективне паралельне використання цефуроксину і ампіюксу, а при полірезистентній мікрофлорі – препарати резерву із групи фторхілонів.

Таким чином, застосування антибіотиків у важких опікових хворих дозволяє попередити генералізацію інфекції і покращити результати лікування.

УДК 616.65-089.87]-085.25-036.8

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ “ДАЛЬФАЗ” ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ (ТУР) ПРОСТАТИ

В.В. Твердохліб, А.І. Мисак

Кафедра шпитальної хірургії з курсом урології

Однією з важливих причин розвитку неспецифічного запального процесу в сечових та статевих органах після ТУР простати є спастичне порушення відтоку сечі, яке пов'язане з травмою задньої уретри та шийки сечового міхура.

В післяопераційному періоді поряд з традиційною терапією у 24 хворих використовували α_1 -адреноблокатор фірми Sanofi-Sinthelabo “Дальфаз” по 5 мг два рази на добу. Дослідження показало, що використання в післяопераційному періоді препарату “Дальфаз” приводило до значного покращення суб'єктивного стану хворих (по сумі симптомів IPSS), симптоми обструкції в нашому спостереженні зменшились на 34 % (5,1 бала), а симптоми подразнення – на 39 % (3,8 бала). Індекс якості життя знизився з 4,1 до 2,3.

Таким чином, призначення в комплексному лікуванні після ТУР простати α_1 -адреноблокатора “Дальфаз” дозволяє досягти адекватного відтоку сечі вже протягом першого тижня після припинення дренирування сечового міхура і підвищити ефективність оперативного лікування.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ГОСПІТАЛЬНІ РАНЕВІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ АПЕНДИЦИТ

М.Й. Ткачук

Кафедра хірургії ФПО, Коростенська ЦРЛ

Дана оцінка результатів хірургічного лікування 1215 хворих з гострим деструктивним апендицитом оперованих за 1985-2000 роки. У групі хворих з “забруднених”, внаслідок Чорнобильської катастрофи, зон частота післяопераційних раневих ускладнень при деструктивних формах гострого апендициту в умовах місцевого перитоніту склала 63 %, при розлитому перитоніті – у 92 %. У хворих з “незабруднених” зон частота раневих госпітальних післяопераційних ускладнень склала відповідно 9,8 % і 27 %.

При аналізі основних чинників ризику виникнення післяопераційних раневих ускладнень слід відмітити строки госпіталізації хворих з моменту захворювання, характер і прогресування основного деструктивного процесу, поширенності запальних змін в черевній порожнині, тактико-діагностичні і технічні помилки. Усім пацієнтам оперативне втручання при деструктивному апендициті і в умовах обмеженого перитоніту включало апендектомію і дронування черевної порожнини з розрізу в правій здухвинній ділянці; при розлитому гнійному перитоніті – лапаротомію, апендектомію, санацію і дронування черевної порожнини. У 3,9 % пацієнтів застосовувалась керована лапаростома з наступною програмованою санацією черевної порожнини. Для підвищення якості лікування і зменшення частоти післяопераційних раневих ускладнень після операції проводили детоксикаційну антибактеріальну терапію, корекцію гемодинаміки, метаболізму та імунного гомеостазу, озонотерапію.

УДК 616.366-089.87:-072.1-06-037

ПОПЕРЕДЖЕННЯ І ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ

О.Т. Федорчук

Кафедра хірургії ФПО
Луцька міська лікарня

За останні три роки в хірургічному відділенні перебувало 627 пацієнтів в віці 20-79 років, яким була виконана лапароскопічна холецистектомія. Серед прооперованих жовчнокам'яна хвороба була діагностована у 96,8 %. У 11,9 % хворих оперативне втручання виконане з приводу гострого холециститу.

Передопераційні попереджуючі заходи в пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою включали: ультразвукову доплеросонографію (100 %) і комп'ютерна томографію (5,3 %). Це дозволило визначитися з об'ємом і способом проведення лапароскопічної холецистектомії, вивчити варіанти топографо-анатомічного розміщення печінки, жовчного міхура на передню черевну стінку у хворих різного віку, статі і варіантів конституційної будови. Пацієнтам старше 50 років проводилась оцінка кардіореспіраторної системи, системи гомеостазу.

Чітке обстеження хворих до операції, виявлення і корекція супутньої патології, удосконалення технічних прийомів під час виконання лапароскопічної холецистектомії дозволило уникнути і зменшити частоту післяопераційних ускладнень з 3,7 до 1,2 %.

ВПЛИВ ОЗОНОТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ КРОВІ У ОСІБ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ

П.Д. Фомін, О.В. Бобков, В.М. Сидоренко, О.І. Ліссов

Кафедра факультетської хірургії № 2 Національного медичного університету

Для вивчення протеолітичної активності крові хворих похилого віку з виразковими шлунково-кишковими кровотечами в післяопераційному періоді і вплив на неї озонотерапії застосовували внутрішньовенне введення озонованого стерильного ізотонічного розчину на тлі традиційної терапії. Обстежено 46 хворих віком від 60 до 87 років.

На підставі проведення досліджень периферичної крові за селективним цитолізом органодів виявлено зростання протеолітичної активності на 69,5 % порівняно з початковим рівнем. У хворих, що отримували тільки традиційне лікування зростання протеолітичної активності відмічалось до 7 доби до 88,6 %, в той же час на тлі озонотерапії відмічена тенденція до зниження протеолітичної активності нейтрофілів, а на 5 добу вона наближалась до початкового рівня; до кінця спостереження, на 10-14 добу показники протеолітичної активності в групі порівняння залишались підвищеними до 45,7 %.

Перебіг гастроудоденальних виразкових кровотеч у осіб похилого і старечого віку супроводжується зміною протеолітичної активності крові. Використання в комплексному лікуванні озонотерапії має виражений лікувальний ефект і приводить до нормалізації показників.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ГЕМОРАГІЧНОГО ШОКУ ПРИ ГОСТРИХ ШЛУНКОВО- КИШКОВИХ КРОВОТЕЧАХ

П.Д. Фомін, В.М. Сидоренко, О.Б. Біляков-Бельський, О.І. Ліссов, О.А. Повч, О.В. Бобков

Кафедра факультетської хірургії № 2 Національного медичного університету

На протязі 15 років існування Київського міського центра шлунково-кишкових кровотеч ускладнення виразкової кровотечі геморагічним шоком різного ступеня важкості відмічено у 812 (21,6 %) хворих. На підставі комплексу клінічних, гематологічних та інших лабораторних показників, користуючись класифікацією В.Д. Братуся, шок помірного ступеня важкості виявлено у 436 (53,7 %), середнього – у 275 (33,9 %) та у 101 (12,4 %) – шок важкого ступеня. Нами розроблена індивідуалізована хірургічна тактика з урахуванням ступеню важкості геморагічного шоку, клініко-ендоскопічної характеристики джерела кровотечі, ефективності ендоскопічних методів гемостазу, характеру та важкості супутньої патології та функціонального стану життєзабезпечуючих систем організму. В залежності від подальшої тактики лікування застосовувалась ідивідуалізована програма інфузійно-трансфузійної терапії з різним співвідношенням колоїдних, кристалоїдних розчинів та препаратів крові. При шлунковій локалізації виразки застосовували резекційні методи, при дуоденальному розташуванні джерела кровотечі перевагу віддавали органозберігаючим методикам на основі різних видів ваготомії.

Результатом запропонованої індивідуалізованої хірургічної тактики було зниження післяопераційної летальності у хворих з помірним та середньої важкості геморагічним шоком (3,2 %) до рівня післяопераційної летальності у хворих без явищ геморагічного шоку (2,9 %).

ВИКОРИСТАННЯ САНДОСТАТИНУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПОВТОРНИХ КРОВОТЕЧ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО – КИШКОВОГО ТРАКТУ

П.Д. Фомін, Є.Є. Переш, І.Г. Селюков

Кафедра факультетської хірургії №2 Національного медичного університету

В основу роботи покладено результати лікування 70 пацієнтів основної групи (30 – з кровотечею із флєбектазій стравоходу, 32 – з виразковою кровотечею, 8 – з ерозивно-геморагічним гастритом), яким крім гемостатичних препаратів застосовували внутрішньовенне введення сандостатину в дозі 250 мг/год протягом двох діб та 80 пацієнтів контрольної групи (42 – з кровотечею з флєбектазій стравоходу, 30 – з виразковою гастродуоденальною кровотечею, 8 – з ерозивно-геморагічним гастритом). Для призупинки кровотечі та профілактики її повтору у них використовували загальноприйняті консервативні гемостатичні засоби (включаючи ендоскопічний гемостаз та застосування зонду Блекмора).

Обидві групи були рандомізовані за віком, статтю, станом ендоскопічного гемостазу. Всі пацієнти мали виражену супутню патологію.

У жодного пацієнта основної групи з кровотечею з флєбектазій стравоходу та з ерозивно-геморагічним гастритом не було зафіксовано рецидиву кровотечі, в той час, як він спостерігався відповідно у 8 (19,04 %) та 2 (25 %) хворого у контрольній.

Стосовно пацієнтів з виразковими кровотечами, повтор геморагії спостерігався протягом перших двох діб у 4 (12,5 %) осіб основної групи. У них було застосовано повторне ендоскопічне дослідження та виконано ендоскопічний гемостаз. Серед хворих контрольної групи рецидив кровотечі відмічено у 10 (33,3 %) осіб, у 6 з них було успішно застосовано повторний ендоскопічний гемостаз, а 4 оперували на висоті повторної геморагії. Померло 2 (6,6 %) пацієнти.

Використання сандостатину в комплексному консервативному лікуванні кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є доцільним і статистично достовірно рідше приводить до розвитку повтору кровотечі.

УДК 616.33.-022.44-06-001.5-005.1.089

ПЕРФОРАТИВНІ ГОСТРОКРОВОТОЧИВІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІ ВИРАЗКИ ЯК ХІРУРГІЧНА ПРОБЛЕМА

Фомін П.Д., Повч О.А.

Кафедра факультетської хірургії №2
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Протягом 20-и річного періоду роботи Київського міського Центру по наданню невідкладної допомоги хворим із гострими шлунково-кишковими кровотечами спостерігали 183 пацієнтів із перфоративними гострокровоточивими гастродуоденальними виразками (ПГГДВ). Не дивлячись на широке застосування в сучасній гастроентерології комплексної противиразкової терапії, число хворих із ПГГДВ не має тенденції до зниження. Навпаки, за останні 5-6 років, відзначаємо тенденцію до зростання кількості випадків поєднання перфорації та кровотечі гас-тродуоденальних виразок (10-12 пацієнтів щорічно). Переважають пацієнти похилого та старечого віку – 97 (53 %) осіб.

У 35 (19,1 %) хворих виявлено шлункову локалізацію перфоративної гострокровоточивої виразки, а у решти 148 (80,9 %) пацієнтів – діагностоване розміщення виразки в пілородуоденальній зоні. Встановлено два варіанти поєднання перфорації та кровотечі при виразковій хворобі:

1. Одночасний розвиток перфорації та кровотечі гастродуоденальних виразок – 55 (30,1 %) пацієнтів.

2. Перфорація виразки настає в ранньому відстроченому періоді після зупинки кровотечі – у 128 (69,9 %) хворих. При цьому в 75 (58,6 %) пацієнтів перфорація виразки супроводжується рецидивом кровотечі, а в 53 (41,4 %) – без нього.

Вивчені особливості клінічного перебігу ПГГДВ, у залежності від варіантів поєднань. Виявлені і впроваджені в практику “малі” ознаки ПГГДВ, наявність яких вимагає застосування інструментальних методів досліджень у визначеній нами послідовності, що дозволяє вчасно діагностувати дану патологію.

Розроблені алгоритми застосування хірургічної тактики, в залежності від варіантів поєднань перфорації та кровотечі, ступеню важкості крововтрати, вираженості перитоніту, наявності супутньої патології, що дозволило за останні 5 років знизити післяопераційну летальність в 5,2 рази (з 22,3 % до 4,3 %), а число виконуваних радикальних оперативних втручань довести до 76 %.

УДК:

ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОФІБРОМАТОЗУ

Цимбалюк В.І., Квасніцький М.В.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Нейрофіброматоз, відомий як хвороба Реклінгаузена, поділяється на дві форми – периферичний нейрофіброматоз або нейрофіброматоз 1 типу (НФ1) і центральний нейрофіброматоз або нейрофіброматоз 2 типу (НФ2). В основі цього поділу лежать як клінічні, так і генетичні особливості. Найважливішими видимими ознаками периферичного нейрофіброматозу являються шкірні прояви – плями типу “кави з молоком”, ластовиння та пухлини шкіри. Серед інших проявів – очні порушення у вигляді вузликів Ліша (гамартом райдужної оболонки) та кісткових аномалій, множинних пухлин (нейрофібром), з їх локалізацією в будь-якому органі чи системі починаючи із шкіри і закінчуючи головним та спинним мозком. Найважливішою ознакою центрального нейрофіброматозу являється наявність двобічних неврино слухових нервів.

Характерною клінічною рисою нейрофіброматозу, як 1 так і 2 типу, являється затяжний перебіг з тенденцією до прогресивності у випадку НФ2. Сама тільки наявність пухлин не може розглядатись показанням до оперативного втручання. Хірургічне лікування в таких хворих доцільно проводити при наступних показах: больовий синдром, наростання функціонального дефіциту, косметичний дефект та при швидкому рості пухлини з підозрою на її озлоякіснення. Обмежившись в інших випадках спостереженням та можливим консервативним лікуванням, наприклад, задіеном.

УДК: 617.735-02:616.379-008.64-085.35

ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МОЕКСИПРИЛУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ РЕТИНОПАТІЮ РІЗНИХ СТАДІЙ

Швед А.М., Мартинюк Л.П., Литвин І.Б.

Тернопіль. Обласна клінічна лікарня, центр мікрохірургії ока

Метою роботи було визначення терапевтичної ефективності нового інгібітора ангіотензинконвертуючого ферменту моєксиприлу у хворих з різними стадіями діабетичної ангіо- та ретинопатії.

Обстежено 78 хворих з різними стадіями ДР, з яких 38 лікували моєксиприлом в дозі 7,5 мг/д і 40 пацієнтів контрольної групи, яких лікували за загальноприйнятою методикою.

У вихідному стані при ретинографічному дослідженні очного дна було виявлено численні патологічні зміни – мікроаневризми, облітерація парафовеальних капілярів, тверді та м'які ексудати, набряк макули, крововиливи різного калібру, ділянки неоваскуляризації та розростання гліозної тканини, що приводило до зниження гостроти зору, кольоровідчуття та контрастної чутливості до рівня, характерного для певної стадії ДР.

Під впливом 4-х тижневого курсу монотерапії моєксиприлом нормалізація судинного малюнку очного дна і відновлення функціональних показників органа зору відмічено у 75,5 % хворих з васкулярною стадією ДР (при 58,3 % – у контролі). Покращення досліджуваних параметрів відмічено у 45,8 % хворих з ексудативною ДР (в контролі – 11,1 %), у 29,2 % – з геморагічною стадією (в контролі – 9,1 %) та у 31,3 % – з проліферативною ДР (в контролі в цій стадії позитивних змін на очному дні не спостерігалось).

Таким чином моєксиприл має корегуючий вплив на ендотеліальну дисфункцію та морфофункціональний стан мікросудин очного дна.

РОЗШИРЮЮЧА КОМБІНОВАНА ДУОДЕНОПЛАСТИКА В ХІРУРГІЇ КРОВОТОЧИВИХ СТЕНОЗУЮЧИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Є.М. Шепетько, П. В. Іванчов, Б.Б. Леськів

Кафедра факультетської хірургії №2
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

Сучасна концепція хірургічного лікування ускладнених стенозом виразок дванадцятипалої кишки базується на застосуванні органозберігаючих операцій з перед- і післяопераційною “потрійною” антихелікобактерною терапією. Збереження пілоричного жому при виконанні втручання на виразці є іншим, не менш важливим положенням, визнаним переважною більшістю хірургів.

У клініці розроблена і застосовується розширююча комбінована дуоденопластика (РКДП) із збереженням пілоричного жому в сполученні з СПВ. РКДП застосовується в двох варіантах: Т-образна і Z-образна. Сутність Т-образної дуоденопластики при корпоральних і дистальних стенозах цибулини ДПК полягає у висіченні виразки і рубців у зоні стенозу, поперечної дуоденотомії, викроюванні трикутних рівнобедрених шматків по верхньому і нижньому контурах кишки після виконання розрізів, що попускають, у дистальному і проксимальному напрямках від рівня дуоденотомії з наступним зшиванням збільшених периметрів просвіту в поперечному осі кишки напрямку.

Т-образна РКДП застосовується при підпілоричному бульбарному компенсованому стенозі з доповненням СПВ або комбінованою ваготомією (КВ). Після висічення виразки і фляків у зоні стенозу по передній стінці в дистальному напрямку виконуємо розріз 0,5-0,7 см з викроюванням трикутного рівнобедреного шматка зі стінки кишки. Потім зшивають знову збільшені адаптовані периметри в поперечному осі кишки напрямку. Способи РКДП дозволяють збільшити площу поперечного перерізу в зоні стенозу на 30-50 % і доповнити її СПВ або КВ.

Усього виконано 28 операцій по запропонованих способах при кровоточивих стенозуючих дуоденальних виразках. Рецидивів виразки, порушення евакуації зі шлунка в післяопераційному періоді не було при спостереженні за пацієнтами в терміни до 9 років.

Висновок. Розширююча комбінована дуоденопластика і СПВ є операцією вибору при компенсованому дуоденальному виразковому стенозі, ускладненому кровотечею.

УДК 616.361-002-036.11-089.819]-036.8

ЕНДОБІЛІАРНІ МАЛОІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБТУРАЦІЙНИЙ ХОЛАНГІТ

Т.В. Янюк

Кафедра хірургії ФПО, центр малоінвазивної хірургії Волинської обласної лікарні

У 157 хворих на гострий обтураційний холангіт було вивчено ефективність малоінвазивних хірургічних втручань. У 89 хворих з гострим холангітом були виконані радикальні малоінвазивні хірургічні втручання, які призвели до повної ліквідації холангіту. У 36 хворих була ліквідована обтураційна жовтяниця, але не були ліквідовані ознаки гострого холангіту: ендоскопічне протезування жовчних шляхів з санацією холедоха як тимчасове так і постійне з наступним радикальним оперативним втручанням. У 22 хворих – малоінвазивні хірургічні втручання технічно виконати було неможливо. Після призначення консервативної терапії на протязі 1,5-2 доби виконували операції в ургентному порядку.

Таким чином, у 60,5 % хворих на гострий обтураційний холангіт малоінвазивні оперативні втручання є радикальними та високоефективними при незначних (5-6) строках перебування в стаціонарі.

АКУШЕРСЬКІ І ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

УДК:618.3-02:617.33:315.2121)-06:619.22

МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ З ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

А.В. Бойчук, В.В. Сопель, Б.М. Бегош, Н.О. Кузьма, І.В. Шарова

Кафедра акушерства і гінекології ФПО

Фетоплацентарна недостатність є однією з головних факторів, котрі впливають на рівень перинатальної патології. В сучасному акушерстві гіпоксичні стани плода становлять 21-45 % перинатальної патології, а частота затримки внутрішньоутробного розвитку плода коливається в межах від 1 до 40 % від загальної кількості родів.

Метою нашої роботи є розробка методів лікування фетоплацентарної недостатності. Серед препаратів метаболічної дії ми використали есенціале і екстракт соку листків артишока польового.

Нами проліковано і обстежено 18 вагітних у яких за допомогою ультразвукового обстеження було діагностовано фетоплацентарну недостатність після специфічного лікування у них цитомегаловірусної інфекції. В комплексній терапії використовувались есенціале і хофітол в дозі 5 мл на 200 мл 5 % розчину глюкози поперемінно, через день № 5-7.

Проведений аналіз стану матково-плацентарного комплексу через 10 днів лікування за допомогою ультразвукової діагностики виявив більш суттєві позитивні зміни у фетоплацентарному комплексі у порівнянні з контрольною групою вагітних, котрі отримували тільки специфічне лікування цитомегаловірусної інфекції.

Відмічено позитивний вплив метаболічної терапії на динаміку росту плодів при фетоплацентарній недостатності зумовленій внутрішньоутробним інфікуванням.

УДК: 618.3-02:616.32:315.2210]-06:618.22

АНТИЦИТОМЕГАЛОВІРУСНИЙ ГАМАГЛОБУЛІН В ЛІКУВАННІ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРИ ВАГІТНОСТІ

А.В. Бойчук, А.Ю Франчук, О.І. Хлібовська, В.С. Шадріна, О.Б. Гавришак

Кафедра акушерства та гінекології ФПО

Проблема внутрішньоутробного інфікування є актуальною проблемою сучасної перинатології. За літературними даними частота виявлення цитомегаловірусної інфекції (ЦМВ) при вагітності складає 50-85 %, вперше під час вагітності інфікується 1-12 % жінок. В структурі ранньої неонатальної смертності по Тернопільській області перше місце займає внутрішньоутробне інфікування (за 2000 – 30,2 %).

Метою нашої роботи є розробка методів лікування цитомегаловірусної інфекції під час вагітності. Високоєфективними є препарати імуноглобуліну (Ig) крові людини нормальні (поліантитільні) і специфічні з високою концентрацією антитіл до окремих збудників інфекцій.

Нами обстежено і проліковано 15 вагітних з цитомегаловірусною інфекцією. Комплексна терапія включала антицитомегаловірусний гамаглобулін, який призначався один раз на тиждень № 2-3 та препарати, що покращують матково-плацентарний кровообіг.

Аналіз стану новонароджених від пролікованих жінок у порівнянні з тими, у яких не проводилась комплексна терапія антицитомегаловірусним гамаглобуліном виявив зниження ризику по реалізації внутрішньоутробного інфікування, що проявилось вищою оцінкою за шкалою Апгар та нижчими показниками захворюваності та смертності.

Таким чином, використання антицитомегаловірусного гамаглобуліну є клінічно виправданим.

МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ФІБРОМІОМАХ МАТКИ

О.О. Воронцов, Н.О. Архіпова, Н.Є. Боцюк

Кафедра поліклінічної справи та сімейної медицини

Відомо, що в останні десять років в тактиці консервативного ведення жінок, які хворіють фіброміомою матки, відбулася зміна від пасивного спостереження до комплексного лікування, спрямованого на різні ланки патологічного процесу. Нами було проведено дослідження характеру амбулаторної допомоги даному контингенту хворих, в зоні обслуговування жіночою консультацією Тернопільської міської лікарні № 2. Кожним дільничним лікарем щорічно діагностується в середньому 9-10 нових випадків фіброміоми матки. Загальна кількість виявлених хворих за останні три роки сягає 531, а кількість оперативних втручань з приводу фіброміоми матки за цей період – 337. В 2001 році, в порівнянні з попередніми роками, хворих виявлено на 11 % менше. Помітно змінилося співвідношення хворих в вікових групах: старший репродуктивний вік (36-45 років) – пременопаузальний та менопаузальний (старші від 45 років) – від 1:2 до 1:1. Дослідження тактики, консервативного ведення хворих здійснено шляхом рендомізованого аналізу 75 амбулаторних карт. Гормональні середники призначалися лише в 36,2 % випадків. Медична документація фактично не містить інформації про соматичні захворювання пацієнок, отже про ймовірні протипоказання до патогенетичної – гормональної терапії. В лікуванні перевага надається середникам рослинного походження (63,8 %), серед яких овочеві соки, екстракт кореня балабану та Бефунгін – єдиний препарат, що можна придбати в аптечній мережі, але про доцільність якого в даному випадку в науковій літературі не згадується. Тактика пасивного спостереження застосовується в 29,8 % випадків. Проведене дослідження дозволяє по іншому подивитися на кількісну перевагу оперативного методу лікування фіброміоми матки над консервативним та говорити про наявність суттєвих резервів для оптимізації амбулаторної допомоги.

УДК:618.36-02:616.441-007.21

ВПЛИВ ГІПОФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА СИСТЕМУ ФЕТО- ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ

С.М. Геряк, Л.Є. Лимар, І.М. Маланчин, Н.В. Костик

Кафедра акушерства і гінекології медичного факультету

Метою дослідження було вивчення стану фето-плацентарного комплексу у вагітних з гіпофункцією щитоподібної залози.

При ультразвуковому дослідженні у 38 (85 %) із 45 вагітних із проявами субклінічного гіпотиреозу (термін вагітності 37-40 тижнів) виявлено ознаки фето-плацентарної недостатності – гіпоплазія та передчасне старіння плаценти на фоні набряку ворсин, порушення мікроциркуляції, петрифікації. Такий стан плаценти у 45 % випадків супроводжувався порушенням серцебиття плода, у 29 % – зміною його рухливості та зниженням біофізичного профілю до 5-6 балів (в контролі – 8-9 балів).

При морфометричному та гістологічному дослідженні плаценти констатовано зменшення її товщини до 2 см, дольки були мілкі, зі значною кількістю петрифікатів на периферії. Площа плаценти не перевищувала 130 см, вага – 300 г.

Такі зміни фето-плацентарного комплексу несприятливо відображаються на рості та розвитку плода, викликають його гіпотрофію та гіпоксію.

Таким чином, виявлені зміни фето-плацентарного комплексу при гіпофункції щитоподібної залози вимагають корекції рівня тиреотропних гормонів у таких вагітних.

ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

Н.С. Луценко, І.М. Кириченко, І.Ю. Ганжій, І.В. Ломака

Кафедра акушерства та гінекології
Запорізький інститут удосконалення лікарів

Враховуючи недостатні літературні дані про зміни гормонального гомеостазу у жінок з ожирінням (О) та клімактеричним синдромом (КС) у перименопаузі, участі в процесах стероїдогенезу андрогенів, метою дослідження стало визначення рівня андрогенної активності у жінок з О та КС. Для виконання поставленої мети були поставлені наступні задачі: 1. Виявити рівень секреції тестостерону (Т) та сумарних естрогенів (СЕ) в залежності від ступеня О; 2. Обґрунтувати тактику лікування клімактеричних розладів на основі отриманих гормональних показників.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 154 жінки з КС та ожирінням у перименопаузі. Визначення Т проводилося радіоімунним методом з використанням стандартних реактивів фірми “Immunotech”, рівень СЕ – флюорометричним методом Brown I. (1968).

Результати дослідження показали, що у більшості жінок мала місце норма- та відносна гіперестрогенія та лише у 27 % спостерігалася гіпоестрогенія. Дослідження андрогенної функції виявило, що з прогресуванням ожиріння відбувається підвищення її активності, тобто: при 1-й ст. відмічалася підвищення рівня Т у 1,6 рази, при 3-й ст. – в 2,3 рази (при $p < 0,05$), мабуть, за рахунок посилення позагонадного стероїдогенезу.

Висновки. Таким чином, отримані у дослідженні результати дозволяють рекомендувати прийом препаратів для ЗГТ (в тому числі – з антиандрогенною активністю) жінкам з ожирінням та КС з обов'язковим урахуванням рівня СЕ і тестостерону.

МЕТАБОЛІЧНИЙ КОЕФІЦІЄНТ, ЯК ПОКАЗНИК РІВНЯ АДАПТАЦІЇ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ ТА КЛІМАКТЕРИЧНИМ СИНДРОМОМ

Н.С. Луценко, І.В. Ломака, І.М. Кириченко

Кафедра акушерства та гінекології
Запорізький інститут удосконалення лікарів

Не викликає сумнівів той факт, що ожиріння (О) може розглядатися, як постійний механічний та функціональний стрес (Grey G., 1998), який призводить до посиленого утворення адренкортикальних гормонів та змін метаболізму. Деяку зацікавленість викликає вивчення гормональних механізмів адаптації у жінок з О та клімактеричним синдромом (КС), як у зв'язку з розповсюдженістю останнього (до 82 %), так і з позицій уявлень про КС, як додатковий стрес, що і зумовило мету даного дослідження.

Матеріали та методи. Обстежено 75 жінок у перименопаузі з О та КС. У роботі визначалася величина метаболічного коефіцієнта (K_m), як відносного показника співвідношення адреналін/інсулін, який характеризував направленість гормональних реакцій на стрес та компенсаторні можливості організму. Вміст адреналіну визначали у добовій сечі за методом Магліної Е.Ш. та співавт. (1965), інсуліну – радіоімунним методом з використанням стандартних реактивів фірми “Immunotech” (Чехія).

Результати дослідження та їх обговорення. Виявлене збільшення K_m з прогресуванням ожиріння, що може бути проявом неадекватної секреції адреналіну на послаблену дію інсуліну (внаслідок низької секреції, зменшення чутливості рецепторного апарату клітин до інсуліну), що призводить до активації біосинтезу катехоламінів (адреналіну) та подальшому підвищенню напруги функціонування симпато-адреналової системи, що є прогностично неблагоприємною ознакою у перебігу клімактеричного синдрому.

Висновки. Отримані у проведеному дослідженні результати дозволяють рекомендувати включення адаптогенів та адреномодуляторів до комплексної терапії клімактеричного синдрому.

МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВАГІТНИХ ВИСОКОЇ ГРУПИ РИЗИКУ ЗА ПЕРІНАТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Н.С.Луценко, О.П.Мягков, Шауш Белькасем

Кафедра акушерства та гінекології
Запорізький інститут удосконалення лікарів

Нами було обстежено 53 вагітних у термінах 37-39 тижнів (1 група: 21 – вузький таз, 2 група: 19 – великий плід, 3 група: 13 – ожиріння I-II ступеня і великий плід). Обстеження проводили на “Магнавью” (Instrumentarium, Фінляндія) з напругою магнітного поля 0,04 Тс.

Результати обстеження показали, що тільки у 12 жінок (з 21) був дійсно вузький таз, а у 9 жінок внутрішні розміри тазу відповідали нормі. Обстеження жінок другої групи показало, що тільки у 14 вагітних дійсно був великий плід, а у п'ятьох жінок вага плоду була оптимальна для цих жінок. У однієї вагітної з ожирінням III ступеня (135 кг) провести дослідження на томографі не було можливості (жінка не умістилася у апараті). Обстеження цієї жінки можна провести у відкритому томографі (апарат МРТ-Тошиба). А у 5 вагітних з ожирінням і великим плодом, за даними обстеження виявилось, що маса плоду не перевищувала 3500 г, а у решти вагітних 3 групи разом з ожирінням спостерігалися великі розміри плоду.

Вихід пологів. У жінок 1 групи пологи через природні пологові шляхи – у 14 (66,6 %), плановий кесарів розтин – у 7 (33,3 %) жінок. Немовлята народились з оцінкою за шкалою Апгар у середньому 8,2 бала.

У жінок 2 групи – пологи через природні пологові шляхи – у 12 (63,3 %) вагітних, плановий кесарів розтин – у 7 (37,7 %) вагітних. Немовлята народилися з оцінкою за шкалою Апгар у середньому 8,36 балів.

У жінок 3 групи пологи через природні пологові шляхи – у 7 (58,3 %) жінок, а плановий кесарів розтин – у 5 (42,7 %) вагітних. Немовлята народилися з оцінкою за шкалою Апгар у середньому 8,1 балів.

Таким чином, це обстеження дозволяє вибрати найбільш оптимальний метод розродження, знизити відсоток ургентних операцій кесарів розтин, зменшити травматизм матері і плоду у пологах.

ЗМІНИ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПОРОДІЛЬ НА ФОНІ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Н.М. Олійник, В.І. Коптюх, Н.О. Кузьма, О.Б. Гаврищак

Кафедра акушерства та гінекології ФПО

Під час вагітності спостерігається посилена потреба Са, вітаміну Д, фосфатів, пов'язана з ростом і формуванням нових тканин. Недостатність цих елементів та наявність супутньої патології, зокрема захворювань гепатобіліарної у вагітних, очевидно зумовлюватиме розвиток остеопенії чи остеопорозу. Це надзвичайно важливо, особливо, якщо врахувати молодий вік вагітних і породіль – період формування піку кісткової маси.

Метою нашого дослідження стало вивчення щільності кісткової тканини у породіль на фоні захворювань гепатобіліарної системи

Нами обстежено 36 жінок віком 18-41 років у яких вагітність протікала на фоні захворювань гепатобіліарної системи.

Визначення щільності кісткової тканини породіль проводили за допомогою двохфотонного рентгєнівського денситометра фірми Lunar corp.(Medison, WI, USA) – Lunar DPX-A на 7-10 день післяпологового періоду.

Щільність кісткової тканини (BMD) поперекових хребців обстежених породіль становила у L_1 – (1,931±0,03) г/см²; L_2 – (1,1921± 0,04) г/см²; L_3 – (1,2339±0,03) г/см²; L_4 – (1,2165 ± 0,04) г/см²; величина у проміжку L_1 - L_4 – (1,1921 ± 0,03) г/см². Тобто відмічається деяке зниження щільності кісткової тканини у L_1 .

Вивчення показника T дало змогу виявити у 21 % обстежених породіль наявність остеопенії, нормальні показники у 30 % і у 49 % на межі норми з тенденцією до зниження кісткової щільності.

З метою профілактики остеопорозу у жінок репродуктивного віку потрібно розробляти заходи для попередження даного захворювання на більш ранньому етапі, що буде сприяти покращенню здоров'я і якості життя великих груп населення, дозволить в майбутньому зменшити частоту переломів, і їх ускладнень.

УДК 618. 3/.5- 036-053.71.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У НЕПОВНОЛІТНІХ ЖІНОК

Ю.С. Паращук, Є.В. Благовещенський

Кафедра акушерства та гінекології №2
Харківський державний медичний університет

В останні роки в акушерстві з'явилася актуальна проблема – вагітність і роди у неповнолітніх. Вона обумовлена біологічною незрілістю молодого організму, низьким рівнем статевого виховання, відсутністю знань в області контрацепції і планування сім'ї.

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей перебігу вагітності і родів у 47 юних жінок у віці від 13 до 18 років, які ввійшли у основну групу дослідження. Групу порівняння склали 42 вагітні жінки репродуктивного віку (19-38 років). При оцінці протікання вагітності встановлено, що у 95 % неповнолітніх мали місце різноманітні ускладнення. Найбільш розповсюдженим була загроза переривання. В основній групі зазначена патологія встановлена у 35 % жінок в зрівнянні з 30 % у групі порівняння. З високою достовірністю частота тяжких форм гестозів серед юних значно перевищувала аналогічний показник у жінок дітородного віку (15,5 % проти 7 %). У 80,9 % неповнолітніх вагітність протікала на фоні екстрагенітальної патології (в групі порівняння – 46 %). Перевагу у структурі екстрагенітальної патології займала залізодефіцитна анемія (ЗДА), що діагностована у 61 % юних жінок та у 34 % вагітних репродуктивного віку. Результати свідчать, що вже при I ст. ЗДА у більшості жінок основної групи мали місце порушення фетоплацентарного комплексу, що виявлялося дистрофічними змінами і прискоренням склеротичних процесів у плаценті, підтверджених морфологічним та гістохімічним дослідженням. Наявність ЗДА II і III ст. у юних частіше, ніж у вагітних групи порівняння супроводжувалося розвитком хронічної гіпоксії плоду (34 % та 25 % відповідно). У 88,4 % обстежених основної групи пологи протікали з ускладненнями: аномалії родової діяльності склали 12 % в основній та 9 % в групі порівняння; високим був загальний відсоток акушерського травматизму в обох групах, однак при його оцінці виявлено, що частота розривів піхви та промежини в основній групі значно перевищує цей показник у жінок групи порівняння (20,2 % проти 4 %).

Таким чином, вагітність і роди у неповнолітніх жінок часто перебігають на несприятливому фоні і у багатьох випадках супроводжуються різноманітними ускладненнями, що призводить до патології в родах, виникненню високої частоти патологічних станів у плоду. Це безумовно потребує відповідної терапевтичної корекції.

УДК 618.1-006: 616.61 – 089.843

РИЗИК РОЗВИТКУ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК РЕЦИПІЄНТІВ НИРКОВОГО АЛЛОТРАНСПЛАНТАТУ

Г.Ф. Писаренко

Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький інститут удосконалення лікарів

Трансплантація нирок – це ефективний метод лікування хронічної ниркової недостатності в термінальній стадії, що дозволяє не тільки врятувати життя, але й розраховувати на високий рівень реабілітації хворих. Пересадка донорської нирки пов'язана з постійною імуносупресивною терапією. На фоні зниженої імунної резистентності організму, за даними світової літератури, через 4-5 років в 2,7 рази збільшується ризик розвитку злоякісних пухлин різної локалізації.

Метою роботи було визначення факторів ризику розвитку онкогінекологічної патології у жінок після пересадки нирки.

Обстежено 52 жінки репродуктивного віку з нефротрансплантатом. Проводилось гінекологічне, кольпоскопічне, цитологічне, ультразвукове, гормональне, бактеріологічне, серологічне та ПЦР обстеження. Період після трансплантації був від 1 до 10 років. Жодного випадку злоякісних пухлин геніталій та молочних залоз не виявлено. Але у 17,6 % виявлена міома матки, у – 11,4 % – дисплазії та лейкоплакії шийки матки, у 23 % – гіперпластичні процеси ендометрію, у 7,7 % – кісти яєчників. 73 % жінок страждали порушенням менструацій, у 11,5 % спостерігались кондиломи та герпесні висипання на піхві та шийці матки, у 13,4 % – гормонально залежні захворювання молочної залози (мастопатії та фіброаденоми). При гормональному обстеженні гіперпролактинемія спостерігалась у 53,3 %, у 85,2 % – гіперестрогенія, у 14,8 % – гіперандрогенія, що є фактором високого ризику розвитку онкопроцесів молочних залоз та ендометрію. При обстеженні мікробіоценозу піхви виявлено вірус герпесу в 76,9 %, папіломавірус людини – в 51,9 %, цитомегаловірус – в 73 %. За допомогою ПЦР ідентифіковано онкотипи вірусу герпесу та папілома вірусу в 69 %.

Таким чином факторами ризику виникнення пухлин після пересадки нирки є: по-перше – постійна імуносупресивна терапія, по-друге – неповноцінність імунної системи, пов'язана з ХНН, по-третє – порушення гормонального гомеостазу, по-четверте порушення мікробіоценозу піхви та наявність онковірусів в статевих шляхах.

УДК 618.4–006.36:616.61–089.843

ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ ТА ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЮ У ЖІНОК – РЕЦИПІЄНТІВ НИРКОВОГО АЛЛОТРАНСПЛАНТАТУ

Г.Ф. Писаренко

Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький інститут удосконалення лікарів

Метою роботи була розробка ефективного лікування міоми та гіперплазії ендометрію у жінок з нефротрансплантатом.

Обстежена 21 пацієнтка з пересадженою ниркою. Проводилось гінекологічне, ультразвукове, цитологічне, патгістологічне, та ПЦР обстеження. Післяопераційний період від 1 до 10 років. Пацієнтки приймали імуносупресивну терапію. Вірусний гепатит перенесли 80,5 % хворих. У всіх пацієнток спостерігалися маткові кровотечі та анемія. Міома матки виявлена у 42,9 %, у половини з них пухлина з'явилась вперше після операції. Інші жінки мали гіперплазію ендометрію при нормальних розмірах матки. Цитологічне дослідження аспіраційної біопсії у 71,1 % випадків виявило побічні признаки вірусного враження ендометрію. При ідентифікації ПЦР у 69 % виявлено онкотипи вірусів герпесу та папіломи людини. Патгістологічне дослідження підтвердило діагноз залозистої, залозисто-кістозної та залозисто-поліпозної гіперплазії ендометрію.

Перед гормональним лікуванням проведена противірусна терапія: ацикловір обом партнерам, вакодинові вагінальні супозиторії та тампони з протейфлазидом. Потім призначався утрожестан 400 мг на добу, по 100 мг. 2 рази в день перорально та 200 мг. вагінально, з 5 по 25 день циклу. Всі хворі, навіть з персистуючим гепатитом, лікування переносили добре. Через 2 місяці у 75 % хворих нормалізувалась менструальна функція, зменшились розміри міоми, вузлів, та товщини ендометрію, що дало змогу зменшити дозу утрожестану до 200-300 мг. Через 6 місяців розміри міоми зменшились у 80 %, а у 20 % її уже не було. Контрольний вишкріб матки виявив гіперплазію ендометрія лише у 1 хворій, яка продовжила подальше лікування.

Таким чином лікування утрожестаном гіперплазії ендометрія та міоми матки при умові вилучення онковірусної інфекції, є високоефективним. Воно добре переноситься жінками з спровокованою функцією печінки. Поєднується з імуносупресивною терапією.

СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ

В.М. Флехнер, П.П. Голдованський, П.Й. Стебло, В.В. Куценко, П.В. Кацуба, А.О. Котик

Кафедра акушерства та гінекології

Одним з напрямків планування сім'ї є підтримання сексуального та репродуктивного здоров'я чоловіків.

В центр планування сім'ї для отримання консультацій та обстеження звернулось 2034 чоловіки. При обстеженні в 1201 (59 %) виявлена андрологічна патологія, 833 (41 %) – здорові. Простатит діагностовано в 140 пацієнтів, простатовезикуліт в 62, орхоепідиміт, епідидиміт, синдром Кляйнфельтера, синдром дель Кастильо – в 578 чоловік. Всім пацієнтам проводилось обстеження на захворювання, що передаються статевим шляхом, при чому в 76 % виявлено хламідійну інфекцію, в 20 % – цитомегаловірусну та герпетичну, в 4 % – мікоплазмоз, уреоплазмоз, гарднерельоз. При дворазовому дослідженні еякуляту пацієнтів в 53 % діагностовано різну ступінь порушення плідності. Олігоспермію I ст. виявлено в 30 % чоловіків, II ст. – в 26,5 %, III ст. – в 21 %, аспермію – в 22,5 %. Ступінь патоспермії при запальних процесах визначається не важкістю патології, а її тривалістю.

Таким чином, у чоловіків з безплідних шлюбів досить часто зустрічаються морфо-функціональні порушення з боку статевих органів, пов'язані з вадами розвитку, безсимптомно перебігаючими запальними процесами, впливом шкідливих факторів (нікотин, алкоголь та ін.). Такий великий відсоток уrogenітальної патології пов'язаний з недостатнім знанням лікарів особливостей розвитку і формування статевих органів у хлопчиків, внаслідок чого не завжди своєчасно проводиться корекція, лікування запальних захворювань геніталій.

УДК: 618.17+616.692]-053.66

ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

В.М. Флехнер, П.В. Кацуба, А.О. Котик, О.Є. Стельмах, Н.І. Багній

Кафедра акушерства та гінекології

Охорона репродуктивного здоров'я підлітків та молоді залишається актуальним питанням. Анонімне анкетування 100 хлопців та дівчат шкільного віку (9,10,11 класи), проведене в середніх навчальних закладах м. Тернополя, показало ранній початок статевого життя (16,4 роки), відсутність використання контрацептивів, або застосування неефективних і невідповідних засобів попередження вагітності. Виявлений низький рівень інформованості підлітків з проблем планування сім'ї. Більше половини підлітків переривають свою вагітність шляхом позалікарняних абортів. Динаміка здоров'я дівчаток-підлітків має виражену негативну тенденцію. 53 % опитаних школярок звертались до дитячого гінеколога в зв'язку із наявністю відхилень в стані здоров'я, і тільки 23 % з питань контрацепції. Суттєво збільшується кількість хворих на захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), які значно впливають на фертильність. Ранній початок статевого життя, недостатні знання про методи контрацепції і ЗПСШ, збільшують ризик настання небажаної вагітності, призводять до збільшення штучних абортів або пологів і ЗПСШ.

Тому, пріоритетним напрямком в роботі повинно бути створення програм санітарної просвіти з питань контрацепції і ЗПСШ в молоді, заохочення використання презервативів, пропаганда здорового способу життя. Для надання адекватної психологічної і медико-соціальної допомоги підліткам обох статей необхідне створення молодіжних центрів.

СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ

О.І. Хлібовська

Кафедра акушерства та гінекології ФПО

Проблема народження здорової дитини є актуальною в сучасному акушерстві. Дані вітчизняних та зарубіжних авторів переконливо свідчать, що вірус цитомегалії є однією з найчастіших причин розвитку патології вагітності та плоду. Чим менший гестаційний вік плоду в момент інфікування, тим більш генералізованим є процес і більш виражені пошкодження.

Мета нашої роботи – діагностика стану фетоплацентарного комплексу при цитомегаловірусній інфекції (ЦМВІ).

Нами обстежено 50 вагітних з ЦМВІ. Наявність цитомегаловірусної інфекції підтверджувалось імуноферментним аналізом крові на цитомегаловірус. Стан фетоплацентарного комплексу оцінювали при ультразвуковому обстеженні. За даними УЗД: в I триместрі вагітності у 54 % обстежуваних виявлено низьке розташування плаценти, у 20 % – потовщення хоріону, у 42 % – наявність ознак загрози переривання (локальний чи загальний гіпертонус міометрію). В II, III триместрах у вагітних даної групи виявлено: збільшення товщини плаценти з ущільненнями в ділянці базальної мембрани у 31 %, у 88 % – гіперехогеність кишківника, у 29 % – знижену рухову активність плода, у 11 % – синдром затримки розвитку плода, у 12 % – зміна кількості навколоплідних вод та у 46 % – передчасне дозрівання плаценти.

Таким чином, при проведенні досліджень виявлені зміни, які можуть бути маркерами ранньої діагностики змін фетоплацентарного комплексу при внутрішньоутробному цитомегаловірусному інфікуванні.

УДК:618.14-005.1-06:616.98/.99]-097

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ІМУННОГО ЗАХИСТУ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ДМК У ПОЄДНАННІ З TORCH-ІНФЕКЦІЄЮ

С.В. Хміль, Л.С. Лимар, С.М. Геряк, І.М. Маланчин, О.В. Помазанський, Н.А. Лимар

Кафедра акушерства і гінекології медичного факультету

Метою нашого дослідження було визначення особливості змін показників імунної системи у жінок з дисфункціональними матковими кровотечами дітородного та клімактеричного віку на фоні трихомонозу, хламідіозу, уреоплазмозу, цитомегаловірусної інфекції.

Нами обстежено 20 жінок з ДМК дітородного та клімактеричного віку без інфікування і 42 жінки таких же вікових категорій, у яких виявлена TORCH-інфекція. Для контролю обстежено 20 здорових жінок відповідного віку.

Досліджувались показники імунного статусу, а саме: загальна популяція Т-лімфоцитів, Т-хелпери, Т-супресори, В-лімфоцити під час маткової кровотечі та після комплексного лікування. Відмічалось достовірне зниження показників імунної системи у жінок з ДМК. У хворих з ДМК у поєднанні з хронічним інфікуванням ці показники були значно нижчими, ніж в попередній дослідній групі. Після застосування комплексного лікування у жінок з ДМК показники імунітету нормалізувались, а у пацієнтів з ДМК у поєднанні з хронічним інфікуванням, показники усіх досліджуваних ланок імунітету залишались значно нижчими від контрольної групи.

Таким чином, у жінок, які страждають ДМК спостерігається зниження імунного захисту. При поєднанні ДМК з хронічним інфікуванням TORCH-інфекцією показники імунітету ще більше знижуються, що свідчить про необхідність розробки комплексного підходу до лікування цієї патології.

ДИТЯЧІ ХВОРОБИ

УДК: 616. 61 – 008.6 – 053.4.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Л.Л. Абрамова, Ю.В. Зубкова, А.В. Грицай

Кафедра загальної та клінічної патофізіології
Одеський державний медичний університет

Метою даної роботи було дослідження функціонального стану нирок у дітей дошкільного віку в умовах водного та водно-сольового навантаження.

В дослідженні приймали участь діти у віці 6-7 років в кількості 30 чоловік. Використовували у перший день водне навантаження, а на другий день – водно-сольове 0,5% розчином хлориду натрію в об'ємі 0,5% від маси тіла. Через 1 годину визначали діурез, осмоляльність, рН, концентрації білку, креатиніну, нітритів, фосфатів, амонію, кальцію та сечової кислоти. Розраховували екскреції цих речовин. Аналізували мікроскопію осаду сечі.

Отримані результати свідчать про те, що об'єм діурезу достовірно зменшується при сольовому навантаженні, при цьому відносний діурез падає в 2,5 рази. При сольовому навантаженні екскреція креатиніну в 2 рази менша. Концентрації всіх речовин, які ми визначали, дещо вищі при сольовому навантаженні, але їх екскреції зменшуються в 1,5-2 рази. Екскреція нітритів падає в 3 рази.

В осаді сечі знайдені лейкоцити в кількості 401 після сольового навантаження та 453 – після водного.

Відомо, що у дітей є певні відмінності у функції нирок. Отримані результати свідчать про те, що у дітей дошкільного віку підтримка осмотичного та натрієвого гомеостазу відбувається завдяки механізмам, аналогічним тим, які відбуваються в організмі дорослої людини.

УДК: 616.248-06:616.71-007.243]-053.2

ЗМІНИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НА ФОНІ РІЗНИХ ФОРМ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ

Н.В. Банадига, І.В. Кміта

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти

На базі консультативно-лікувального центру Тернопільської державної медичної академії проводилось вивчення мінеральної щільності кісткової тканини методом двохфотонної рентгенівської денситометрії на рівні L1-L4 у 22 дітей, хворих різними формами бронхітів (гострий бронхіт (ГБ) - 13,6 %, рецидивний (РБ) – 36,4 %, хронічний (ХБ) – 50,0 %). За результатами обстеження істотне розрідження кісткової тканини виявлено у 36,3 % хворих, причому половину склали діти, у яких дефіцит насичення кісткової тканини кальцієм був в межах I, II і III ступенів – порівно відповідно у 25,0 %.

Найбільш виражене розрідження кісткової тканини відмічалось у дітей з ХБ: остеопенія I ступеня – у 26,1 % обстежених, II і III – порівно по 14,2 %. При РБ лише у 20,0 % дітей діагностовано зниження щільності мінеральної тканини в межах остеопенії I ступеня ($Z = -1,025$), у пацієнтів із ГБ остеопенічних змін в кістках не виявлено.

Таким чином, висока частота порушень мінеральної щільності кісткової тканини при хронічних і рецидивних захворюваннях органів дихання вимагає цілеспрямованої профілактики.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПЕНІЙ У ДІТЕЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Н.В. Банадига, І.О. Рогальський, Рибіна Т.В.

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти

Цілеспрямоване обстеження дітей із бронхіальною астмою виявило у 57,14 % випадків остеопенію різного ступеня. З метою корекції порушень кальцій-фосфорного обміну та мінеральної щільності кісток призначалися комплекси диференційованого лікування: І група (n=14) отримувала біокальцевіт, ІІ група (n=14) – гліцерофосфат кальцію + відеїн. Катамнестичне спостереження за пацієнтами впродовж двох років та повторне денситометричне обстеження поперекового відділу хребта встановили наступне. Перше, досягнуто нормалізації вмісту кальцію ($P < 0,05$) в крові, а поряд з цим позитивних змін зазнали рівень фосфору, магнію та лужної фосфатази. Друге, у дітей І групи у 57,14 % випадків спостерігається покращення мінералізації поперекового відділу хребта: збільшився вміст кальцію у кістковій тканині на 14,00-28,00 %, покращилися показники морфометрії та мінеральної щільності. У хворих, які отримували ІІ схему лікування, позитивних зрушень за даними денситограми досягнуто у 63,64 % випадків. При цьому у 45,45 % дітей показники денситометрії відповідали фізіологічним.

Катамнестичне спостереження за дітьми, в котрих бронхіальна астма супроводжувалася остеопенією встановило, що тривала комплексна терапія призвела до істотного покращення стану мінералізації кісток.

УДК: 616.611-002-017.1-053.2

СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМИ

Борак І.В., Федорців О.Є.

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Все більшого поширення в останні роки серед дитячого населення Тернопільської області набуває гломерулонефрит. Було обстежено 20 пацієнтів. Дослідження показують, що цим захворюванням страждають переважно діти віком від 10 до 14 років, значно рідше 6-8 років. Серед дитячого населення частіше зустрічаються випадки гострого гломерулонефриту, а рідше спостерігаються хронічні форми.

Метою дослідження було проаналізувати стан імунної системи у дітей з гломерулонефритами.

З наукових джерел відомо, що запалення при гломерулонефриті має імунний характер, тому до складу патогенетичної терапії цього захворювання входять глюкокортикостероїди (ГКС). Ці препарати відносяться до групи імунодепресантів.

Відмічено, що ГКС застосовуються переважно для лікування нефротичної форми гострого гломерулонефриту тривалістю 14-21 день.

Анамнез захворювання показав, що у третини пацієнтів провокуючими факторами у розвитку гломерулонефриту були перенесені захворювання: ангіна, ГРВІ, переохолодження, скарлатина.

Для оцінки стану пацієнтів було вирішено провести імунологічне обстеження. У 10 (73 %) дітей спостерігалось підвищення рівня Ig M, а у 4 (27 %) дітей цей показник був у межах норми. У 9 (60 %) дітей виявлено зниження рівня Ig A, у 5 (33 %) цей показник був у межах норми, у 1 (7 %) дитини підвищений. Циркуючі імунні комплекси (ЦІК) підвищені у 10 (67 %) дітей, у 3 (20 %) дітей цей показник в нормі, а у 2 (13 %) дітей – знижений. Тенденція до підвищення даного показника спостерігається у гострому періоді захворювання.

На основі отриманих даних можна зробити висновок: підвищення рівня Ig M та зниження рівня Ig A є проявом пригнічення гуморального імунітету у дітей, а підвищення рівня ЦІК – це аутоімунний процес, що відбувається в організмі.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ВИХОВАНЦІВ КОРОПЕЦЬКОЇ ШКОЛИ-ІНТЕРНАТУ

Воронцова Т.О., Цідилко У.М.

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Був оцінений фізичний розвиток 156 дітей Коропецької школи-інтернату. Досліджували ріст і масу тіла за центильними таблицями з подальшим визначенням гармонійності фізичного розвитку. За отриманими даними, середній гармонійний розвиток спостерігався лише в 32,7 % (51 дитина), низько середній гармонійний – в 7,1 % (11) дітей. 1 дитина (0,6 %) мала високий гармонійний розвиток. По анамнезу, в основному це діти-напівсироти або діти, що мають батьків, але навчаються у школі-інтернаті.

36 дітей (23,1 %) мали тенденцію до відставання в фізичному розвитку, що оцінено як низький гармонійний розвиток.

Грубим порушенням фізичного розвитку є низький дисгармонійний розвиток, який був виявлений у 52 дітей (33,3 %). З них низько середній дисгармонійний з дефіцитом маси тіла I ст. мали 16,0 % (25 дітей), низький різко дисгармонійний з дефіцитом маси тіла II ст. – 17,3 % (27 дітей). Основну масу цих дітей (86 %) склали діти-сироти, які постійно проживають в школі-інтернаті. Причинами дисгармонійності фізичного розвитку є поєднання декількох факторів: соціальних, емоційно-психологічних, медичних (наявність хронічної соматичної патології, тубінфікованість), економічних (нераціональне харчування).

УДК: 616.233-06:574.23

ВПЛИВ ЗАБРУДНЕННЯ ПОВІТРЯ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ РЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ

М.Г. Гінгуляк

Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики
Буковинська державна медична академія

Було вивчено вплив аерополітантів у повітряному басейні м. Чернівці на клінічні прояви підвищеної реактивності бронхів у дітей з повторними епізодами обструкції бронхів. Відмічено, що забруднення повітря в місцях проживання дітей такими політантами, як пил, SO₂, CO і бенз(а)піреном значно не впливало на клінічні прояви гіперактивності бронхів. Це підтверджується відсутністю достовірного кореляційного зв'язку між концентрацією цих політантів в атмосфері і частотою епізодів обструкції бронхів. Встановлений сильний позитивний зв'язок між частотою бронхообструктивного синдрому у дітей і концентрацією NO₂ в атмосфері в місцях їх проживання ($r=0,77$, $P=0,13$). Одночас, відсутність достовірності виявленого зв'язку не дозволяє стверджувати, що вказаний аерополітант є визначальним фактором в розвитку повторних епізодів бронхіальної обструкції в обстежених дітей.

Таким чином, вказані політантанти в місцях проживання дітей, мабуть, безпосередньо не впливають на клінічні прояви реактивності дихальних шляхів, а змінюють її неопосередковано або за рахунок ефекту змішування неврахованих факторів.

УДК: 616.34 – 009.11 – 07/ - 08) – 053.2.

АНАЛІЗ, ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПОРАМИ

Л.В. Гордієнко

Хірургічне відділення
Миколаївська обласна дитяча лікарня

У 2000-2001 роках в хірургічне відділення ОДЛ м. Миколаєва були запрошені на обстеження та лікування діти з хронічними запорами з усіх районів області. Обстежено 32 дітей за планом:

- збір анамнезу;
- загальноклінічні та біохімічні аналізи (в тому числі потові проби);
- ректоскопія;
- ірригоскопія, ірригографія.

Оперована одна дитина, Ds: хвороба Гіршпрунга, агангліоз ректосигмоїдної зони

Повторні курси консервативного лікування призначалися 5 дітям.

Дисфункція сечового міхура відзначена у 14 обстежених дітей.

Розщеплення дужок хребця попереку та крижня констатовано у 2 дітей.

Висновки:

1. До розладу функцій випорожнення товстого кишечника призвели перенесені в ранньому віці кишкові інфекції, а не вроджені вади розвитку стінки товстої кишки.

2. При правильному методичному консервативному лікуванні необхідності в оперативному лікуванні немає – ризик ускладнень від операції перевищує очікуваний результат.

3. Діти, оперовані з приводу вроджених вад розвитку прямої та ободової кишки, потребують 2-3 курси відновлюючої консервативної терапії.

УДК:616.379-008.64-06:[616.12-072.7]-053.2

МОЖЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ДІАБЕТИЧНИХ КАРДІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ

В.Б. Кіндрацька

Кафедра шпитальної та факультетської педіатрії

З метою виявлення діабетичних ускладнень з боку серцево-судинної системи нами обстежено 38 дітей з цукровим діабетом I типу віком від 8 до 15 років з терміном захворювання від маніфестації до 12 років. У 73 % дітей був важкий перебіг ЦД в стані суб- чи декомпенсації. Всім дітям проводили інтегральну реографію (ІРГ) та кардіоінтервалографію (КІГ) з кліноортостатичною пробою.

В результаті досліджень за даними ІРГ у 17 (44,7 %) дітей спостерігався гіперкінетичний тип гемодинаміки, переважно при маніфестації та тривалості ЦД до 5 років, що має компенсаторний характер і спрямований на покращення кровопостачання життєво важливих органів. У 13 (34,3 %) дітей встановлено гіпокінетичний тип гемодинаміки, який розвивається внаслідок поступового виснаження і порушення функції міокарду. У 6 дітей (15,8 %) діагностовано діабетичну міокардіопатію.

За даними КІГ у 28 дітей (73,7 %) виявлені вегетативні дисфункції, з перевагою симпатичних впливів, а у 4 (10,5 %) дітей – ознаки автономної нейропатії серця з парасимпатичною недостатністю.

Факторами ризику виявлених ускладнень є пубертатний вік, тривалість ЦД більше 5 років, та лабільний його перебіг.

Отже, в клінічній практиці для діагностики ранніх субклінічних проявів ураження серцево-судинної системи при цукровому діабеті у дітей доцільно оператися на дані функціональних методів дослідження.

УДК: 616.8-0532:546.15

НЕРВОВО-ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ В РАЙОНАХ З ДЕФІЦИТОМ ЙОДУ

Н.В. Кроха

Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики
Буковинська державна медична академія

В теперішній час особливу актуальність набуває проблема порушення нервово – психічного розвитку в дітей, які мешкають в районах з дефіцитом йоду.

Метою нашого дослідження було проаналізувати показники нервово – психічного розвитку у дітей із йододефіцитного регіону шляхом вивчення рівня інтелекту, особливостей психоемоційної сфери та розумової працездатності.

Нами обстежено 399 школярів у віці 10-16 років, які проживають у районах із різним ступенем йодного забезпечення Чернівецької області. Результати дослідження показали, що діти, у більшій частині, мають середній ступінь інтелектуального розвитку (58,9 %). По мірі наростання йодного дефіциту рівень інтелектуальної сформованості змінювався в бік зниження. Так, серед дітей, що проживають у зоні легкого ступеня йодного дефіциту частка з високим рівнем розвитку склала від 22,7 до 14,6 %, тоді як серед дітей із зони мешкання з помірним ступенем дефіциту йоду 10,3-9,2 % осіб ($p < 0,05$). Аналіз психологічної характеристики дітей, які проживають в різних районах йодного забезпечення показав, що більш замкнуті, схильні до самоаналізу, пасивні, стримані – інтроверти – переважають в зоні з помірним ступенем дефіциту йоду. Відсоток емоційно лабільних дітей з помірним йододефіцитом склав 33,4 %, серед дітей з легким йододефіцитом – 25,7 %, а емоційно стабільних – відповідно 66,6 % та 74,3 %. Порівнюючи показники швидкості читання дітей у залежності від зони проживання, виявлена вірогідна різниця. Так, діти, які проживають у зоні з легким ступенем йодної недостатності, читають ($172,0 \pm 1,1$) слів за 1 хвилину, в той час, як діти, які мешкають у зоні з середнім ступенем йодної недостатності – ($141,3 \pm 9,6$) слів за 1 хвилину ($p < 0,05$). Продуктивність та точність виконання роботи змінювалися в сторону зниження по мірі наростання йодного дефіциту. Таким чином, нами виявлено погіршення показників нервово – психічного розвитку у дітей, які проживають у районах з різним ступенем йодного дефіциту.

УДК: 616.32 – 018.73 – 009.81] – 053.2

РОЛЬ РЕФЛЮКСІВ В УРАЖЕННІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ ДІТЕЙ

В.Ф. Лобода, В.Є. Бліхар, Ю.І. Бутницький

Кафедра педіатрії факультету післядипломної освіти

Метою даної роботи було, встановити частоту хронічних езофагітів (ХЕ) і дуоденогастральних рефлюксів (ДГР), їх взаємозв'язок і вплив на ступінь пошкодження слизової стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК). В міській дитячій лікарні Тернополя проведено 608 езофагогастроуденоскопій фіброскопами фірми “Olympus” GIF PQ 20 і Р 3. Серед обстежених дітей віком до 7 років було 5 осіб (0,8 %), віком від 7 до 11 років (1 група) – 136 (22,4 %) та від 12 до 15 (2 група) – 467 (76,8 %).

ХЕ виявлено в 86 хворих: з 1 групи в 27,9 % і з 2 групи в 72,1 %. ХЕ I ст. зустрічався в 16,3 % хворих з 1 групи і в 54,6 % з 2 групи, ХЕ I-II ст. відповідно в 3,5 і 9,3 % хворих, ХЕ II ст. – в 8,1 і в 7,0 % хворих і ерозивний езофагіт III ст. тільки в 1,2 % в 2 віковій групі. При чому, ХЕ I ст. Поєднувався з ДГР в 41 % випадках. З них ДГР I ст. відмічався в 1 групі в 1,7 %, а в 2 групі в 18,0 %, ДГР II ст. в 1 групі становив 3,3 %, а в 2 групі 13,1 %. ДГР III ст. Виявлено лише в 2 групі і тільки в 4,9 % хворих. Було по одному випадку, коли ХЕ II ст. суміщався з ДГР I і III ст. і два випадки, коли він був пов'язаний з ДГР II ст. ДГР виявлено у 127 хворих, 23,6 % відносилось до 1 групи і 76,4 % до другої. ДГР I ст. в 1 групі був в 14,9 % хворих, в 2 групі в 38,6 %. При чому, він поєднувався з поверхневим гастритом у всіх випадках серед хворих 1 групи і в 87,8 % серед хворих 2 групи. В 12,2 % хворих з 2 групи ДГР I суміщався з гіперпластичним гастритом. ДГР II ст. в 1 групі був у 7,1 % хворих, а в 2 групі у 29,9 %. Переважно він поєднувався з поверхневим гастритом в 77,8 % хворих з 1 групи і в 92,1 % в хворих з 2 групи. Було по два випадки його асоціації з субатрофічним, гіперпластичним і ерозивним гастритами. ДГР III ст. в 1 групі виявлено у 1,6 % хворих, в 2 групі в 7,9 %. З усіх них у 10 хворих був поверхневий гастрит, і по одному хворому з 2 групи мали субатрофічний і ерозивний гастрити.

Отже, в розвитку ХЕ безумовно провідна роль належить гастроєзофагальному рефлюксу та певна – ДГР. Останній викликає в більшості дітей поверхневі запальні зміни слизової оболонки шлунка, хоча і можливі випадки субатрофічних, гіперпластичних, а то й деструктивних змін.

ОСТЕОПЕНІЧНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ З HBV- І HCV-ІНФЕКЦІЯМИЛобода В.Ф., Кінаш М.І., Боймиструк Т.П., Слободян Л.М., Ходорчук Н.Я., Сагаль І.Р., Шідловська Н.В., Балацька Н.І., Понятишин *Н.Й.*

Кафедра педіатрії ФПО

Метою роботи було вивчити вплив HBV- і HCV-інфекцій у дітей з гепатобіліарною патологією на стан кісткової тканини (КТ). Тривалість захворювання склала від 1 до 9 років. HBV- і HCV-інфекції перебігали у безжовтяничній малосимптомній або безсимптомній формах. Під спостереженням перебувала 31 дитина. Серед них переважали хлопчики – 22 (66,7 %). Усі діти в минулому мали часті медичні маніпуляції: внутрішньом'язові, підшкірні, внутрішньошкірні чи довенні ін'єкції, профілактичні щеплення, аденотомію, езофагофіброгастроуденоскопію, апендектомію, стоматологічні втручання тощо). Для верифікації діагнозу всім дітям виконували загальноприйняте клініко-лабораторне обстеження, біохімічний аналіз крові, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, імуноферментний аналіз крові для визначення маркерів HBV- і HCV-інфекцій, денситометрію перших чотирьох поперекових хребців методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії. Після проведеного обстеження у 12 (38,7 %) осіб (І група) виявлено маркери вірусного гепатиту В, у 16 (51,6 %) пацієнтів (ІІ група) – маркери вірусу гепатиту С, а у 3 (9,7 %) – поєднання цих двох інфекцій. За результатами денситометрії в 14 (45,2 %) хворих мінералізація кісток була в межах вікової норми, в 17 (54,8 %) відмічалася її зниження. Зокрема, остеопенія І ступеня (ст.) виявлена в 4 (12,9 %) обстежених, ІІ ст. – в 6 (19,3 %), ІІІ ст. – в 2 (6,5 %), остеопороз – у 5 (16,1 %). Зниження МЦКТ зустрічалася однаково часто в обох групах, але більш вираженим було у хворих ІІ групи (у кожній четвертій дитини діагностовано остеопороз). Це можна пояснити значно вираженою пошкоджуючою дією вірусу гепатиту С на гепатоцити, ніж вірусу гепатиту В, навіть при безжовтяничних малосимптомних і безсимптомних формах.

УДК: 616.34 – 022 – 036.11 – 008.9 – 053.2] – 085.246.9

ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗЧИНІВ ДЛЯ ОРАЛЬНОЇ РЕГІДРАТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ*В.Ф. Лобода, Н.В. Мазур*

Кафедра педіатрії ФПО

Успішна корекція водно – електролітного балансу є одним із основних аспектів патогенетичної терапії гострих кишечних інфекцій (ГКІ).

Було обстежено 35 дітей з ГКІ різної етіології віком від 1 місяця до 3 років. Симптоми дегідратації відповідали І – ІІ ступеню ексикозу. Проведено порівняння ефективності оральної регідратації в двох групах хворих.

І групу склали 18 (51,4 %) пацієнтів, з них до 1 року 12 (34,2 %) дітей, ІІ групу – 17 (48,6 %) обстежених, з них грудного віку 8 (22,9 %) хворих.

В І групі для корекції ексикозу застосовували глюкозо-солевий розчин “Гастроліт”, в ІІ групі – “Регідрон” в загальноприйнятому дозуванні. Ефективність регідратаційної терапії враховувалася за тривалістю періоду ексикозу.

Спостереження показали, що використання “Гастроліту” забезпечило зникнення ознак дегідратації протягом 6 – 8 год. у 12 (34,2 %) обстежених та протягом 9 – 12 год. у 6 (17,1 %) дітей. В ІІ групі відновлення водно-електролітного балансу спостерігалася через 6 – 8 год. у 5 (14,3 %) пацієнтів, через 9 – 12 год. у 8 (22,9 %), а в 4 (11,4 %) обстежених відмічалася блювота та відмова від прийому регідрону.

Таким чином, гастроліт є збалансованою водно-електролітною сумішшю, яка забезпечує успішну оральну регідратацію у дітей грудного та раннього віку з ГКІ.

СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОБ'ЄМУ УРАЖЕНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У ДІТЕЙ

В.Ф. Лобода, Н.Й. Понятишин, Н.В. Шідловська, Н.І. Балацька, Кінаш М.І., Боймиструк Т.П.

Кафедра педіатрії ФПО

Метою нашого дослідження було виявити залежність змін кісткової тканини від об'єму уражень внутрішніх органів у дітей. Обстежено 30 хворих віком від 7 до 14 років, серед них хлопчиків – 43,3 %, дівчаток – 56,7 %. Всім обстежуваним проводилися загальноприйняті параклінічні методи дослідження, а також вивчалася мінеральна щільність кісткової тканини (МЩКТ) на денситометрі DPX-A (Lunar, USA). У 12 (40,0 %) дітей МЩКТ була в межах норми, остеопенія I ступеня відмічалася у 4 (13,3 %) обстежуваних, остеопенія II ступеня – у 8 (26,7 %), остеопенія III ступеня – у 2 (6,6 %), остеопороз – у 4 (13,3 %). Проаналізувавши групу дітей із зниженою мінеральною щільністю кісткової тканини, можна відмітити ураження декількох систем організму. Зокрема, дискінезії та запальні захворювання жовчовивідних шляхів зустрічалися у 100,0 %, хронічний гастродуоденіт – у 11 (61,1 %), вторинна міокардіодистрофія – у 16 (88,9 %), порушення постави або сколіоз – у 15 (83,3 %), відставання в фізичному розвитку – у 5 (27,7 %) пацієнтів. Отже, із збільшенням об'єму хронічно уражених органів і систем глибшими стають зміни кісткової тканини.

УДК: 616.126.42-06:616.71-007.234+616.3-036.12]-053.2

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ СТУПЕНЕМ ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ТА МІНЕРАЛЬНОЮ ЩІЛЬНОСТЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

В.Ф. Лобода, Н.В. Шідловська, Н.Й. Понятишин, Н.І. Балацька, Кінаш М.І., Боймиструк Т.П.

Кафедра педіатрії ФПО

Актуальною проблемою педіатрії була та залишається хронічна патологія органів гастродуоденальної та гепатобіліарної систем. Обстежено 28 дітей, яким окрім загальноклінічних обстежень було проведено ехокардіоскопію та двофотонну рентгенівську абсорбціометрію перших 4 хребців (денситометром “Lunar” DPX-A). У 26 пацієнтів (92,9 %) виявлено пролапс мітрального клапана (ПМК), у 17 (60,7 %) – зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), генез яких на сьогоднішній день не є до кінця вивченим.

Мета роботи - виявити взаємозв'язок між ПМК та МЩКТ. Діти розподілені на 3 групи за ступенем ПМК. I групу склали 2 (7,1 %) пацієнти без пролабування стулок, II – 22 (78,6 %) з пролапсом I ступеня, III – 4 (14,3 %) з II ступеня. Щодо I групи, то нормальна МЩКТ і остеопенія I ступеня зареєстровані по 1 (3,6 %) випадку. Відсотковий перерозподіл стану кісткової тканини серед дітей II групи: остеопороз та норма спостерігалися по 7 (25,0 %) випадків, остеопенія I та III ступеня – по 3 (10,7 %), остеопенія II ступеня – у 2 (7,1 %) пацієнтів. Нормальна МЩКТ була в усіх 4 (14,3 %) хворих III групи. Отже, прямої залежності між станом клапанного апарату серця та змінами кісткової системи дітей за такої кількості обстежених не виявлено. Однак, у II групі, яка була більш чисельною, зниження МЩКТ відмічалася у 68,2 % випадків. Це зумовлює подальше вивчення даної проблеми.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З HELICOBACTER PYLORI У ДІТЕЙ

В.Ф. Лобода, О.М. Шульгай, Н.І. Балацька

Кафедра педіатрії ФПО

Метою роботи було вивчити ефективність різних методів лікування дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД), асоційований з *Helicobacter pylori* (Hр). Під спостереженням знаходилося 62 дітей у віці від 11 до 15 років (88,7 %). Серед них дівчаток було 40,3, хлопчиків – 48,4 %. В залежності від призначеного лікування хворі були розподілені на чотири групи (I-IV). У I групу увійшло 28 (45,1 %) дітей, які одержували де-дол, метронідазол, флемоксин (12-19,4 %). Хворі III групи поряд з де-нолом одержували озоновану обліпихову олію (12-19,4 %). Дітям IV групи призначали тільки обліпихову олію. Фізіотерапевтичні процедури, антисекреторні препарати, прокінетики, дієта, режим в усіх групах спостереження призначалися за загальними принципами.

Ефективність проведеного лікування оцінювали за динамікою провідних клінічних синдромів ХГД, ендоскопічної картини, кислотоутворюючої функції шлунка, ерадикації Hр.

Найвища динаміка зазначених показників відмічена в III групі. Ерадикація Hр у ній склала 91,7 %, в I – 82,3 %, в II – 66,7 %, в IV – 56,4 %.

Отже, обліпихову олію доцільно рекомендувати для включення в комплексне лікування ХГД, асоційованого з Hр.

ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ КАРДІОІНТЕРВАЛОГРАФІЇ В ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ГАСТРОДУОДЕНІТАМИ

В.Ф. Лобода, О.Р. Ясній, Н.І. Балацька, О.Р. Боярчук, М.І. Кінаш, Б.Д. Фіра

Кафедра педіатрії ФПО

Обстежено 60 хворих віком від 7 до 14 років. У всіх дітей діагностовано хронічний гастродуоденіт в фазі загострення. Поряд із клінічними та лабораторно-інструментальними дослідженнями було вивчено показники кардіоінтервалографії (КІГ). У значної частини хворих, крім симптомокомплексу основного захворювання, спостерігалися прояви вегетативної дистонії – червоний або білий дермографізм, знижений апетит, частий головний біль, гіпергідроз або сухість шкірних покривів, тахі- або брадикардія. Аналіз результатів дослідження КІГ виявив різні типи вегетативної реактивності у обстежених дітей. Нормальна вегетативна реактивність (ВР) була діагностована у 40,0 % пацієнтів, гіперсимпатикотонічна – у 36,7 % хворих, асимпатикотонічна – у 23,3 % дітей. Проаналізувавши тривалість захворювання та вік пацієнтів, було встановлено, що у дітей з нормальною та гіперсимпатикотонічною ВР тривалість захворювання становила (2,49±1,88) та (3,02±1,98) р відповідно, а вік – (2,21±1,84) та (13,1±1,22) р. У хворих з асимпатикотонією тривалість захворювання була найдовшою і склала (3,57±1,68) р, а середній вік найнищим – (11,5±1,0) р.

Виявлені ознаки вегетативної дисфункції свідчать про необхідність перегляду схем лікування дітей з хронічним гастродуоденітом, дозволить цілеспрямовано застосовувати вегетотропні препарати. Особливої уваги потребують діти, у яких захворювання починається в більш ранньому віці та хворі з тривалим перебігом захворювання і асимпатикотонічною ВР. У цих пацієнтів спостерігаються низькі можливості адаптації, що клінічно проявляється в більш короткому періоді ремісії та вираженості загострення.

СПОСІБ ЕЛЕКТРОТЕРАПІЇ

С.О. Никитюк

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Для відновного лікування хворих з патологією органів дихання використовуються немедикаментозні методи лікування, що мають вплив на різні напрямки саногенезу, підвищують функціональну активність регулюючих систем, які можуть бути використані у хворих з факторами ризику захворювань органів дихання на різних стадіях паталогічного процесу, так і з метою його профілактики. Під спостереженням знаходилось 28 дітей у віці від 7 до 12 років.

В основу винаходу (11) 44792 поставлено задачу удосконалити спосіб лікування захворювань проведенням електротерапії шляхом стимуляції зон інервації біполярним електричним струмом, що забезпечило б йому широкі функціональні можливості та підвищило ефективність лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі електротерапії шляхом стимуляції хворих органів електричним струмом за допомогою електродів, згідно винаходу, стимуляцію здійснюють імпульсним біполярним струмом величиною 1-250 мк. А при напрузі 12-18 В частотою 0,1-40 Гц протягом 15-20 хв. причому один із електродів накладають на ділянку шийних хребців С1-С7, а інші електроди – на центри інервації хворих органів. Величину струму імпульсів стимуляції встановлюють нижче больового порогу чутливості пацієнта.

Після проведеного лікування відмічалось покращення клінічного стану хворих, значним покращенням бронхіальної прохідності, підвищенням життєвої ємності легень, потужності вдиху і видиху. Запропонований спосіб електротерапії скорочує термін лікування, підвищує ефективність лікування, не приводить до ускладнень.

УДК:616.915-036-053.3/6

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

В.В. Павліковська, Н.Л. Червонна, Н.Є. Боцюк, О.Р. Ясній, Г.Б. Сусла

Кафедра поліклінічної справи та сімейної медицини

Кір – гостре інфекційне захворювання, яке характеризується загальною інтоксикацією, запаленням верхніх дихальних шляхів, слизової оболонки ротової порожнини, зівя, очей і макулопапульозним висипом та має високий рівень контагійності. У зв'язку з тим, що сучасні вакцини проти кору високоефективні, а також те, що в природі не існує іншого резервуару інфекції, крім людини, є можливим досягти повної ерадикації збудника кору. За останні п'ять років динаміка захворюваності на кір у дитячого населення міста Тернополя виглядала наступним чином: у 1997 році зареєстровано 19 випадків (4,0 на 10 тис.), у 1998 році – 12 випадків (2,6 на 10 тис.), у 1999 році – 6 випадків (1,3 на 10 тис.), у 2000 році – 2 (0,4 на 10 тис.), у 2001 році - 256 дітей, що захворіли на кір (56,9 на 10 тис.). Нами проведено аналіз захворюваності на кір по другому педіатричному відділенню Тернопільської міської дитячої поліклініки за 9 місяців 2001 року. Всього зареєстровано 85 випадків. Із них 51,76 % хлопчиків (44); 48,24 % дівчаток (41). В першому кварталі захворіло 7 дітей (8,24 %), в II кварталі – 76 дітей (89,41 %) і в III кварталі – 2 дітей (3,53 %). За віком хворі були розподілені: до 1 року – 3,53 %, 1-6 років – 21,18 %, 7-14 років – 75,29 %. В усіх випадках захворювання мали місце типові форми, серед яких легкої тяжкості – 69,41 %, середньотяжкої – 28,24 % і тяжкої – 2,35 %. У шестидесяти семи дітей (78,22 %) було діагностовано кон'юнктивіт, у шести дітей (7,06 %) діагностовано пневмонію, у двох (2,35 %) – катаральний отит. Діти із важкими формами захворювання знаходились на стаціонарному лікуванні. Проведений аналіз свідчить про необхідність ревакцинації у старших дітей, що є передбачено Наказом МОЗ України № 276 від 31.10.2000р.

УРОДЖЕНІ ДИЗМОРФОЗИ ПРИ ВАДАХ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ*Н.І. Підвисоцька*Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики
Буковинська державна медична академія

Уроджені вади серцево – судинної системи (УВС) зустрічаються із частотою 8:1000 живонароджених і є однією із основних причин дитячої захворюваності, інвалідності і смертності. Нозологію УВС важко розпізнати у період новонародженості, тому наявність у пацієнтів стигм дизембріогенезу є основою для консультації генетика, а при необхідності, проведення цитогенетичного дослідження.

Об'єктом дослідження були діти віком від 0 до 14 років з різними формами УВС – основна група (38), контрольну групу склали практично здорові діти відповідного віку (36). У 15 (39,5 %) дітей основної групи діагностовані конотрункальні вади: тетрада Фалло, транспозиція магістральних артерій, коарктація аорти, стеноз легеневої артерії. Саме ці вади рано маніфестують і потребують невідкладного втручання лікарів. Решту випадків (60,5 %) становили комбіновані вади та дефекти міжшлуночкової та міжпередсердної перегородок. При клінічному огляді визначали наявність у дітей основної та контрольної груп стигм дизембріогенезу. Загальна частота мікроаномалій у дітей з УВС склала 87,9 %, у контрольній групі – 53,2 %. За структурою це в основному були стигми дизембріогенезу на обличчі (90,7% в основній групі та 67,9 % у контрольній). Виявлено наступні особливості фенотипу: широке перенісся, вузькі носові ходи, великий рот. Із аномалій очей у хворих найбільш часто відмічались вузькі очні щілини, гіпертелоризм, антимонголоїдний розріз очей. Зміни вух малоспецифічні: маленькі, низько розміщені, несиметричні вушні раковини.

Таким чином, важливу роль в оцінці ризику УВС у дитини можуть відігравати уроджені дизморфози, в першу чергу, лицеві аномалії.

УДК 616.391-053.5-085.356-084

ТРИВАЛА ВІТАМІНОПРОФІЛАКТИКА ЯК ФОРМА ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ В УМОВАХ СЕРЕДНЬОЇ ШКОЛИ*В.Я. Підкова, А.О. Шульга*Кафедра пропедевтики дитячих хвороб
Запорізький державний медичний університет

Школа являється місцем активної діяльності дитини в найбільш інтенсивному періоді її розвитку. Напруженість та тривалість навчально-виховного процесу, великий обсяг інформації, стреси та інші умови створюють реальні передумови для виникнення та прогресування хвороб. Неприятлива динаміка основних показників здоров'я дітей та підлітків в періоді їх навчання у школі, перехід гострих захворювань у рецидивуючі та хронічні нагально потребують розробки та впровадження нових форм оздоровлення та реабілітації.

Наша робота присвячена профілактичному напрямку медицини - запобіганню захворюваності у дітей шкільного віку; а формою оздоровлення обрана тривала, 6-місячна (з листопада до травня) вітамінізація препаратом “Ундевіт”. Оскільки протягом декількох років ми спостерігали за станом здоров'я майже 300 школярів, які навчалися у загальноосвітній школі-інтернаті М.Запоріжжя, то мали змогу вивчати захворюваність як у вітамінізованих дітей (дослідна група), так і у невітамінізованих (контрольна група). Окрім цього, вивчався фізичний розвиток дітей, їх фізична та інтелектуальна працездатність.

Результати досліджень показали, що кількість школярів, які не хворіли, дослідної групи значно більша, ніж у контрольній, а індекс пропусків в 1,4 рази нижчий у вітамінізованих учнів в порівнянні з контрольною групою дітей. В дослідній групі відзначено менше школярів з дефіцитом маси. Що стосується показників фізичної та інтелектуальної працездатності, то вони також суттєво відрізнялись від показників контрольної групи школярів та на фоні вітамінопрофілактики мали позитивну динаміку.

Таким чином, тривале профілактичне застосування полівітамінного препарату “Ундевіт” підвищує опірність хворобам у школярів, сприяє поліпшенню показників їх фізичної та інтелектуальної працездатності і може бути використано як ефективна форма оздоровлення дітей шкільного віку.

ОБМІН ЗАЛІЗА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТА РЕЦИДИВУЮЧОМУ БРОНХІТІ У ДІТЕЙ*Погурська С.О.*

Кафедра факультетської та шпитальної педіатрії

Забезпечення організму залізом визначає місцевий та загальний імунітет шкіри та слизових оболонок, тобто їхню резистентність до інфекційних агентів. Наслідком порушень в імунній системі через дефіцит заліза є хронізація захворювань. Нами було проаналізовано 50 історій хвороби дітей із хронічним, рецидивуючим бронхітом. У 25 (50%) хворих супутнім був діагноз дефіцитної анемії: у 21 (42 %) хворого – легкого ступеня; у 3 (6 %) хворих – середньоважка; у 1 (2 %) – важка. Виявлені зміни спонукали нас до дослідження показників обміну заліза у дітей із хронічними бронхолегеневими захворюваннями. З цього приводу обстежено 28 дітей із вищевказаною поєднаною патологією. У 12 (42,8 %) хворих виявлено зниження сироваткового заліза (СЗ) поряд із підвищенням загальної залізовв'язуючої здатності сироватки (ЗЗЗС), а у 11 (39,2 %) хворих визначено підвищення ЗЗЗС та нормальні показники СЗ. Інтегральний показник – латентна залізовв'язуюча здатність сироватки був підвищеним у 17 дітей (69,7 %). Дані обстеження підтверджують залізодефіцитний характер анемії у дітей з хронічною бронхолегеневою патологією.

УДК: 616-018.2-007.17-053.2:[616.12+616-018.4]:616.8-009

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ*О.І. Подліанова*Кафедра госпітальної педіатрії
Запорізький державний медичний університет

Проведено клініко-інструментальне обстеження 166 дітей шкільного віку, що проживають у Мукачівському районі Закарпатської області України (1-а група) та 136 дітей м. Запоріжжя (2-а група). Серед них, синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини (СНДСТ) встановлено у 20 дітей (12,0 %) та у 10 дітей (11,9 %) відповідно. Контрольну групу склали 30 здорових школярів Закарпаття та 21 Запоріжжя.

Клінічні прояви синдрому у дітей 1-ої групи були яскравішими, ніж у школярів 2-ої групи. Так, сколіоз зустрічався у 45 %, порушення постави у 55 %, гіпермобільність суглобів у 65 % дітей, в той час як у дітей Запоріжжя ці показники були відповідно 52,4 %, 47,6 %, 52,4 %, 31,1 %. Вегетативні дисфункції були виявлені у 13 школярів з СНДСТ першої групи та у 7 другої групи.

Структурно-функціональний стан кісткової тканини у дітей Закарпаття визначали за методом ультразвукової денситометрії. Встановлено, що у хворих з СНДСТ був нижчим, ніж у здорових показник щільності кісткової тканини, що спричинювало формування сколіозу. Кореляційний аналіз визначив зниження залежності між STIFF та SOS (швидкістю поширення ультразвукового сигналу, м/с) у дітей з СНДСТ при співвідношенні цих показників у здорових дітей. При проведенні кардіоінтервалографії (КІГ) у школярів Закарпаття, було виявлено зниження рівня функціонування синусового вузла у дітей з СНДСТ ($M_o=0,60\pm 0,03$ сек) у порівнянні з здоровими ($M_o=0,7\pm 0,02$ сек). Парасимпатичний показник (ДХ, сек) при СНДСТ був у 1,5 рази менше, ніж у здорових ($0,2\pm 0,03$ сек проти $0,3\pm 0,02$ сек). Індекс напруження Баєвського у спокої (ІН 1) дозволив оцінити вихідний вегетативний тонус у дітей з СНДСТ як ейтонію, але в ортоположенні він залишався на початковому рівні, що свідчило про порушення компенсаторних механізмів організму та зниження рівня функціонування центрального контуру регуляції серцевого ритму.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СКРІНІНГ-ДІАГНОСТИКИ ОСТЕОХОНДРОПАТІЇ*М.Д. Процайло, О.М. Єдинак, О.Є. Федорців*

Кафедра травматології зі стоматологією та комбустіологією

Важкість ранньої діагностики остеохондропатії (ОХП) обумовлює пізнє розпізнавання хвороби, фактично на стадії незворотніх змін, що обумовлює високий відсоток незадовільних результатів лікування. З цією метою нами проведено комплексне обстеження 180 дітей що мали ОХП. Найчастішою локалізацією ОХП була головка стегнової кістки – хвороба Легг-Кальве-Пертеса. На рентгенограмі кульшових суглобів виявлено локальний остеопороз стегна, даху суглобової впадини, зниження висоти головки, її фрагментацію. При денситометрії поперекового відділу хребта виявлено його остеопенію I-II ступеня, що свідчить про розлади мінерального обміну в усьому організмі. На вершині захворювання (стадія фрагментації) в сироватці крові спостерігалась гіпероксипролінемія. Посилене виведення оксипроліну свідчить про слабкість колагенових волокон сполучної тканини. Зокрема, при ЕХО-кардіоскопії у 80 % випадків дітей хворих на ОХП, виявлено пролапс мітрального клапана різного ступеня. Дисплазію сполучної тканини виявлено також при УЗД органів черевної порожнини – потовщення та розпушування стінок жовчних протоків печінки.

Отже головними ознаками скрінінг-діагностики ОХП є тотальна остеопенія, локальний остеопороз, гіпероксипролінемія, пролапс мітрального клапана, дисплазія гепатобіліарної системи.

УДК 616.379-008.64-06:616.71-003.85]-053.2

ОСТЕОПЕНІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ДІТЕЙ*Сахарова І.Є.*

Кафедра шпитальної та факультетської педіатрії

Відомо, що метаболічні зміни, які виникають при інсулінозалежному цукровому діабеті (ІЗЦД), призводять до порушення процесів формування кісткової тканини. Під нашим спостереженням знаходилось 85 дітей віком від 5 до 14 років, хворих на ІЗЦД. За даними двофотонної рентгенівської денситометрії поперекового відділу хребців у 33 хворих (38,8 %) мінеральна щільність кісткової тканини (МЩКТ) була в межах норми і у 52 пацієнтів (61,2 %) відмічалось її зниження, що вкладалось у поняття остеопенічного синдрому. При цьому у 19 дітей (36,5 %) була діагностована остеопенія I ст., у 11 (21,2 %) - остеопенія II ст., у 9 (17,3 %) - остеопенія III ст. і у 13 хворих (25 %) зниження МЩКТ сягало рівня остеопорозу. Клінічно остеопенічний синдром проявлявся специфічними скаргами (біль в ногах, спині), що найбільш виражено було у дітей з остеопорозом. Крім цього досить часто остеопенічний синдром супроводжувався порушенням постави - 13 пацієнтів (25 %) та сколіозами різного ступеня тяжкості у 15 обстежених (28,8 %).

Таким чином, висока частота остеопенічного синдрому при ІЗЦД у дітей вказує на необхідність моніторингу кісткової системи у цієї групи пацієнтів, що надасть можливість визначати втрату кісткової маси на ранніх етапах.

УДК: 616.3-06:616.71-007.234]-053.2

СТАН КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ*Л.М. Слободян, В.Ф. Лобода, Н.В. Баннадига, Є.Ф. Бузько, Н.Я. Ходорчук, Т.З. Борисова, І.Р. Сагаль, А.О. Луцук*

Кафедра педіатрії ФПО

Під спостереженням перебувало 40 дітей віком від 6 до 15 років з хронічною патологією органів травлення (гастродуоденіт, гепатит, холецистохолангіт). У хворих виявлені клінічні ознаки порушення стану кісткової системи: деформація грудної клітки, порушення постави, сколіоз, плоскостопість та ін.

При біохімічному обстеженні дітей збільшення білірубіну мало місце у 30 %, збільшення трансаміназ у 5 % випадків. Лужна фосфатаза в крові дорівнювала $(1,96 \pm 0,26)$ гЧл/год, вміст кальцію - $(2,25 \pm 0,06)$ ммоль/л, фосфору - $(1,30 \pm 0,10)$ ммоль/л. Добовий вміст кальцію в сечі склав $(2,80 \pm 0,36)$ ммоль/добу, фосфору - $(17,81 \pm 4,19)$ ммоль/добу.

За результатами денситометрії у хворих на хронічний гастродуоденіт остеопороз реєструвався в 25 % обстежених, остеопенія I ступеня - в 15 % хворих, II ступеня - в 5 %, III ступеня - в 20 % дітей. При хронічному гепатиті остеопороз діагностовано в 20 % хворих, остеопенія I ступеня - в 20 %, II ступеня - в 10 % і III ступеня - в 10 % пацієнтів. При денситометричному обстеженні хворих на хронічний холецистохолангіт зміни мінеральної щільності кісток виявлені в 60 % осіб: остеопенія I ступеня - в 30 % хворих, II ступеня - в 10 %, остеопороз - у 20 % обстежених.

Дітям з хронічною патологією органів травлення, яка перебігала з порушенням мінеральної щільності кісток, призначалася корекція кальцій-фосфорного гомеостазу з включенням різних препаратів кальцію та вітаміну Д.

УДК: 616.155.302-006.446.2-08-036.8]-053.2

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ЛІМФОБЛАСТНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ

Слободян Л.М., Рудько Л.Я., Орел О.С., Свистун І.Я., Маїталаяр Н.Я., Боймиструк Т.П.

Кафедра педіатрії ФПО

На протязі 10 років (з 1992 до 2002 рр.) в гематологічному відділенні Тернопільської міської дитячої лікарні на лікуванні знаходилося 50 дітей та підлітків з лімфобластною лейкемією. Діти поступали з різних районів області. За віком хворі розподілялися таким чином: від 6 місяців до 6 років - 29 пацієнтів, від 7 до 10 років - 8, від 11 до 18 років - 13 хворих. Спостерігалось 2 дітей до року з вродженою формою лейкозу та 13 підлітків.

Клінічна симптоматика включала анемічний (87 %), геморагічний (27 %), лімфопроліферативний (92 %), осалгічний (21 %) синдроми. У 2 осіб спостерігався орхіт, у 3 хворих виявлені пухлиноподібні утвори в легенях, у 1 дитини відмічалася пухлина в ретробульбарному просторі. Клінічні та лабораторні прояви нейрорлейкозу констатовані у 5 пацієнтів. Гіперлейкоцитоз мав місце в 14 (28 %) дітей, лейкопенія - у 12 (24 %). Гострий лімфобластний лейкоз L_1 діагностований у 42 хворих, L_2 - у 6, "common" - у 2 осіб. Всі пацієнти отримували терапію згідно протоколів ALLBFM-90. У 39 (78 %) дітей відмічались ускладнення від проведеної терапії: інфекційні (пневмонія, вірусний гепатит, фебрильна нейтропенія) та геморагічні (носові, шлунково-кишкові, маткові кровотечі). Ремісії не наступило в 4 (8 %) хворих, повна ремісія відмічена у 46 (92 %). Ранні рецидиви спостерігалися у 3 (6 %) дітей, пізні - у 5 (10 %). Тривала ремісія (від 5 до 10 років) констатована у 10 (20 %) дітей і підлітків. Двоє пацієнтів одружилися та стали батьками.

УДК 616.839-008.6-053.66

ВЕГЕТАТИВНІ ДИСФУНКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ

І.С. Сміян, В.О. Синицька, Н.А. Цяпа, І.М. Мороз, І.О. Багірян, І.М. Горішний

Кафедра факультетської та шпитальної педіатрії

Підлітковий вік нерідко пов'язаний з розвитком вегетативних дисфункцій на тлі конституційних особливостей. Проведено аналіз 34 випадків госпіталізації дітей віком 11-15 років з вегетодистоніями. Дівчаток серед них було 21, хлопчиків - 13.

У всіх обстежених спостерігалась мозаїчність скарг, яка відповідала симптомокомплексу симпатико- чи вагодистонії. У 82 % дівчаток відмічено симпатичну дисфункцію. У хлопчиків же переважала ваготонія.

Аналіз ЕКГ виявляє на фоні симпатикотонії тахікардію та вкорочення інтервалу PQ у 65 % дітей, на фоні ваготонії - стійку брадиаритмію.

Ехокардіоскопічне дослідження у 92 % підтвердило наявність пролапсу мітрального клапана, у 3,5 % - аномальні хорди лівого шлуночка. Закономірності ехокардіоскопічних змін щодо типу дисфункції не виявлено.

ВПЛИВ ШТУЧНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА ПОСТНАТАЛЬНЕ СТАНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

Ткаченко Ю.П., Леженко Г.О.

Кафедра госпітальної педіатрії
Запорізький медичний університет

Метою роботи було вивчення впливу вигодовування сумішами “НАН-новий” та “Малютка” на постнатальне становлення імунної системи у новонароджених з затримкою внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР). Під наглядом знаходилося 232 доношених новонароджених з різними клінічними варіантами ЗВУР. До першої групи увійшли новонароджені зі ЗВУР, що вигодовувалися сумішшю “НАН-новий”, до другої – діти, що отримували суміш “Малютка”. Контрольну групу склали здорові доношені новонароджені, які знаходилися на грудному вигодовуванні. Оцінка стану імунітету показала, що неонатальний період у дітей зі ЗВУР характеризувався транзиторною імунною недостатністю, яка проявлялася зниженням числа Т-лімфоцитів та їх основних субпопуляцій, фагоцитарного числа, фагоцитарного індексу, показника завершення фагоцитозу та гіпоімунноглобулінемією G. Подальше спостереження за новонародженими першої та другої груп показало, що на тлі реабілітаційних заходів у них спостерігалось підвищення вищезначених показників імунної системи незалежно від використаної суміші для вигодовування, але динаміка у новонароджених які одержували суміш “НАН-новий” була стрімкішою. Контрольних рівнів вивчені показники в цій групі новонароджених досягали на третьому тижні реабілітації, в той час як у групі дітей, що вигодовувалися сумішшю “Малютка” часткова імунна недостатність спостерігалась довше періоду новонародженості. Отримані результати дозволяють рекомендувати суміш “НАН-новий” як препарат вибору при неможливості забезпечити цих дітей грудним молоком.

УДК: 616.993.192.1-053.1-053.2-085

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ДІТЕЙ

Ткаченко Ю.П., Каменщик А.В.

Кафедра госпітальної педіатрії
Запорізький державний медичний університет

Вроджений токсоплазмоз є тривало перебігаючим захворюванням з важкими наслідками, що потребує ретельного обстеження та своєчасного лікування. У зв'язку з цим метою нашої роботи стала розробка послідовного комплексу лікування хворих токсоплазмозом дітей з урахуванням сучасних можливостей антибактеріальної та імунореабілітаційної терапії.

У зв'язку з цим, нами вивчено особливості перебігу хвороби у 140 дітей, хворих на різні форми вродженої токсоплазменної інфекції. Показана неоднорідність клінічних проявів хвороби у дітей різних вікових груп. Встановлена наявність високих рівнів специфічних антитіл при формах, що характеризуються як епі-синдромом, та відносно низьких рівнів при таких формах, як хоріоретинит та лімфаденопатія. Доведена ефективність застосування роваміцину при переважному ураженні ЦНС токсоплазменної етіології та більш доцільне використання сульфаніламідних засобів (фансидару) при ураженнях очей. Визначені особливості фагоцитарних реакцій, клітинного імунітету та кореляційні взаємовідносини між ними. Обґрунтована доцільність застосування на тлі етіотропної терапії імунотропних препаратів, серед яких перевага віддається тимогену, а також необхідність запровадження вказаних методів дослідження для контролю ефективності лікування хвороби.

ОЦІНКА СТАНУ ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ТА ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ІЗ АЛЕРГІЧНИМ ДІАТЕЗОМ.

О.Є. Федорців, Н.Т. Богуславець

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Не підлягає сумніву неухильне зростання алергічної патології у дитячому віці, яка закономірно формується на тлі алергічного діатезу (АД). Імунні порушення мають суттєве і вирішальне значення в генезі АД та його маніфестних форм. Тому важливим є вивчення різних ланок імунітету у дітей з АД. Обстежено 21 дитину. У 78 % обстежених дітей спостерігались ізольовані прояви АД, у решти 22 % – у поєднанні з лімфатико-гіпопластичним діатезом. В обох групах дітей виявлено значні зміни при дослідженні імунної системи. У 69 % дітей спостерігається чітке зниження показників кількісного вмісту Т-лімфоцитів, зниження показника CD3 (функціональний маркер Т-лімфоцитів) прослідковувалося у 52 % обстежених, підвищення CD4 (субпопуляція Т-лімфоцитів-хелперів та -індукторів) мало місце у 2/3 дітей, у 34 % – зниження CD8 (субпопуляція цитотоксичних і супресорних Т-лімфоцитів), підвищення CD16 (природні кілери), що можна розглядати як компенсаторний механізм при алергічно-інтоксикаційних процесах, спостерігалось у 22 % дітей. Функціональний стан В- лімфоцитів був змінений за рахунок підвищення рівня Ig E у 93 % обстежених при зниженні вмісту Ig A. Після проведення комплексної терапії із включенням ербісолу (репарат, імуномодулятор із антиоксидантними та мембраностабілізуючими властивостями) спостерігається нормалізація рівня Т-лімфоцитів, субпопуляцій CD3, CD4, CD16. Вміст ЦІК достовірно знизився ($74,3 \pm 2,42$) ум. од. ($P < 0,001$) і поєднувався із достовірним зниженням у сироватці крові Ig E ($P < 0,001$) і при чіткій тенденції до нормалізації показників Ig A.

Висновки: 1) у патогенезі АД вирішальне значення мають імунологічні зрушення, що дозволяє розглядати даний вид діатезу як “малу аномалію імунітету”;

2) для імуномоніторингу АД найінформативнішими є показники CD3, CD4, CD8, CD16;

3) застосування імуномодулятора ербісолу дозволяє досягнути нормалізації показників основних ланок імунітету у дітей із АД та при його маніфестації.

СТАН ГІДРОЛІЗУ І ВСМОКТУВАННЯ ВУГЛЕВОДІВ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Халед Хасан Хамзе

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Метою дослідження було вивчити особливості гідролізу і всмоктування вуглеводів у недоношених дітей з внутрішньоутробною інфекцією (ВУІ). Обстежено 15 недоношених дітей з ВУІ; з них 6 (40 %) дівчаток, 9 (60 %) хлопчиків. У 6 дітей (40 %) була недоношеність I ступеня, у 5 (33 %) – недоношеність II ступеня, у 4 (27 %) – недоношеність III ступеня. У 7 (47 %) діагностована внутрішньоутробна пневмонія, у 4 (27 %) дітей (2 дитини з недоношеністю I ступеня і 2 – з недоношеністю II ступеня) спостерігалось поєднання двох вогнищ інфекції (у 2 хворих – пневмонія і нефрит, у 1 – пневмонія і менінгоенцефаліт, у 1 – пневмонія та гепатит); у однієї дитини (6 %) з недоношеністю III ступеня був остеомієліт, у 3 (20 %) генералізована форма внутрішньоутробної інфекції. Причиною ВУІ у 4 випадках була цитомегаловірусна інфекція, у 2 – герпетична; у 9 дітей ідентифікувати збудника не вдалось. Контролем служили 15 недоношених дітей без внутрішньоутробної інфекції (умовно здорові). Досліджували приріст цукру після годування дитини грудним молоком через 30 і 60 хвилин глюкозооксидазним методом. Результати дослідження показали, що у недоношених дітей процеси розщеплення та засвоєння молочного цукру у великій мірі залежить від ступеня недоношеності. Так,

чим більш недоношена дитина, тим менший приріст цукру в крові після годування дитини материнським молоком. Наявність у дитини внутрішньоутробної інфекції поглиблює порушення функціонального стану системи травлення у недоношених дітей. Найзначніші зміни відмічалися у глибоко недоношених дітей з генералізованою формою внутрішньоутробної інфекції (у 2-х дітей приросту цукру в крові через 30 хвилин не спостерігалось, у однієї дитини цей приріст був не суттєвим). Визначення глікемії через 60 хвилин показало достовірне підвищення цукру у однієї дитини ($P < 0,05$) і незначне зростання глікемічної кривої ($P > 0,05$) у двох інших дітей. Одночасно проводили контроль прибавки у масі: у дітей з відсутністю приросту глікемії не відмічалось збільшення маси тіла. Таким чином, у недоношених дітей з внутрішньоутробною інфекцією значно порушені процеси гідролізу та всмоктування молочного цукру; вираженість цих порушень у великій мірі залежить від ступеня недоношеності та особливостей клінічних проявів внутрішньоутробної інфекції.

УДК: 616.155.194.8-053.2]-0,08.9

КЛІНІЧНІ МАРКЕРИ ДЕФІЦИТУ ЗАЛІЗА У ДІТЕЙ

Н.Ю. Щербатюк

Кафедра факультетської та шпитальної педіатрії

З метою аналізу клінічних проявів проведено обстеження 167 дітей віком 3-14 років, хворих на залізодефіцитну анемію (ЗДА). Тривалість патології у 26,4 % дітей була до одного року, у 41,3 % дітей – від одного до трьох років, у 32,3 % – більше трьох років. Анемія I ступеня діагностована у 55,09 % пацієнтів, II ступеня – у 27,5 %, III ступеня – у 17,4 %.

Виникнення сидеропенії було зумовлене поєднаним впливом ряду факторів, серед яких провідна роль належала незбалансованому харчуванню (у 2/3 дітей). Фоновими станами у дітей дошкільного віку були захворювання органів дихання (37,4 %), глистяні інвалії (9,7 %), наслідки перинатального ураження нервової системи (16,2 %). У школярів переважали вегето-судинна дистонія (23,8 %), захворювання гепатобіліарної системи (18,3 %), компенсований тонзиліт (17,6 %), хронічний гастродуоденіт (15,1 %). Співставлення тривалості ЗДА з розвитком фоновієї патології показало, що у 53,3 % дітей залізо дефіцит передував появі супутніх захворювань і у 46,7 % дітей виник на їх фоні.

Клінічні прояви ЗДА характеризувалися наявністю трьох ведучих синдромів: ендогенної інтоксикації (71,3 %), сидеропенії (43,1 %), серцево-судинних відхилень (64,7 %). Оцінка динаміки анемічного процесу засвідчує, що клінічні симптоми ЗДА у дітей розвиваються поступово і повільно. Діти пристосовуються до легкого ступеня анемії, і хвороба, приймаючи хронічний перебіг, тривалий час залишається нерозпізнаною або виявляється випадково у зв'язку з яким-небудь іншим захворюванням (у 55,1 % випадків). Довготривалий дефіцит заліза призводить внаслідок гіпоксії до порушень метаболізму і накопичення токсичних метаболітів з наступним ураженням органів і систем. З наростанням ступеня тяжкості ЗДА збільшується частота хронічних вогнищ інфекції і наростають відхилення з боку серцево-судинної системи. Поліморфізм проявів дефіциту заліза вказує на необхідність ранньої діагностики малокрів'я з наступним проведенням комплексних реабілітаційних і профілактичних заходів.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

УДК 616-003.822:615.847.8]-092.4

МАГНІТОІНДУКОВАНИ *IN VITRO* ТРАНСКОНФОРМАЦІЙНІ ЗМІНИ БІЛКОВИХ МАКРОМОЛЕКУЛ ЯК ТЕСТ НА НАТИВНІСТЬ

М.А. Андрейчин, А.А. Гудима, В.В. Дем'яненко

Кафедра інфекційних хвороб, кафедра екстремальної і військової медицини
Державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

На моделі постгемотрансфузійного шоку з гострим набряком легень у білих щурів дослідили зміни пульмонотоксичного чинника – нативної ксеногенної сироватки крові в умовах попередньої обробки її полем електромагніту (ПМП) при напруженості поля $3 \cdot 10^3$ ерстед. Вивчали лейкоцитотоксичні реакції і характер електричної рухомості білкових фракцій сироватки на сахарозному гелі. Ксеногенну сироватку отримували методом зсідання свіжовзятої крові великої рогатої худоби без застосування фізичних або хімічних стабілізаторів і консервантів із збереженням її при 4 °С. Нативною таку сироватку вважали впродовж 4 днів. Паралельно ставили досліди з аналогічною, але попередньо термостабілізованою (56 °С, 2 год) сироваткою.

Встановлено здатність ПМП знижувати майже вдвічі електрорухомисть білкових макромолекул нативної сироватки на фоні відсутності аналогічних змін з боку термостабілізованої сироватки. Зниження електрорухомоті сироваткового білка відповідало зменшенню під впливом ПМП інтенсивності цитопатичних проявів взаємодії названих інгредієнтів *in vitro* у вигляді імунного лейкоцитолізу, співпадало з рівнем магнітоіндукованої втрати едемогенних властивостей сироватки в досліді *in vivo*. Важливо відмітити тимчасовий характер наведених змін, які зберігалися в межах 45-90 хв ($P < 0,05$). Натомість, через 2 години після магнітної обробки дослідна нативна сироватка ставала більш токсичною по відношенню до легень тварин в досліді *in vivo*, порівняно з інтактною. Зазначений феномен вимагає подальшого вивчення, проте аналіз отриманих результатів з врахуванням сучасних уявлень про первинні механізми дії магнітного поля на біологічні об'єкти, особливості структурної організації білка і енергію міжмолекулярних зв'язків дозволяє зробити висновок про залежність “магніточутливості” білкових макромолекул від рівня їх нативності, в основі якої водневим зв'язкам, очевидно, належить не остання роль.

УДК: 617.713-07: 615.276

ВИВЧЕННЯ АНТИОКСИДАНТНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИДУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ ОРГАНА ЗОРУ

Н.В. Бездітко

Кафедра клінічної фармації
Національна фармацевтична академія України, м. Харків

Порушення антиоксидантної системи захисту організму відіграє значну роль у патогенезі пошкоджень ока, тому антиоксидантна терапія широко ввійшла в офтальмологічну практику. На різних моделях патології органа зору встановлено, що глюкозаміну гідрохлорид володіє протизапальною, репаративною, кератопротекторною дією, нормалізує обмін глікозаміногліканів у тканинах ока, стимулює в них синтез колагену.

Вивчено вплив місцевого застосування 20 % розчину глюкозаміну гідрохлориду на показники ПОЛ і антиоксидантної системи в крові і тканинах при проникаючих пораненнях ока.

Дослідження проведено на кроликах породи шиншила на моделі експериментального проникаючого поранення рогівки. Показники ПОЛ і системи антиоксидантного захисту (АОЗ) досліджувалися в динаміці: до ушкодження рогівки, через 1 добу, 3 і 7 діб після поранення. Для визначення вмісту малонового діальдегіду (МДА), активності супероксиддисмутази (СОД) і каталази використовували стандартні спектрофотометричні методи.

Результати проведених досліджень показали, що травма тканин переднього відрізка ока супроводжується мембранодеструкцією, явищами тканинної гіпоксії й активацією процесів ПОЛ з одночасною компенсаторною активацією антиоксидантних ферментів. Виразність процесів ПОЛ при проникаючому пораненні ока відповідає клінічним проявам запальної реакції. Глюкозаміну гідрохлорид при місцевому застосуванні позитивно впливає на клінічні прояви запальної реакції при експериментальному проникаючому пораненні ока. Протизапальна дія ГА поєднується з нормалізацією порушеної фізіологічної рівноваги між рівнем процесів ПОЛ й активністю антиоксидантної системи клітинного захисту тканин ока. Дуже імовірно, що антиоксидантна дія ГА є одним з істотних компонентів його комплексного механізму дії при офтальмозапаленні.

УДК 616.5-022:576.851.252-085.33]-06:616.379-008.64

ОСОБЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОЧУТЛИВОСТІ СТАФІЛОКОКІВ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

О.В. Бойчак

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Чутливість представників мікробіоценозів до антибактеріальних препаратів є однією з важливих ознак мікробної екологічної системи шкіри. Проаналізовано результати вивчення чутливості стафілококів шкірного екологічного типу до пеніциліну, оксациліну, цефалексину, еритроміцину, лінкоміцину, гентаміцину, тетрацикліну, виділених при гнійно-некротичних ураженнях строп у хворих на цукровий діабет I-II ступеня.

Відносно представників роду *Staphylococcus* самими ефективними були оксацилін та цефалексин (відповідно 76,7 - 85,4 % чутливих бактерій), найменшу активність мали лінкоміцин і пеніцилін, до яких були чутливі всього 25,2 - 38,8 % культур.

Найбільший відсоток резистентних варіантів відмічено до лінкоміцину та еритроміцину – близько 18,0 % штамів. Велику кількість помірно-резистентних стафілококів було виявлено до лінкоміцину, тетрацикліну та еритроміцину (19,4 % – 32,0 % культур). При аналізі спектру антибіотикочутливості окремих видів стафілококів виявлено його неоднорідність.

У цілому понад 55,0 % стафілококів були полірезистентними. Серед них переважали коки, що мали стійкість до 2-3 препаратів (47,8 %). Найвища кількість маркерів стійкості була виявлена у коагулазопозитивних стафілококів. Відмічено нижчий рівень ступеня чутливості бактерій до антибіотиків у порівнянні з контрольною групою осіб.

Таким чином, враховуючи, що стафілококи є найчисельнішою групою мікробів, яка колонізує шкіру, вони є найнебезпечнішими як резервуар для поширення детермінант антибіотикостійкості серед мікробних популяцій.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГРАНУЛ ЦЕОЛІТУ ПРИ ГОСТРОМУ ТОКСИЧНОМУ ГЕПАТИТІ У БІЛИХ ЩУРІВ

Є.В.Бондарєв

Центральна науково-дослідна лабораторія
Національна фармацевтична академія України, м. Харків

На сьогоднішній день у практичній медицині все більшого розповсюдження набуває використання штучних систем, зокрема, сорбентів, що поглинають токсичні сполуки з внутрішнього середовища організму та тимчасово підтримують функції ушкоджених органів. Метою даної роботи стало визначення ефективності нового сорбенту - субстанції цеоліту марки ІАІ на основі глинистих мінералів при гострому токсичному гепатиті у білих щурів. Токсичний гепатит у щурів викликали внутрішньошлунковим уведенням 50,0% масляного розчину тетрахлорметану у дозі 0,4 мл/100 г маси тіла протягом 2-х діб. Цеоліт застосовували у дозі, визначеній у попередніх скринінгових дослідженнях. Препаратом порівняння був обраний відомий ентеросорбент ентеросгель. Препарати вводили перорально через 1 год після введення CCl_4 . На третю добу щурів наркотизували і потім декапітували. Гістологічне вивчення печінки проведене на 3 добу після введення CCl_4 . Матеріал фіксували у 10 % розчині нейтрального формаліну, заливали у целоїдин. Мікротомовані зрізи фарбували гематоксилином і еозином. Отримані результати показують, що під впливом цеоліту в умовах тетрахлорметанового гепатиту на 43 % зменшуються прояви некрозу паренхіми печінки та у 1,5 рази повніше відбувається відновлення порушеної гістоструктури тканини. Менше виявляються порушення місцевої гемодинаміки. Препарат мало впливає на розвиток жирової дистрофії і практично не інтенсифікує регенераторні процеси. Препарат порівняння ентеросгель поступається цеоліту за антинекротичною дією (знижує некротичні прояви лише на 26,9 % і слабкіше впливає на відновлення структури печінкової паренхіми в 1,18 рази).

Таким чином, підводячи підсумок проведеному дослідженню, можна зробити висновок, що за ефективністю цеоліт не тільки не поступається препарату порівняння ентеросгелю, але й перевершує останній за антинекротичною дією.

УДК:612.1]-06:613.1

ОСОБЛИВОСТІ РОЗУМОВОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ МЕТЕОЧУТЛИВИХ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

С.Н. Вадзюк, Н.М. Волкова, М.О. Каууба

Кафедра нормальної фізіології, кафедра загальної гігієни

Підвищені інтелектуальні навантаження сучасної людини на тлі несприятливих метеовпливів є факторами ризику, які здатні викликати погіршення працездатності здорової людини. Водночас питання профілактики метеопатичних змін у практично здорових осіб розроблені недостатньо.

У здорових метеочутливих осіб, які скаржилися на головний біль у дні з несприятливою метеоситуацією, за допомогою тестування опитувальником ММРІ виявлений суттєво нижчий рівень інтелектуальної активності, інтелектуальної продуктивності, працездатності, а також тенденцію до меншої вираженості ерудиційного складу. Виявлені за допомогою реоенцефалографії (32 практично здорових обстежених) особливості вегетативної регуляції кровообігу (С.Н. Вадзюк, Н.М. Волкова, Т.Б. Шуган, І.Я. Папінко, Н.Є. Зятковська, О.В. Денефіль, 2001) імовірно носять адаптивний характер до циклонічних змін метеоситуації, а зокрема гіпоксичного ефекту атмосфери, але не забезпечують достатнього рівня працездатності.

За умов зниження вмісту кисню в атмосферному повітрі доцільним є активне застосування гігієнічних заходів, спрямованих на кондиціонування повітря в робочих приміщеннях.

АНТИОКИСНА АКТИВНІСТЬ 2,6-ДІ-ТРЕТ-БУТИЛФЕНОЛУ І БІСФЕНОЛІВ НА ЙОГО ОСНОВІ В БІОЛОГІЧНИХ СИСТЕМАХ

Н.А. Василюшин, П.І. Трендовацький, С.Р. Підручна

Кафедра медичної хімії

Антиоксидантні властивості сполук фенольного і бісфенольного типу у біологічних системах вивчені недостатньо.

Метою даної роботи було вивчення антиокисної здатності 2,6-ді-трет-бутилфенолу (2,6ДТБФ) і бісфенолів на його основі порівняно з іонолом.

Використовували метод оцінки антиокисної активності за ступенем гасіння залізоініційованої хемілюмінесценції (ЗХЛ), що застосовується у медицині. Робота виконана на хемілюмінометрі з використанням детектора випромінювання ФЕП – 39А. Визначали світлосуму спалаху ЗХЛ без додавання досліджуваних речовин (контроль) та в присутності кожної з них. Про антиокисні властивості речовин судили за ступенем інгібування ними світлосуми ЗХЛ. Фенольні сполуки розчиняли в етиловому спирті, готуючи розчини з концентрацією 0,10-0,01 моль/дм³ і вводили по 0,1-0,5 мл у систему, що містила суспензію жовткових ліпопротеїнів.

Встановлено, що всім досліджуваним речовинам притаманна певна антиокисна активність. Найбільшу антиокисну активність проявляє бісфенол на основі 2,6ДТБФ і 2ТБ4МФ (35,4%), іонол при такій самій концентрації проявляє нижчу активність (19,5%), найнижчу активність має 2,6ДТБФ (7,5%). Ступінь гасіння ЗХЛ бісфенолом 4,4-метилен-біс(2,6-ді-трет-бутилфенолом) дещо нижчий (27,6%), ніж бісфенолом на основі 2,6ДТБФ і 2ТБ4МФ. Таким чином, бісфеноли є ефективнішими антиоксидантами, ніж алкілфеноли

УДК: 613.2-099:582.284-031:616.341-018]-092.9

МОРФОЛОГІЯ СУДИННОГО РУСЛА КЛУБОВОЇ КИШКИ ПРИ ДІЇ НА ОРГАНІЗМ ТОКСИНІВ БЛІДОЇ ПОГАНКИ

Л.Т. Вихлюк, Р.М. Гнатюк

Кафедра фармакогнозії з біологією та медичною генетикою, ЦНДЛ

Комплексом морфологічних методів досліджено судинне русло клубової кишки у 37 білих статевозрілих щурів-самців, які були розділені на дві групи. 1-а група (контрольна) включала 19 інтактних, а 2-а – 18 експериментальних тварин, яким вводили екстракт блідої поганки. Судинне русло вказаного органа вивчали шляхом ін'єкції туш-желатиновою сумішшю з наступним дослідженням просвітлених препаратів, а також після імпрегнації заморожених мікротомних зрізів азотнокислим сріблом за В.В.Купріяновим (1985). При цьому досліджувалися судини слизової оболонки вказаного органа. Найбільш виражені зміни встановлені на рівні мікроциркуляторного русла та в підслизовій основі клубової кишки, які характеризувалися спазмом артеріол і розширенням венозних ланок. Спостерігалася порушення орієнтації, рівномірності та щільності розподілу мікросудин. Остання знижувалася на 12,3%. Місцями відмічалася редукція артеріальних ланок, у венулах мало місце утворення бухтоподібних і варикозних вип'ячувань. У розширених судинах спостерігалася гіперагрегація еритроцитів, яка місцями мала виражений характер у вигляді "сладж" феномена. Розширення та повнокрів'я судин супроводжувалося підвищенням проникливості їхніх стінок, вираженим периваскулярним набряком і діapedезними крововиливами. В деяких артеріях виявлялися явища фібриноїдного набухання з потовщенням їхньої стінки та звуженням просвіту.

Результати проведеного дослідження свідчать, що при дії на організм токсинів блідої поганки істотно уражаються судини кишки, особливо мікроциркуляторне русло. Отримані дані розширюють уявлення про патогенез пошкоджень кишечника при отруєнні блідою поганкою і повинні враховуватися при корекції даної патології.

ВПЛИВ ТОКСИНІВ БЛІДОЇ ПОГАНКИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ У СТІНЦІ ТОНКОЇ КИШКИ

Л.Т. Виклюк, Н.А. Кулікова, Р.Є. Нечай

Кафедра фармакогнозії з біологією та медичною генетикою

Проблема отруєння грибами продовжує привертати увагу дослідників як в експериментальних, так і у клінічних аспектах.

Комплексом біохімічних, імунологічних і морфологічних методів досліджена стінка тонкої кишки (дванадцятипала, порожня та клубова) 37 білих статевозрілих щурів-самців, які були розділені на дві групи. 1-а включала 19 інтактних, а 2-а – 18 експериментальних тварин, яким вводили екстракт блідої поганки в дозі 170 мг/кг. Евтаназію щурів здійснювали швидкою декапітацією через 6, 24, 48 та 72 години від початку експерименту.

Встановлено, що найбільш виражені зміни у стінці тонкої кишки спостерігалися через 24 години після початку досліду. Біохімічно виявляли посилення реакцій перекисного окислення ліпідів і зниження показників антиоксидантного захисту. У слизовій оболонці спостерігалось суттєве порушення локальних імунних реакцій. Морфологічно мали місце виражені альтеративні, інфільтративні процеси та судинні розлади. При цьому встановлені тісні позитивні кореляційні зв'язки між ступенем порушення деструктивних процесів і ступенем порушення локального імунного гомеостазу. Аналогічні взаємозв'язки були виявлені між динамікою показників перекисного окислення ліпідів і відносним об'ємом уражених епітеліоцитів.

Таким чином, проведене дослідження свідчить, що патогенез пошкодження тонкої кишки при отруєнні блідою поганкою складний і корелює з біохімічними й імунологічними змінами у стінці даного органа.

УДК 616.441:615.025

ВИВЧЕННЯ ТИРЕОСТАТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НОВОЇ СПОЛУКИ ТЕТРАКОНУ У ЩУРІВ З ГІПЕРТИРЕОЗОМ

Л.М.Вороніна, В.М.Кравченко

Кафедра біологічної хімії
Національна фармацевтична академія України, м.Харків

В зв'язку зі значним збільшенням кількості хворих з порушеннями функції щитовидної залози в Україні, недостатньою ефективністю медикаментозної терапії, появою побічних ефектів при використанні лікарських препаратів (особливо тривалому) та рецидивів виникає потреба постійного пошуку та створення нових лікарських препаратів, зокрема, для лікування тиреотоксикозів.

В НФАУ проводяться роботи по синтезу та вивченню сполук з антитиреоїдною активністю. В результаті проведених скринінгових досліджень виявлена сполука з виразною антитиреоїдною активністю та низькою токсичністю, умовно названа тетраконом.

Метою даних досліджень було вивчення специфічної активності синтезованої сполуки у тварин з експериментальним гіпертиреозом, який отримували за допомогою введення тироксину. В якості препарату порівняння використовували мерказоліл, який широко використовується в медичній практиці в теперішній час.

В результаті проведених експериментальних досліджень було встановлено, що нова сполука проявляє значно виразнішу антитиреоїдну активність в порівнянні з мерказолілом. Вміст гормонів T_3 (трийодтироніну) та T_4 (тироксину) при введенні досліджуваної сполуки знижувався на 43 % і 21 % відповідно в порівнянні з тваринами, у яких був розвинутий гіпертиреоз. В той час мерказоліл в наших експериментах знижував вміст T_3 і T_4 тільки на 14 % та 9 % відповідно.

Таким чином, проведені дослідження підтвердили тиреостатичний ефект тетракону у тварин з модельованою патологією, що також дає підставу для подальшого поглибленого вивчення даної сполуки як потенційного лікарського препарату.

СТРУКТУРНО-МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ШКІРИ ЩУРІВ ПРИ ПОСТКАСТРАЦІЙНОМУ СИНДРОМІ ТА КОРЕКЦІЇ ЕСТРОГЕЛЕМ

С.О. Галникіна

Кафедра інфекційних хвороб з курсом дерматовенерології
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

В експерименті на щурах-самках, яким оперативним шляхом проводили видалення матки з придатками, в динаміці на 14-у 30-у та 45-у доби після оперативного втручання проведено морфологічне дослідження шкіри. Встановлено, що хірургічне видалення яєчників та матки у щурів-самок супроводжувалось значними дистрофічними змінами як з боку епідермісу, так і структурних компонентів дерми. Розвивається атрофія, зменшується кількість фібробластів, порушується колагеновий каркас. Наступає атрофія сальних та потових залоз, що сприяє розвитку сухості шкіри. Все це має вплив на трофічні та метаболічні процеси в шкірі та може бути фактором розвитку шкірних захворювань. Застосування естрогелю зменшує вираженість дистрофічних змін з боку шкіри, що проявлялось менш вираженими дистрофічними змінами клітин епідермісу і волокнистих структур дерми, а також структурних компонентів (мембрани, ендотеліоцитів) гемокapілярів у порівнянні з контрольною групою тварин. Отримані експериментальні результати вказують на доцільність проведення раціональної замісної терапії у різні терміни посткастраційного синдрому, що позитивно впливає на стан шкіри.

УДК 615.28-02:615.33

ВПЛИВ МІРАМІСТИНУ НА ПРОТИМІКРОБНУ АКТИВНІСТЬ АНТИБІОТИКІВ

І.М. Герасимів, С.І. Климнюк

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Мірамістин є вітчизняним антисептиком, який широко використовується в медицині для знищення численних збудників гнійно-септичних ускладнень.

За методом серійних розведень у рідкому живильному середовищі у дослідах *in vitro* перевірено вплив суббактеріостатичних концентрацій мірамістину на чутливість до пеніциліну і канаміцину 10 штамів стафілококів, виділених з поверхні шкіри людини.

Встановлено, що вихідна чутливість стафілококів для пеніциліну становила за медіаною 400 ОД/мл, а для канаміцину – 64 мкг/мл. Через добу культивування бактерій в присутності субінгібіторних концентрацій мірамістину чутливість стафілококів до антибіотиків знизилась відповідно у 4 і 8 разів.

Отже, мірамістин здатний суттєво знижувати резистентність стафілококів до антибіотиків при одночасному з ними використанні. Це може відбуватись внаслідок зміни поверхневих структур бактеріальної клітини, або впливо на продукцію клітинами беталактамази.

УДК: 616.131.3-008.331.1-018-089.168-06]-092.9

СТРУКТУРНО-ПРОСТОРОВА ОРГАНІЗАЦІЯ СУДИН МАЛОГО КОЛА КРОВООБІГУ В УМОВАХ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНОЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ПРИ ЇЇ ХІРУРГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

І.Є. Герасимюк

Кафедра оперативної хірургії і топографічної анатомії

В експерименті на собаках встановлено, що видалення більше ніж 50 % легеневої паренхіми приводить до розвитку стійкої легеневої артеріальної гіпертензії (ЛАГ), яка лежить в основі структурно-просторової перебудови судин малого кола кровообігу. Морфологічна реорганізація кровоносного русла

частини легень, що залишилися після резекції, полягає у посиленні звивистості артерій та вен, наростанні їх довжинно-діаметральних співвідношень і симетрії галужень, які супроводжуються набряком ендотелію та гіпертрофією м'язових оболонок. При збільшенні проникливості капілярів відбувається вихід рідкої частини крові за межі кровоносного русла. Вказані зміни можуть складати морфологічний субстрат для наростання гемодинамічного набряку легень як одного з ранніх післяопераційних ускладнень.

Накладання між артеріями і венами видалених часток традиційного ангіоанастомозу попереджає розвиток вираженої ЛАГ і запобігає ранньому формуванню інтенсивних структурно-просторових змін у судинах. Проте, змішування артеріальної та венозної крові у лівих камерах серця, яке має місце після таких втручань, веде до гіпоксемії, що сприяє розвитку склеротичних змін і порушенню кровообігу у віддалені терміни.

З метою профілактики гострої пострезекційної ЛАГ в ранньому післяопераційному періоді розроблено новий спосіб хірургічної корекції, який полягає у тимчасовій редукції притоку крові до малого кола кровообігу шляхом дозованого звуження магістральних судин (легеневого стовбура або каудальної порожнистої вени) за допомогою кетгутувих лігатур. Застосування вказаного способу створює умови для зменшення гемодинамічного навантаження на судинне русло легень без змішування венозної і артеріальної крові. В свою чергу це дозволяє уникнути різкої дестабілізації структурно-просторової організації судин малого кола кровообігу і тим самим попередити розвиток набряку легеневої тканини без вираженого наростання гіпоксемії.

УДК: 616.127-007.16-06:616.12-071.3]-085.874.24

ВИКОРИСТАННЯ ХАРЧОВОЇ ДЕПРИВАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

М.С. Гнатюк, Ю.І. Сливка

Кафедра оперативної хірургії і топографічної анатомії, кафедра шпитальної терапії №1

Вивчено вплив харчової депривації на експериментальну артеріальну гіпертензію. Досліди проведені на 50 щурів, розділених на 3 групи. В 1-й групі, що включала 20 тварин, моделювали артеріальну гіпертензію шляхом звуження ниркової артерії над місцем її відходження від черевної аорти і додатковим введенням субкапсулярно в передню поверхню нирок 0,05 мл концентрованої оцтової кислоти. В 2-й групі (20 щурів) для корекції артеріальної гіпертензії використовували харчову депривацію протягом 6 днів. 10 щурів склали контрольну групу. Дослідження проводили на 6 і 14-й дні від початку використання харчової депривації.

Експериментальна артеріальна гіпертензія в білих щурів супроводжується розвитком гіперкінетичного типу кровообігу, що характеризується зростанням серцевого викиду, частоти серцевих скорочень та загального периферичного судинного опору. В процесі спостереження розвивається гіпертрофія міокарда, що відбувається з переважним збільшенням маси лівого шлуночка серця. За даними варіаційної пульсометрії підвищується активність симпатичної і знижується – парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи. Всі вказані явища наростають в процесі спостереження. Харчова депривація як засіб корекції експериментальної артеріальної гіпертензії покращує показники центральної гемодинаміки, впливаючи більше на підвищений серцевий викид і в меншій мірі – на загальний периферичний опір. Харчова депривація стримує розвиток гіпертрофії серця. На її фоні спостерігаються менш виражені зміни морфології та ультраструктури міокарда. Харчова депривація знижує підвищену активність симпатичної ланки вегетативної нервової системи. В другий період спостереження після припинення харчової депривації у щурів з експериментальною артеріальною гіпертензією відбувається менш виражене прогресування описаних негативних тенденцій зі сторони функції та структури міокарда.

Проведене дослідження показало можливість використання харчової депривації при експериментальній артеріальній гіпертензії.

КАРДИОТОКСИЧНЕ УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ ХЛОРИДОМ КАДМІЮ*М.С. Гнатюк, А.М. Пришляк, Б.Я. Ремінецький*

ЦНДЛ, кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії, кафедра анатомії людини

За допомогою комплексу функціональних і морфологічних методів вивчено серця 52-х статевозрілих білих щурів, які були розділені на три групи: 1-а група – 15 сердець інтактних тварин, 2-а – серця 17 щурів, яким вводили $CdCl_2$ і виводили з експерименту на 7-й день від його початку, 3-я – серця 20 тварин, яких виводили з експерименту на 14-й день. Виявлено, що під впливом $CdCl_2$ знижувався артеріальний тиск, зменшувалася амплітуда зубця Р, подовжувалися кардіоінтервали Р-Q, QRS, Q-T електрокардіограми, порушувалися процеси реполяризації, зменшувалася частота серцевих скорочень. Пульсометрією виявлено дисрегуляцію кардіоритму з послабленням симпатичних впливів на роботу серця та слабе напруження регуляторних механізмів, зниження функціональної динаміки основних нервових процесів. Встановлено також гіпертрофію камер серця, їхні розширення, суттєве збільшення розмірів кардіоміоцитів, їхніх ядер, об'єму сполучнотканинних елементів, погіршення кровопостачання. Електронномікроскопічно відмічалася деструкція ультраструктур кардіоміоцитів та ендотеліоцитів судин.

УДК: 611.24-018-02:616-001.17]-092.9

УЛЬТРАСТРУКТУРА РЕСПІРАТОРНОГО ВІДДІЛУ ЛЕГЕНЬ ПРИ ВАЖКИХ ОПІКАХ У СТАДІЇ ГОСТРОЇ ТОКСЕМІЇ*Б.В. Голод*

Кафедра анатомії людини

В досліджах на морських свинках вивчені характер і глибина ультраструктурних змін респіраторного відділу легень у стадії гострої токсемії після нанесення опікової травми (під ефірним наркозом).

В легенях у стадії гострої опікової токсемії на фоні значно зміненої мікроциркуляції встановлено пошкодження ультраструктур слизової оболонки повітроносних шляхів і всіх компонентів аерогематичного бар'єра респіраторного відділу. В миготливому епітелії слизової бронхів зазнають зміни війчасті клітини, у яких відбувається фрагментація війок, деструкція мітохондрій, ядерного апарату. В окремих випадках відмічається десквамація клітин миготливого епітелію. В аерогематичних бар'єрах зростає просвітлення цитоплазми і пошкодження ультраструктур як ендотеліоцитів гемокапілярної сітки, так і клітин респіраторного епітелію. В клітинах 2-го порядку зменшується об'єм апарату білкового синтезу, настає деструкція мітохондрій, внаслідок чого порушується секреторний процес і виведення сурфактанту. Порушення стінки мікросудин супроводжується периваскулярним набряком і лейкоцитарною інфільтрацією інтерстиціальної тканини і базального шару аерогематичного бар'єра, що є морфологічним доказом порушення газообміну і проникнення мікрофлори з альвеол в кровоносне русло, що сприяє розвитку інфекційних ускладнень при опіковій хворобі.

УДК

ВПЛИВ ГІСТИДИНУ ТА ЙОГО КОМПЛЕКСІВ З МІДІО ТА ЦИНКОМ НА ПОРУШЕННЯ У ЩУРІВ, ВИКЛИКАНІ ДІЄЮ СОЛЯНОКИСЛОГО ГІДРАЗИНУ І ХЛОРИДУ КАДМІЮ*Я.І. Гонський, Є.Б. Дмухальська, Р.М. Кубант*

Кафедра медичної хімії

При дії токсичних речовин на організм відбувається порушення біологічних функцій та структури багатьох органів і систем, у тому числі й печінки, в якій, в основному, проходить їх детоксикація.

В роботі вивчається вплив гістидину та його металокомплексів з міддю на активність аспартат-і аланінамінотрансфераз, та вміст молекул середньої маси в молодих (3-), середніх (6-) і старих (18-місячних) щурів з експериментальним ураженням печінки солянокислим гідразином та хлоридом кадмію.

Дані показники визначали в крові та печінці щурів 3-, 6- та 18-місячного віку на 1-у, 4-у, 7-у і 10-у доби після введення ксенобіотиків. Інтоксикацію кадмієм викликали триразовим введенням внутрішньошлунково хлориду кадмію в дозі 3,5 мг/кг з інтервалом в одну добу. Солянокислий гідразин вводили в дозі 90 мг/кг на 8 добу після першого введення хлориду кадмію. З метою корекції на 2, 4, 6 доби від початку впливу кадмію, внутрішньошлунково вводили гістидин, гістидинат міді та гістидинат цинку в дозі 2; 0,98; 0,34 мг/кг маси тіла відповідно (виходячи з біотичних доз металів).

Встановлено, що в крові та в печінці з віком в інтактних тварин зростає вміст молекул середньої маси (МСМ) та ферментативна активність амінотрансфераз.

Поєднаний вплив гідразину та хлориду кадмію призводить до утворення в організмі токсичних продуктів метаболізму цих ксенобіотиків, які пошкоджують плазматичні мембрани гепатоцитів, про що свідчить висока активність аланін і аспартатамінотрансфераз і маркерів ендогенної інтоксикації МСМ у крові і печінці вже на першу добу експерименту і досягаючи максимуму на 4-ий день.

Встановлено, що введення середників корекції призводить до підвищення резистентності мембран та нормалізації активності досліджуваних ферментів та вмісту МСМ. Найкращого лікувального впливу зазнавали тварини 3- та 18-місячного віку при корекції гістидинатом міді, майже всі показники приходили до норми уже на 4 добу досліджень.

612.43/45.014.481

ВПЛИВ ВВЕДЕННЯ АНАПРИЛІНУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ СЕКРЕЦІЇ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ ТА ВИЖИВАНІСТЬ ОПРОМІНЕНИХ ЩУРІВ

Є.М. Горбань, Н.В. Топольнікова

Лабораторія радіобіології
Інститут геронтології АМН України, м. Київ

Розвиток радіаційного пошкодження організму в значній мірі визначається реакцією кори надниркових залоз (НЗ) на вплив іонізуючого опромінення. Провідним контуром гуморальної регуляції кори НЗ є гіпоталамо-гіпофізарна вісь. Разом з тим НЗ знаходяться і під прямим нервовим контролем.

Досліди проведені на щурах-самцях лінії Вістар. Досліджували вплив блокатора бета-адрено-реактивних структур анаприліну на виживаність тварин, підданих впливу іонізуючого опромінення в дозі 8 Гр. Для цього використовували 3 схеми введення бета-блокатора: дворазове кожної доби внутрішньоочеревинне введення анаприліну із розрахунку 10 мг на 1 кг маси тіла тварини протягом 3 діб до опромінення; через 1 добу після опромінення та протягом всього періоду розвитку гострої променевої хвороби; протягом 3 діб до опромінення та в період розвитку гострої променевої хвороби. Контрольним тваринам замість анаприліну вводили фізіологічний розчин. Глюкокортикоїдну функцію НЗ оцінювали за інтенсивністю секреції 11-оксикортикостероїдів ізольованими НЗ.

Пригнічення ранньої реакції кори НЗ на вплив одноразового опромінення, обумовлене введенням інгібітора адренергічної компоненти нервової регуляції анаприліну, мало негативний ефект: прискорювало смертність тварин, опромінених в летальній дозі. Пригнічення пізньої реакції кори НЗ на одноразове опромінення - підвищення рівня глюкокортикоїдів через декілька діб після опромінення в летальній дозі, обумовлене введенням анаприліну, навпаки, підвищувало виживаність опромінених тварин. Смертність опромінених щурів, яким вводили анаприлін і до, і після опромінення в зазначеній дозі, не відрізнялась від смертності тварин, яким за такою ж схемою вводили фізіологічний розчин.

ВПЛИВ ВВЕДЕННЯ АТРОПІНУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ СЕКРЕЦІЇ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ ТА ВИЖИВАНІСТЬ ОПРОМІНЕНИХ ЩУРІВ

Є.М. Горбань, Н.В. Топольнікова

Лабораторія радіобіології
Інститут геронтології АМН України, м. Київ

Важливу роль в розвитку реакції на радіаційний стрес відіграє система гіпоталамус-гіпофіз-кора надниркових залоз (НЗ). Істотне значення в регуляції стероїдогенезу кори НЗ має холінергічний компонент нервової регуляції.

Досліди проведені на щурах-самцях лінії Вістар. Для дослідження особливостей холінергічної регуляції глюкокортикоїдної функції НЗ щурам протягом 3 діб внутрішньоочеревинно 2 рази на добу вводили блокатор М-холінореактивних структур атропін із розрахунку 10 мг на кг маси тіла тварини. Через 1 добу після останнього введення атропіну щурів піддавали одноразовому рентгенівському опроміненню в дозі 4 Гр. Тварин брали в дослід через 1 годину після опромінення. Глюкокортикоїдну функцію НЗ оцінювали за інтенсивністю секреції 11-оксикортикостероїдів (11-ОКС) ізольованими НЗ. Рівень 11-ОКС в крові та інкубаційному середовищі визначали флюориметричним методом. Досліджували вплив блокатора М-холінореактивних структур атропіну на виживаність тварин, підданих впливу іонізуючого опромінення в дозі 7 Гр.

Через 1 годину після одноразового опромінення виявлено вірогідне підвищення інтенсивності секреції 11-ОКС ізольованими НЗ. Хронічне введення атропіну також приводило до різкої активації секреції 11-ОКС ізольованими НЗ. Введення атропіну протягом 3 діб перед опроміненням підвищувало інтенсивність секреції глюкокортикоїдів більш, ніж на 40 % порівняно з групою тварин, підданих тільки опроміненню. Виживаність тварин, опромінених в летальній дозі, яким вводили атропін різко підвищилась, порівняно з групою опромінених щурів без хронічного введення блокатора М-холінореактивних структур.

Отримані результати свідчать про позитивний характер підвищення інтенсивності секреції глюкокортикоїдів в перші години після одноразового опромінення та істотну роль механізмів холінергічної регуляції секреції глюкокортикоїдів корою НЗ в реакції організму на опромінення.

УДК 612.43/45.014.481:615.322

ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ СПІРУЛІНИ НА РІВЕНЬ ТИРОКСИНУ ТА ІНСУЛІНУ В КРОВІ І ГЛЮКОКОРТИКОЇДНУ ФУНКЦІЮ КОРИ ІЗОЛЬОВАНИХ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ У ВІДДАЛЕНІ СТРОКИ ПІСЛЯ ОПРОМІНЕННЯ

Є.М. Горбань, Н.В. Топольнікова

Лабораторія радіобіології
Інститут геронтології АМН України, м. Київ

Мета роботи – дослідження ефективності згодовування препарату спіруліни (СП) з метою корекції радіаційних порушень функціонального стану ендокринних залоз: кори надниркових залоз (НЗ), щитовидної залози (ЩЗ) та підшлункової залози (ПЗ).

Щурів лінії Вистар піддавали рентгенівському опроміненню в дозі 2 Гр, після чого їм згодовували препарат СП (із розрахунку 500 мг на 1 кг маси тіла) щоденно протягом 1,5 міс. Визначали інтенсивність секреції 11-оксикортикостероїдів (11-ОКС) ізольованими НЗ методом непроточної інкубації НЗ. Обидві НЗ інкубували окремо протягом 3-х годин: одну з них - без АКТГ (базальна секреція), в середовище інкубації другої НЗ на 2-ій годині досліді додавали розчин АКТГ (10 Од/л, АКТГ-стимульована секреція). Концентрацію 11-ОКС в інкубаційному середовищі визначали флюориметричним методом. Рівні тироксину (T_4) та інсуліну (Інс) у крові визначали радіоімунним методом.

Через 1,5 міс після опромінення знижувалась АКТГ-стимульована секреція 11-ОКС ізольованими НЗ, але не змінювались, порівняно з контролем, інтенсивність базальної секреції 11-ОКС ізольованими НЗ та рівні T_4 і Інс в крові. Згодовування опроміненим тваринам препарату СП не змінювало показники глюкокортикоїдної функції кори НЗ та рівні T_4 і Інс в крові. Згодовування щурам СП протягом 1,5 міс після опромінення вірогідно підвищувало АКТГ-стимульовану секрецію 11-ОКС ізольованими НЗ до рівня в контролі. Концентрації T_4 , Інс та інтенсивність базальної секреції 11-ОКС ізольованими НЗ вказаної групи тварин не змінювались порівняно з контролем.

Таким чином, згодовування препарату СП опроміненим щурам приводило до корекції радіаційних змін глюкокортикоїдної функції кори НЗ, а саме відновленню їх реактивності на дію АКТГ.

УДК 616.379-008.64-085:613.26-06:616.36-018 1-092.9

ДИНАМІКА ГІСТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ В УМОВАХ ЗАСТОСУВАННЯ “НЕОСЕЛЕНУ”

Н.Я. Давидович

Кафедра факультетської терапії

Гістологічні дослідження печінки щурів при експериментальному цукровому діабеті в умовах застосування “Неоселену” показали, що на 7-му добу вже помітно зменшується прояв жирової інфільтрації гепатоцитів. На фоні просвітленої цитоплазми краще структуровані ядра, в яких переважає еухроматин.

На 14-у і, особливо, 24-у добу спостерігається нормалізація структурної організації органа. Чітко виражене балкове розташування гепатоцитів у складі часточок, Цитоплазма клітин печінки помірно фарбується еозином в рожевий колір, має грудчасту будову. Базофільні ядра чітко контуровані, часто спостерігаються двоядерні клітини. Субмікроскопічне в печінці на 7-у добу при лікуванні “Неоселеном” спостерігається гіпертрофія ядерця, в каріоплазмі - збільшення кількості рибосомальних гранул, в каріолемі добре виражені ядерні пори. Ці зміни є субмікроскопічними ознаками зростання функціональної активності ядра. На 14-у і 21-у добу покращується будова мітохондрій, у цитоплазмі з’являються гранули глікогену.

У гемокапілярах добре виражені периендотеліальні простори Дісе, в яких плазмолема гепатоцитів утворює мікроворсини. Це свідчить про посилення метаболізму з боку гістогематичних бар’єрів під впливом “Неоселену”.

УДК: 616.72-002-08-039.71-085

ГАСТРОПРОТЕКТИВНИЙ ЕФЕКТ КВЕРЦЕТИНУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ ШЛУНКА У ЩУРІВ

М.І. Загородний

Кафедра госпітальної терапії № 2

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

Пошук засобів для попередження побічної дії диклофенаку натрію – його здатності викликати виразку шлунка є актуальним завданням для експериментальної і клінічної медицини. В останні роки почали застосовувати біофлавоноїд кверцетин для лікування.

В даній роботі вивчали вплив кверцетину на експериментальні виразки шлунку у щурів, що викликали пероральним введенням диклофенаку натрію. Дослідним тваринам, які на протязі доби знаходились на голодній дієті і при вільному доступі до води, в шлунок вводили спеціальною металевою голкою диклофенак натрію в дозі 25 мг/кг, розчинивши таблетку в 5 мл води. Через 24 години у всіх тварин спостерігали виникнення виразок шлунка. Виразки реєстрували візуально за допомогою лупи, а також підтверджували патоморфологічно. Пероральне введення кверцетину в дозі 100 мг/кг (гранули

кверцетину розчиняли в 5 мл води і дозу ділили на 2 прийоми) на протязі 3-х днів до застосування диклофенаку натрію приводило до вираженого антиульцерового ефекту. Пероральне введення кверцетину через 3 години після призначення диклофенаку натрію також сприяло значному зменшенню виникнення виразок шлунка у експериментальних тварин.

Таким чином, кверцетин проявляє виражений гастропротекторний вплив і може застосовуватись для попередження побічної дії диклофенаку натрію на шлунково-кишковий тракт.

УДК: 616.24-089.87-06:616.132.2]-018

ВПЛИВ ДВОБІЧНОЇ ОБШИРНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНЬ НА СТРУКТУРНО-ПРОСТОРОВУ ОРГАНІЗАЦІЮ КОРОНАРНОГО РУСЛА

С.А.Заячківський, І.Є.Герасимюк

Кафедра оперативної хірургії і топографічної анатомії

В експерименті на собаках встановлено, що двобічна обширна резекція легень приводить до розвитку легеневої артеріальної гіпертензії, яка супроводжується розладами коронарної гемодинаміки з відповідною структурно-просторовою перебудовою коронарного русла. Протягом перших п'яти діб після операції достовірно збільшувалися діаметри артерій і кути відходження їх гілок. Наростала симетрія галуження, що підтверджувалося зростанням коефіцієнтів асиметричності (Н2) і галуження (К). Гістологічно спостерігався набряк ендотелію і м'язового шару артерій на фоні вираженого повнокрів'я вен.

Через місяць після операції наступала часткова компенсація функцій кардіо-пульмональної системи. Дещо знижувався тиск в легеневій артерії та покращувалося кровопостачання міокарда. Це підтверджувалося збільшенням об'ємної швидкості коронарного кровоплину з наближенням її до рівня контрольних величин. Проте, хоч і незначно, але продовжувала збільшуватися симетричність галужень (переважно по Н2), наростали довжинно-діаметральні співвідношення. Величина кутів біфуркацій та діаметри артерій в цей період стабілізувалися.

Починаючи з третього місяця виникали повторні розлади гемодинаміки. Симетрія галужень коронарних артерій суттєво посилювалася з наростанням її градієнта в напрямку до капілярного русла як по Н2, так і по К, збільшувалися діаметр та кути відходження гілок. Продовжувала зростати відносна довжина судин. М'язовий шар артерій потовщувався за рахунок гіпертрофії гладеньком'язових клітин, між якими відмічалось розростання сполучної тканини. Просвіт інтрамуральних вен розширювався в результаті перенаповнення їх кров'ю.

Таким чином, видалення значних об'ємів легеневої паренхіми супроводжувалося змінами загальної та коронарної гемодинаміки. Порушення коронарного кровоплину в ранні терміни морфологічно проявлялося наростанням діаметрів судин та симетрії галужень з набряком судинних стінок. У віддалений період до них приєднувалася гіпертрофія м'язового шару з розвитком склеротичних змін у стінках артерій на фоні збільшення їх відносної довжини.

УДК: 615.454.1.014.2:547.455.623'233.1:547.461.2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ КРЕМУ НАПІВСИНТЕТИЧНОГО ПОХІДНОГО АМІНОЦУКРУ ГЛЮКОЗАМІНУ І ЩАВЛЕВОЇ КИСЛОТИ

І.А. Зупанець, Л.В. Брунь

Кафедра клінічної фармації

Національна фармацевтична академія України, м. Харків

На частку ранозагоюючих препаратів Українського фармацевтичного ринку приходиться 9 %. Співвідношення закордонної і вітчизняної продукції зазначених форм складає 10:6. У Національній фармацевтичній академії України синтезована субстанція глюкозиламонійної солі етилового ефіру 4–

карбетоксіоксанілоілгідразиду шавлевої кислоти (ОГА). Речовина є напівсинтетичним похідним природних метаболітів організму людини – шавлевої кислоти та аміноцукру глюкозаміну. На підставі даної речовини був розроблений препарат «Оксаглюкамін» (табл. 0,025), що пройшов другу фазу клінічних іспитів та рекомендується для лікування гон- і коксартрозів.

Ранозагоююча активність досліджена нами на моделі стандартної скарифікованої рани у щурів та підтверджена цитологічними показниками. Оцінка запалення проводилася на підставі сукупності клінічних критеріїв, виражених в балах. Антибактеріальна активність вивчалася методом дифузії в агар - методом «колодязів».

Відсоток зменшення площ ран склав при лікуванні кремом ОГА $7,54\% \pm 0,93$, препаратом порівняння $4,87\% \pm 1,13$, основою $4,53\% \pm 0,85$. Епітелізація наставала в контрольній групі на $20,0 \pm 0,57$ (20-21) добу, при лікуванні основою препарату на $19,00 \pm 0,42$ (19-20), кремом ОГА на $12 \pm 0,00$, маззю «Вундехіл» на $19,00 \pm 0,00$ добу проведення експерименту. При призначенні крему ОГА на 5 добу лікування запальна реакція склала 0,5 бала. На 6 добу симптоми запалення склали в контрольній групі 5 балів, при нанесенні основи 4,5 бали, препарату порівняння 1 бал. Антимікробна активність крему визначена стосовно спектра Г «+» та Г «-» мікроорганізмів.

Таким чином, крем ОГА є конкурентоспроможним. Препарат рекомендується в якості репаративного, протизапального та антимікробного засобу для подальших доклінічних досліджень.

УДК 616.024-009.27.612.37

ЕЛЕКТРОПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯТИ ХРОНІЧНОЇ ЕПІЛЕПТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЗА УМОВ СУДОРІВ, ЯКІ ВИКЛИКАНІ ЗАСТОСУВАННЯМ ПІЛОКАРПІНУ

О.А.Кащенко

Кафедра нормальної фізіології
Державний медичний університет, м. Одеса

Судороги, які викликані системним вживанням агоністу холінергічних рецепторів пілокарпіну (П), мають тривалий характер та розглядаються в якості експериментальної моделі хронічної епілептичної активності, в умовах котрої доцільним є дослідження патогенетичних механізмів хронічного епілептогенезу, а також тестування ефектів протисудорожних препаратів. Для цього доцільним є дослідження характеру й особливостей змін біоелектричної активності мозку у тварин при роздільному введенні (а також сумісно з літієм) П, чому й було присвячено дану роботу.

З 20-ї хвилини після введення П відзначалося поступове зростання потужності біоелектричної активності, яке було найбільш помітним у вентральному гіпокампі, а також лобовій і тім'яній корі. Посилення біоелектричної активності відбувалося, в основному, за рахунок активації повільнохвильового ритмогенезу δ - і θ -діапазону. При цьому на фоні посилення амплітуди біопотенціалів у вентральному гіпокампі, а також лобовій і тім'яній зонах кори з'являлися нерегулярні спайк-хвильові комплекси частотою 8-15 на 1 хв і амплітудою – до 1,5 мВ. Загальна тривалість генерації спайк-хвильової активності складала $57,2 \pm 8,4$ хв. Протягом наступних 40 хв спостереження зазначені зміни ЕЕГ посилювалися і через 1 год з моменту введення П досягали максимуму. При цьому, посилення біоелектричної активності було найбільш значним у вентральному гіпокампі – у 4-5 разів, а також у лобовій і тім'яній корі – у 2-3 рази. Збільшення потужності ЕЕГ-потенціалів здійснювалося, в основному, за рахунок посилення δ - і θ -хвильової активності.

Введення тваринам П після застосування LiCl супроводжувалося скороченням латентного періоду посилення біоелектричної активності більш ніж у 2 рази порівняно з групою тварин із введенням одного П. Найбільш значне посилення біоелектричної активності у всіх досліджуваних структурах відзначалося через 60 хв після застосування Li-пілокарпіну. Величина ЕЕГ-потенціалів була найбільшою у вентральному гіпокампі і лобовій корі. Найбільш сильно (у 6-8 разів), у порівнянні до початкової фонові активності, збільшувалося представництво ритмічної активності α -діапазону, у той час, як

низькочастотні ритми δ - і θ -діапазону підсилювалися в 4-5 разів. Найбільш потужна електрична активність генерувалася нейронами вентрального гіпокампу, а найбільш значною частотною складовою при цьому була активність δ -діапазону ($311,1 \pm 25,7$ мкВ).

Таким чином, одноразове застосування шурам П призводить до підсилення біоелектрогенезу в усіх досліджуваних утвореннях головного мозку. Цей факт узгоджується із даними *in vitro* досліджень на ізольованих зрізах утворень лімбічної системи, які підтверджують дію П, що проявляється зниженням порогів збудливості нейронів. Серед можливих механізмів довготривалих електропатологічних змін під впливом П відзначають дизрегуляцію мускаринових та дофамінових рецепторів базальних гангліїв, зниження чутливості постсинаптичної мембрани до дії ГАМК та порушення в системі глутамату через гальмування активності GAD і активацію NMDA рецепторів.

УДК: 611.717/718-018.43-02:616.395

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ КОМПАКТНОЇ РЕЧОВИНИ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК СКЕЛЕТУ ПРИ АДАПТАЦІЇ ЇХ ДО ЗАГАЛЬНОГО ЗНЕВОДНЕННЯ

О.М. Киричок, В.Д. Волошин

Кафедра анатомії людини

У молодих статевонезрілих щурів на 43 добу циклу адаптації до загального зневоднення вивчали структуру компактної речовини довгих трубчастих кісток.

Гістоморфометричні дослідження вказують на відмінності морфометричних показників довгих трубчастих кісток між контрольними інтактними та експериментальними адаптованими молодими статевонезрілими щурами, при збереженні типової гістологічної картини діафізів. При вивченні поперечного зрізу діафіза під світловим мікроскопом добре розрізняються ендостальна, периостальна пластинки та остеонний шар, що представлений первинними остеонами з розширеним центральним каналом. Між пластинками остеона концентричними колами розміщуються остеоцитарні лакуни з остеоцитами, що мають добре контрастовані ядра. Межі остеонів достатньо виражені. Прогалини між сусідніми остеонами заповнені вставними пластинками компактної речовини. На препаратах поперечних зрізів діафізів в компактній речовині часто зустрічаються поперечні фолькманівські канали.

Морфометричні дані вказують на збільшений центральний канал остеона на 5,37-5,63 %, розширення площі кістково-мозкового каналу на 8,48-8,79 % при зменшенні ширини остеонного шару на 2,89-3,21 %, площі діафізу – на 4,46-4,62 %, діаметра остеонів – на 4,52-4,87 %. Зони оточуючих пластин звужені на 0,51-0,91 %.

УДК 543.39: 579.851.48

ВИЯВЛЕННЯ ПАТОГЕННИХ СЕРОВАРІВ КИШКОВОЇ ПАЛИЧКИ У ВОДІ ЯК ДОДАТКОВИЙ ПОКАЗНИК ЇЇ САНІТАРНОГО СТАНУ

С.І. Климнюк, Е.М. Кованова

Кафедра мікробіології з курсом вірусології та імунології

За останні роки серед кишкових паличок виявлено патогенні серовари, які можуть спричинити епідемічні спалахи за типом колієнтеритів, холероподібної діареї, дизентерієподібних захворювань, уремичного гемолітичного синдрому та ін. Тип епідемічних спалахів переважно водний або харчовий. В той же час, згідно наказу МОЗ України № 383 від 23.12.1999 р., у питній воді визначається індекс БГКП (бактерій групи кишкової палички), коли кишкову паличку розглядають лише як індикатор фекального забруднення.

Метою дослідження було виявлення у воді патогенних сероварів *E.coli*. За розробленою нами методикою дослідили проби питної водопровідної і джерельної води, а також воду ставу м. Тернополя,

стічні води. Патогенні серовари виявлено у пробах водопровідної води (4 проби з 17) і у воді ставу (1 проба з 5) на фоні індексів БГКП від 5 до 1.

Знаходження патогенних сероварів *E. coli* у питній воді з нормальними показниками індексів БГКП вказує на недостатню інформативність останніх, як таких, що не враховують патогенні властивості самих кишкових паличок. Отже, виявлення патогенних сероварів, особливо у питній воді, дає більш об'єктивну оцінку її санітарного стану.

Пропонується використовувати цей тест як додатковий при контрольних дослідженнях води паралельно з визначенням індекса БГКП. Доцільно також виділення з води патогенних кишкових бактерій, що проводиться згідно наказу МОЗ за епідеміологічними показаннями, доповнити виявленням патогенних сероварів кишкової палички.

УДК 612.176-02:616.12-21.1

ФІЗИЧНІ І ПСИХОГЕННІ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯ ЯК ЧИННИКИ КАРДІОПАТОЛОГІЇ

К.В. Кованов

Кафедра нормальної фізіології

У сучасних навчальних і наукових виданнях – як закордонних, так і вітчизняних – традиційно стверджується, що механізм збудження синусового вузла (СВ) є лише спонтанним і лише автоматичним проявом його функціонування. Можливість того, що збудження СВ здійснюється також подразниками, що утворюються в ньому самому і, інтегруючись з тими, що надходять з інших органів і систем, обумовлюють показники частоти і ритму серцевих циклів, не вивчали. Автоматизм СВ не усуває його чутливості до впливу на нього різних подразників, що потрапляють в систему кровообігу.

Нами проведено експериментальні дослідження чутливості СВ до речовин нейромедіаторного, ендокринного, метаболічного походження введенням їх у судини кровопостачання СВ в гострих дослідках на собаках і кішках. Чутливість СВ до механічних розтягнень вивчали збільшенням об'єму крові, що надходить до правого передсердя. Відомості про психогенні впливи отримували в процесі співбесід на емоційно-хвилюючі питання з обстежуваними при реєстрації пульсу і артеріального тиску. Аналізували випадки серцевих розладів, обумовлені психогенними травмами службового або сімейного генезу. Вивчали обставини необхідності використання штучного водія ритму.

На основі отриманих даних зроблено висновок, що фізіологічними механізмами функціонування синусового вузла є автоматично-адаптивна регуляція, яка забезпечує ситуаційну досконалість діяльності серця.

УДК 616.342-097-02:616.36/.37]-092.9

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ІМУНОКОМПЛЕКСНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ДВНАДЦЯТИПАЛІЙ КИШЦІ ПРИ УРАЖЕННЯХ ОРГАНІВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ

Н.Є. Лісничук, М.С. Гнатюк, Ю.В. Сорока

ЦНДЛ, кафедра анатомії людини

Проблема імунокомплексних захворювань – одна з найбільш актуальних проблем сучасної клінічної імунології. За останні роки розкрито багато ланок патогенезу імунокомплексного ураження тканин. Це стало можливим завдяки розробці нових методів вивчення властивостей імунних комплексів (ІК). До найбільш патогенних імунних комплексів належать ІК середнього і малого розміру, здатні фіксувати комплемент. Саме вони спричиняють ураження тканин-мішеней, викликаючи облітерацію мікроциркуляторного русла, виникнення джерела запалення, ділянок місцевої ішемії та некрозу.

Метою даної роботи було з'ясування здатності ІК викликати патологічну реакцію в дванадцятипалій кишці (ДПК) при ураженні органів гепатопанкреатобіліарної зони. Розміри ІК визначали за методикою П.В.Стручкова та співавт. (1985). Графічною оцінкою результатів досліджень та аналізом отриманих

констант виявлено велику кількість ІК середнього та малого розмірів, що свідчить про розвиток імунокомплексної патології в організмі експериментальних тварин. Отримані дані корелюють з результатами морфологічного та імуногістохімічного дослідження ДПК. Гістологічно спостерігалися явища мукоїдного набухання стінки дрібних артерій, звуження їхнього просвіту. В оболонках дослідженого органа відмічалися виражені судинні розлади, а саме: повнокрів'я судинного русла, стази, діapedезні периваскулярні крововиливи, альтеративні та інфільтративні процеси. Імунофлюоресцентним методом виявлено велику кількість плазмоцитів-продуцентів IgIg класів М та G в стромі слизової оболонки ДПК, відкладання їх та ІК в стінці дрібних артерій і мікроциркуляторному руслі. Встановлено тісний кореляційний зв'язок ($r = + 0,76 - 0,83$) між кількістю ІК середнього і малого розмірів та ступенем альтеративних, інфільтративних змін і порушеннями мікроциркуляції в стінці ДПК.

Таким чином, концентрація та розміри ІК адекватно відображають особливості деструктивних процесів в ДПК при ураженні органів гепатопанкреатобіліарної зони, що необхідно враховувати при діагностиці, корекції та профілактиці даної патології.

УДК:617.713-085.356-003.9

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛОКАЛЬНИХ ЗАСОБІВ З БЕТА-КАРОТИНОМ НА РЕПАРАТИВНІ ПРОЦЕСИ РОГІВКИ

Н.А. Мартінек

Кафедра офтальмології

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Нами розроблено очні форми – краплі та мазь з природним бета-каротином з метою розширення асортименту препаратів локальної дії при лікуванні захворювань рогівки. Експериментальні дослідження проводились на 40 кроликах породи шиншила масою 2,5-3 кг, яким після епібульбарної анестезії 0,3 % розчином дикаїну в центральній ділянці рогівки інтактних правих очей змодельовано виразку на 2/3 глибини рогівки трепаном 4 мм.

В залежності від способу лікування дослідні тварини були розділені на 4 групи:

I гр. – тварини, яким проводились інстиляції крапель з бета-каротином, II гр. – закрупували в кон'юнктивальну порожнину оливкову олію, III гр. – закладали мазь з бета-каротином, IV гр. – закладали основу мазі. Частота маніпуляцій – 3 рази на день до повної регенерації рогівки. Контроль загоєння раневої поверхні здійснювався за клінічними ознаками, за допомогою флюоресцеїнової проби, реєструвався фотознімками. Якість рубцевого процесу досліджено гістологічно після енуклеації.

Висновок. В експерименті встановлено, що використання очних форм лікарських засобів з бета-каротином у лікуванні виразкового кератиту має вагомі переваги: прискорює загоєння дефекту рогівки, зменшує ступінь запальної реакції ока, позитивно впливає на якість рубцевого процесу. Очні краплі і мазь з бета-каротином можуть бути рекомендовані для застосування в клінічних умовах.

УДК: 582.542.11

ХІМІЧНИЙ СКЛАД ПИРІО ПОВЗУЧОГО (AGROPYRON REPENS L.)

С.М. Марчишин

Кафедра фармакогнозії з біологією та медичною генетикою

Акцентуючи увагу на цілющих властивостях рослин родини злакових, науковці сучасності значну увагу приділяють використанню їх у медичній практиці.

Молода трава злаків має виражену імуностимулюючу дію, що особливо важливо для сучасної людини, в якій внаслідок стресів, забруднення продуктів харчування пестицидами, радіологічної ситуації розвивається імунодефіцит.

Об'єктом наших досліджень є рослина родини злакових (Gramineae) – пирій повзучий (*Agropyron repens L.*). Корені пирію як лікарська сировина були включені до перших Фармакопей Росії. Сьогодні кореневище пирію широко використовується в зборах лікарських трав відхаркуючої, сечогінної, протизапальної, адаптогенної дії фірм Herbarol (Польща), Herbalife (США), Aim (Україна), а також у складі харчових добавок, косметичних засобів, протицелюлітних препаратів та препаратів для зменшення маси тіла. Наземна частина рослини, яка містить багато біологічно активних речовин, досі не знайшла належного застосування.

Метою нашої роботи було вивчення хімічного складу кореневищ і молодої трави пирію повзучого, а також рослини в комплексі. У результаті попередніх досліджень встановлено, що вихід ліпофільної фракції всієї рослини складає 1,55 % маси сухої сировини. При цьому в складі ефірної олії, вміст якої досягає 0,06 % маси сухої сировини, переважає тритерпен аргопірен. Вихід спиртової витяжки з рослини становить 11,8 %, водної – 36 %. Вміст білково-полісахаридної фракції пирію – 13,2 % маси сухої сировини. Також встановлено, що водний екстракт містить до 30 % вільних цукрів, де переважає фруктоза (до 13 %) і манніт (до 10 %), що обумовлює солодкуватий смак екстракту; до 10 % органічних кислот (переважає вміст яблучної кислоти); суму поліфенолів, в тому числі флавоноїди (до 9 %), фенолові кислоти та їх глікозиди. Полісахаридна фракція представлена, в основному, фруктаном тритицином (55%), при гідролізі якого утворюється α -фруктоза, інозит і сапоніни; інуліном (30 %), слизом (до 10 %). У золі пирію виявлено кальцій і залізо.

УДК: 61:004.651(75.8)

СИСТЕМИ ПІДТРИМКИ РІШЕНЬ В МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

В.П. Марценюк, Н.О. Кравець, О.Я. Ковальчук, А.В. Семенець, В.І. Кульчицький, І.М. Лашкевич

Кафедра медичної інформатики з курсом фізики та спецобладнання

Переважаюча більшість процесів в медицині носить складний нелінійний характер. Сюди долучаються складності, пов'язані з ефектами післядії. Слід також враховувати різноманітні випадкові збурення (шуми), які роблять процеси стохастичними. Самі ж формулювання медичних проблем є за своєю суттю задачами дослідження стійкості, чутливості, керованості динамічних систем. На сьогоднішній день – це складні обчислювальні задачі, якими займаються науковці в галузі фундаментальних досліджень.

Представлено компартментний підхід до побудови моделей біомедичних систем. Його випробувано на прикладах систем синтезу білка, регуляції рівня цукру в крові, радіотерапії, реконструкції кісткової тканини, експериментального токсичного коліту, внутрішньої сфери людського організму. Вказано методи вивчення біосистем з точки зору системного аналізу (проблеми стійкості, оптимального керування, атрактори, граничні цикли, біфуркації). Представлено систему підтримки рішень при діагностуванні остеопоротичних уражень кісткової тканини. Розроблені методи доведено до комп'ютерної реалізації у вигляді Інтернет-проектів.

УДК: 611.717/718-018.4-02:616.71-007.234

МІНЕРАЛЬНИЙ СКЛАД ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК БЛИХ ЩУРІВ ПРИ ВТОРИННОМУ ОСТЕОПОРОЗІ

В.М. Мерецький, Я.І. Федонюк

Кафедра нормальної анатомії

Остеопороз – найбільш розповсюджене системне метаболічне захворювання кісткової тканини, яке характеризується зниженою кістковою масою (остеопенією) і порушенням мікроархітектоніки кісткової тканини з явищами підвищеної ламкості і ризиком виникнення переломів кісток. Протягом останніх років збільшується перелік клінічних станів, що супроводжуються втратою кісткової тканини та остеопорозом. Останній є частим проявом посткастраційного синдрому або синдрому видалених

яйників. Мета нашого дослідження – вивчення мінерального складу плечових, великогомілкових та стегнових кісток у статевозрілих самок білих щурів вагою 230-280 г, в яких після проведеної двобічної оваріектомії було діагностовано розвиток остеопенічного синдрому. Контролем слугувала група щурів, у якої яйники не видалялись. Здійснювали визначення кількості кальцію, фосфору, натрію, калію та магнію у вищеперерахованих кістках. Отримані результати вказують, що за умов розвитку остеопорозу спостерігається зниження вмісту кальцію та фосфору в середньому на 20,9 % і 4,1 % у порівнянні з інтактними тваринами, збільшення вмісту калію, натрію та магнію на 12,3 %, 14,5 % і 6,8 % відповідно. Ці дані свідчать про те, що видалення яйників призводить до певних змін властивостей кісткової тканини, які супроводжуються дисбалансом окремих мікроелементів, що є однією з патогенетичних ланок розвитку остеопенічних змін у довгих трубчастих кістках.

УДК: 615.453.6:582.232

ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ АДАПТИВНОЇ ДІЇ ПРЕПАРАТІВ

О.Я. Міщенко, Н.С. Чорна

Центральна науково-дослідна лабораторія
Національна фармацевтична академія України, м. Харків

Важливою задачею фармації є забезпечення населення препаратами адаптивної дії з метою підвищення неспецифічної резистентності організму до змін навколишнього середовища та підтримки високої працездатності.

Метою даного дослідження стало експериментальне вивчення актопротекторної дії нових субстанцій похідних янтарної кислоти – “Калукцина”, диглюкозаміну сукцината та препаратів на основі сировини природного походження: капсул “Полентар”, таблеток “Спірумел”.

Актопротекторну активність препаратів та їх вплив на провідні лімітуючі ланки працездатності вивчали в тесті бігу щурів на третбані. Тренування та введення препаратів тривало протягом 2-3 тижнів. Критерієм повного втомлення при зростаючому навантаженні слугувала неспроможність тварин до подальшого бігу.

Досліди показали, що всі досліджувані об’єкти вірогідно підвищували тривалість бігу, чому сприяла метаболічна перебудова організму тварин. Співвідношення продуктів вуглеводного та енергетичного обміну (лактат/піруват, АТФ/АДФ) свідчило про ефективне використання енергетичних субстратів. Дихальна активність мітохондрій підвищувалась, що вказувало на адаптаційну реакцію на субклітинному рівні. Вміст продуктів перекисного окислення ліпідів – одного з лімітуючих факторів працездатності, під дією препаратів значно знижувався, у порівнянні з контрольними тваринами, а рівень маркера фізіологічної антиоксидантної системи – відновленого глутатіону, зростав.

Отже, здатність вищевказаних об’єктів формувати адаптивну реакцію організму піддослідних тварин та чинити актопротекторну дію вказує на перспективність подальших досліджень з метою розробки та впровадження нових адаптивних препаратів у практичну медицину.

УДК 616.233-007.286-003.9-02:616.24-089.87

ЗАЖИВЛЕННЯ КУКСИ БРОНХА ПІСЛЯ ПУЛЬМОНЕКТОМІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ

І.Р. Мисула, О.В.Вайда

Кафедра фізіотерапії, медичної реабілітації та курортології

Реакція запалення тісно пов’язана з реактивністю організму, яка залежить від імунної системи. Для вивчення формування кукси після пульмонекомії нами було змодельовано нормо-, гіпер- і гіпореактивність організму. Дослідження показало, що некротичні процеси, які розвиваються після пульмонекомії на фоні нормореактивного типу запалення досягають максимуму на 1 добу після операції

і закінчуються до 3-5 дня. Маркери репаративних процесів підвищувались на I добу з максимумом на 7-9 день і наступною швидкою нормалізацією до кінця спостереження. У відповідності: гіперреактивний тип запалення - максимум значень визначався на 12-18 годину після операції, а падіння активності відбувалось повільніше – протягом 7-9 днів. Репаративні ж процеси сягали максимуму на 13-15 добу. Гіпореактивний тип запальної реакції – максимальне значення визначалось на 5 добу, сягаючи нормального рівня на 13-й день експерименту. Максимум значень репаративних процесів спостерігався на 15-20 добу. Приходимо до висновку, що запалення рани після пульмонектомії на фоні нормореактивності організму перебігає по оптимальному шляху.

УДК 615.012:542.9+615.272+615.276

ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМА ГЛІКОЗАМІНОГЛІКАНІВ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ КОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ДИСТРОФІЇ

С.М. Осадченко

Державний фармакологічний центр МОЗ України, м. Київ

Для дослідження протиартрозної дії нових препаратів на експериментальних тваринах було відтворено модель кортикостероїдної дистрофії за Gray, Gottlieb з нашими модифікаціями, що виражалися у зменшенні щодобової дози гідрокортизону ацетату та збільшенні тривалості його введення, та проведено визначення фракційного складу глікозаміногліканів у гіаліновому хрящі великих суглобів та сироватці крові дослідних тварин.

Введення експериментальним тваринам гідрокортизону ацетату призводило до зниження вмісту в хрящі суглобів фракцій гіалуронатів, хондроїтинсульфатів, високосульфатованих глікозаміногліканів, а також суми глікозаміногліканів відповідно на 48,61 %, 38,73 %, 32,19 % та 10,19 %. Водночас із тим мало місце таке ж інтенсивне збільшення вмісту зазначених фракцій глікозаміногліканів у сироватці крові на 36,94 %, 52,76 %, 37,74 % та 43,04 % відповідно. При цьому чутливий та рухомий показник – коефіцієнт відношення вмісту глікозаміногліканів у хрящі та у сироватці крові зменшувався на 66,01 %. Це говорить про те, що внаслідок тривалого впливу масивних доз мало місце не тільки порушення біосинтезу, але й прискорення руйнування глікозаміногліканів у сполучній тканині.

Зроблено висновок про придатність зазначеної моделі кортикостероїдної дистрофії для дослідження фармакологічної активності нових препаратів, що модифікують протікання остеоартрозу.

УДК 636.2: 612.015.3: 591.13

СИНТЕЗ ЛІПІДІВ У СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗАХ ТВАРИН ЗА РІЗНОГО ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ В УМОВАХ IN VITRO.

О.С. Покотило, М.М. Корда, М.Я. Яковенко

Кафедра фармакогнозії з біологією та медичною генетикою

Актуальність досліджень обумовлена недостатнім з'ясуванням біохімічних механізмів і факторів регуляції, які лежать в основі зниження живої маси тварин у початковий період лактації і її відновлення в наступний період. Процеси мобілізації енергетичних і пластичних речовин в організмі стосуються більшою мірою жирової і м'язової тканин як найбільш насичених цими речовинами і найменш спеціалізованих. Метою роботи було визначити інтенсивність синтезу ліпідів in vitro в різні періоди вагітності і лактації у скелетних м'язах тварин, використовуючи як попередники радіоактивно мічені жирні кислоти, глюкозу і амінокислоти. Визначали радіоактивність окремих класів ліпідів (сцинтиляційний лічильник LKB (Швеція)), які після екстракції загальних ліпідів сумішшю хлороформ-метанол виділяли шляхом тонкошарової хроматографії на силікагелі.

В результаті проведених досліджень встановлено, що застосовані нами ліпогенні субстрати утилізуються у процесі синтезу ліпідів у скелетних м'язах тварин з різною швидкістю. Так, [$1-^{14}\text{C}$]

стеаринова кислота значно більшою мірою використовується в синтезі ліпідів, ніж $[1-^{14}\text{C}]$ оцтова кислота, $[6-^{14}\text{C}]$ глюкоза і D,L-3-феніл- $[1-^{14}\text{C}]$ -аланін. Встановлено також, що інтенсивність синтезу окремих класів ліпідів у скелетних м'язах тварин залежить, з одного боку, від особливостей метаболізму досліджуваних ліпогенних субстратів, а з другого - від фізіологічного стану тварин. Інтенсивність синтезу ліпідів у скелетних м'язах тварин в умовах *in vitro* при використанні як попередника $[1-^{14}\text{C}]$ стеаринової і $[1-^{14}\text{C}]$ оцтової кислот значно нижча, а при використанні D,L-3-феніл- $[1-^{14}\text{C}]$ -аланіну і $[6-^{14}\text{C}]$ глюкози – вища на початку лактації, порівняно з такою у кінці лактації і в кінці вагітності.

УДК 615.5-022-06:616.379-008.64

АДГЕЗИВНА АКТИВНІСТЬ БАКТЕРІАЛЬНИХ УГРУПОВАНЬ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

О.В. Покришко, С.І. Климнюк

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Адгезивна здатність мікроорганізмів є обов'язковою умовою формування інфекційного процесу. На моделі людських еритроцитів досліджено адгезивну активність представників родини *Micrococcaceae* (стафілококів і мікрококів), а також аеробних спороутворюючих бацил, виділених зі шкіри хворих на цукровий діабет. Їх виражали індексом адгезії мікроорганізмів (ІАМ) – числом бактерій, адгезованих одним еритроцитом.

Більшість штамів були адгезивно активними, 30,4 % мали середній ступень адгезивності. 17,4 % культур виявили здатності прилипати до мембран еритроцитів. Серед 96 штамів стафілококів переважали мікроби з високим індексом адгезії (67,4 % культур). Найвища адгезивність спостерігалась серед штамів *Staphylococcus intermedius* і *Staphylococcus aureus*. ІАМ становив відповідно $(9,9 \pm 1,1)$ і $(7,7 \pm 0,6)$ клітин на одному еритроциті. Високою здатність до присипання була у більшості штамів *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus saprophyticus*, індекси адгезивності яких були в межах 5,1-7,5 клітин на еритроцит. Серед *Staphylococcus xylosum*, *S. warneri* переважали штами із середніми показниками адгезії. Найменш активним серед усіх стафілококів був *Staphylococcus hominis* (ІАМ становив $(3,8 \pm 0,6)$ клітин на еритроцит).

В угрупованні мікрококів (60 штамів) домінували бактерії із середньоадгезивними властивостями, їх індекси адгезивності коливались у межах від $3,8 \pm 0,8$ (*Micrococcus luteus*) до $4,0 \pm 0,6$ (*Micrococcus lylae*). Максимальні значення ІАМ спостерігали в окремих штамів *Micrococcus sedentarius* – $(5,9 \pm 1,2)$.

Із 38 культур аеробних бацил 60,5 % штамів були неадгезивними. Найвищий показник індексу адгезії мікробів був у *Bacillus licheniformis*, найменший – у *Bacillus pumilis* (відповідно $2,5 \pm 1,5$ і $0,9 \pm 0,5$).

Отже, представники мікробіоценозу шкіри у хворих на цукровий діабет мають виражені адгезивні властивості. Ступінь їх прояву залежить біологічних особливостей штамів і, можливо, від ступеня колонізації ними біотопів.

УДК: 616.34-007.272-099]-084

ЗАХИСТ ВІДВІДНОЇ ПЕ ТЛІ ВІД ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ ВМІСТОМ ПРИВІДНОЇ ПЕТЛІ ПРИ ГОСТРІЙ ТОНКОКИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ У ЕКСПЕРИМЕНТІ

К.Г. Поляцко

Кафедра хірургії ФПО

В експерименті па 40 білих щурах лінії Вістар змодельовано гостру тонкокишкову непрохідність. Піддослідні тварини розділені на дві групи, по 20 у кожній. Через 24 год проводилась релапаротомія – тваринам І групи у відвідну петлю вводили 5 % розчин глюкози – 10 мл, тваринам ІІ групи внутрішньопорожнинних введень у кишку не проводили після чого ліквідовували непрохідність. Проведено

гістологічне дослідження кишкової стінки відвідної петлі у обох групах тварин через 3 год після ліквідації непрохідності.

У тварин II групи відмічали слідуєчі зміни. На поверхні більшості ворсин відмічається десквамація епітелію. В оголених ворсинах зменшення числа ядер, що свідчить про некротизування. Окремі ворсини на стадії некрозу. Виразений набряк слизової, особливо підслизової. Над базальною мембраною невеликі запальні інфільтрати, що представлені лімфоцитами та поодинокими нейтрофілами. Незначно розширені кровоносні судини. Різко розширені лімфатичні судини в підслизовому і м'язовому шарі. В серозній оболонці помірний набряк, запальні інфільтрати відсутні.

У тварин I групи відмічається набряк строми ворсин, особливо виразений підепітеліальний набряк, внаслідок чого мають місце великі проміжки між епітеліальним покривом і стромою. Місцями залозистий епітелій на верхівках ворсин десквамований. Помірний набряк слизової і значне розширення лімфатичних капілярів. Запальні інфільтрати відсутні. В підслизовій набряк, повнокровні кровоносні судини незначно розширені. Незначно розширені лімфатичні капіляри м'язового шару. Описані зміни можна трактувати як наслідок підвищеного внутрішньочеревного тиску.

Висновок: внутрішньопорожнинне введення озонованого 5 % розчину глюкози у відвідну петлю має протективний характер щодо ураження слизової токсичним вмістом привідної петлі

УДК:616-005.1-08-039.71.212/:546.23]-092.9

ПРОФІЛАКТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ЛІПІНУ, СЕЛЕНИ І ПІРАЦЕТАМУ ПРИ ГОСТРІЙ КРОВОВТРАТІ У ЩУРІВ З РІЗНОЮ СТІЙКІСТЮ ДО ГІПОКСІЇ

К.А. Посохова, І.Ю. Бережна, І.М. Кліщ, О.М. Олещук

Кафедра фармакології з клінічною фармакологією

У дослідах на 139 нелінійних білих щурах-самцях з генетично обумовленою високою (ВР) і низькою (НР) резистентністю до гіпоксії вивчено ефективність ліпіну, селени і пірацетаму при їх окремому і поєднаному застосуванні при гострій циркуляторно-гемічній гіпоксії (ЦГТ, крововтрата 20-25 % від ОЦК). Через одну і півгодини після крововтрати визначали: у гомогенатах печінки – вміст гідроперекисів ліпідів (ГПЛ), ТБК-активних продуктів (ТБК), відновленого глутатіону (G-SH), активність супероксиддисмутази (СОД), сукцинатдегідрогенази (СДГ), цитохромоксидази (ЦХО), швидкість N-деметилазної та р-гідроксилазної реакцій; у крові – концентрацію церулоплазміну (ЦП), молекул середньої маси (МСМ₁, МСМ₂); напруження кисню в тканинах (РО₂). Фармакологічні агенти застосовували за 12 і 2 год до крововтрати. Через 1/2 год ЦГТ встановлено збільшення вмісту ГПЛ, ТБК, МСМ₁, МСМ₂ у ВР щурів на 20, 7, 20 і 22 %, у НР – на 40, 30, 30 і 42 %, зниження активності СОД у НР і ВР особин в 1,5 рази, СДГ – на 4 і 15 %, а ЦХО – на 5 і 19 % і напруження кисню в тканинах на 5 і 10 % відповідно. Через 1 годину ЦГТ інтенсифікація ПОЛ і зниження активності системи АОЗ виявляються більшою мірою у НР тварин. Захисна дія пірацетаму проявляється лише у НР щурів: вміст ГПЛ і ТБК зменшується через 1 год після ЦГТ на 11 і 14 %. Під впливом селени в обох групах через 1/2 год зменшується вміст ГПЛ, ТБК і зростає активність СОД: у НР тварин на 8, 9 і 50 %, а у ВР – на 10, 10 і 50 %; через 1 год у НР – на 15, 15 і 30 %, а у ВР – на 20, 15 і 70 % відповідно. Під впливом ліпіну зменшується вміст ГПЛ і ТБК через 1/2 год у НР особин – на 7 і 8 %, у ВР – на 8 і 10 % відповідно; через 1 год – на 14 і 10 % у НР і 13 і 14 % – у ВР. У ВР тварин найкращу лікувально-профілактичну дію проявляє комбінація ліпіну і селени через 1/2 і 1 год після кровопускання. Найвищу ефективність при ЦГТ у НР тварин має комбінація ліпіну, селени і пірацетаму, яка сприяє нормалізації показників ПОЛ, АОЗ, систем електронного транспорту мітохондрій та мікросом у печінці.

ЗМІНИ ДЕЯКИХ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ВАЖКІЙ ГЕМІЧНІЙ ГІПОКСІЇ, ВИКЛИКАНІЙ ІНГАЛЯЦІЄЮ МОНООКСИДУ ВУГЛЕЦЮ

К.А. Посохова, В.В. Буковська, І.М. Кліщ, О.М. Олещук

Кафедра фармакології з клінічною фармакологією

У дослідах на 12 білих нелінійних щурах-самцях вивчено вплив монооксиду вуглецю (СО) (затруювання статичним способом у герметично закритій камері, концентрація СО 12500 мг/м³, експозиція 15 хвилин) на вміст гідроперекисів ліпідів (ГЛ), ТБК-активних продуктів (ТБК), нітрит-аніону (NO₂), активність каталази (КТ), супероксиддисмутази (СОД), сукцинатдегідрогенази (СДГ) і цитохромоксидази (ЦХО) у гомогенатах печінки, нирки, серця і мозку через 1 год після припинення інгаляції СО. Контролем служили тварини, які протягом 15 хв перебували у герметичній камері аналогічного об'єму без інгаляційного впливу СО. Встановлено, що після інгаляції СО у концентрації 12500 мг/м³ протягом 15 хв в експериментальних тварин розвивається важке отруєння, що супроводжується їх загибеллю у 50 % випадків. У тварин, які вижили, зростає вміст ГЛ та ТБК у печінці на 37 і 53 %, нирках на 13 і 28 %, серці на 27 і 36 %, мозку на 37 і 57 % відповідно. Одночасно значно знижується активність КТ і СОД: у печінці на 50 і 40 %, нирках на 78 і 51 %, серці на 62 і 65 %, мозку на 60 і 44 %. Активність СДГ вірогідно знижується: у печінці на 34 %, нирках на 31 %, серці на 45 %, мозку на 56 %, а ЦХО - дещо зростає: у печінці на 22 %, нирках на 19 %, серці на 11 %, мозку на 15 %. Вміст NO₂ на фоні токсичного впливу СО знижується у всіх органах: у печінці на 16 %, нирках на 11 %, серці на 8 %, мозку на 15 %

Таким чином, на фоні гострої гемічної гіпоксії, викликаній інгаляцією монооксиду вуглецю, у внутрішніх органах експериментальних тварин спостерігається зниження вмісту нітрит-аніону, активація процесів переокислення мембранних ліпідів, пригнічення активності антиоксидантного захисту, зменшення активності сукцинатдегідрогенази та зростання активності цитохромоксидази.

УДК: 617.713-07:615.276

ПОГЛИБЛЕНЕ ВИВЧЕННЯ АНТИЕКСУДАТИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КОМБІНАЦІЇ ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИДУ І ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

С.Б. Попов, І.А. Отрішко

Кафедра клінічної фармації
Національна фармацевтична академія України, м. Харків

Експериментальні дані скринінгових досліджень антиексудативної активності комбінації глюкозаміну гідрохлориду і диклофенаку натрію показали наявність вираженої антиексудативної активності досліджуваної комбінації в дозі 36 мг/кг. Поглиблене вивчення антиексудативних властивостей комбінації проводили на моделі набряку легень.

Дослідження проведено на білих безпородних щурах масою 180-200 г. Комбінацію глюкозаміну гідрохлориду і диклофенаку натрію у вигляді таблеток вводили в дозі 36 мг/кг за 1 годину до введення 6 % розчину хлориду амонію (NH₄Cl) із розрахунку 400 мг/кг. У якості препарату порівняння використовували таблетки диклофенаку натрію, які вводили в дозі 4 мг/кг, що відповідає його дозуванню в комбінованих таблетках. Ефективність досліджуваних таблеток оцінювали за виживанням тварин, зменшенням коефіцієнту набряку легень (КНЛ).

Результати проведених досліджень достовірно показали, що комбінація глюкозаміну гідрохлориду і диклофенаку натрію проявляє антиексудативну активність, яка в 2,4 рази перевищує антиексудативну активність диклофенаку натрію в аналогічній дозі, що підтверджувалось показниками виживання тварин та КНЛ. В даному випадку ми маємо виражений ефект потенціювання двох абсолютно різних за хімічною структурою та фармакологічною належністю речовин.

Глюкозамін як структурний компонент входить до складу глікопротеїдів і глікозаміногліканів легеневої тканини. Його екзогенне введення сприяє нормалізації обміну ендogenous N-ацетилглюкозаміну в легеневій тканині. Диклофенак натрію інгібує біосинтез простагландинів, зменшує проникність капілярів, стабілізує мембрани лізосом, чим попереджує вихід в цитоплазму лізосомних гідролаз, гальмує синтез та інактивує медіатори запалення.

Отже, глюкозаміну гідрохлорид і диклофенак натрію, маючи принципово різні за направленістю механізми дії, проявляють взаємопотенціюючий пульмопротекторний ефект.

УДК:616.381–002–078–06:616.33/.342–002.45]–092.6

БАКТЕРІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИТОНІТУ ПРИ ПРОРИВНИХ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Е.В. Ремезюк

Кафедра хірургії ФПО

В експериментальних умовах на 80 білих щурах лінії Вістар змодельовано перитоніт в результаті проривної пілородуоденальної виразки. Проведено бактеріологічне дослідження перитонеального ексудату через 3, 6, 12, 18, 24 години з моменту перфорації.

При експериментальному перитоніті в результаті проривної виразки при умові, коли з моменту перфорації пройшло не більше 18 годин, в перитонеальному ексудаті в основному визначаються асоціації *E.coli* та стафіло- і стрептококи в кількості 10^{4-5} м.т/г, ведучою мікрофлорою є аеробні коки, які в 70 % випадків представляють собою монокультуру, крім того виділялися асоціації бактероїдів, біфідобактерій, грибів *Candida* в кількості до 10^{2-3} м.т/г. При аналізі мікробних асоціацій до 60 % в них приймають участь мікроорганізми групи *E.coli*. Якщо з моменту перфорації пройшло 24 години і більше, в перитонеальному ексудаті в основному визначалися асоціації *E.coli* та стафіло- і стрептококи в кількості 10^{6-7} м.т/г, крім того виділялися асоціації біфідобактерій, лактобактерій, клебсіели, протей в кількості 10^{5-7} м.т/г, поряд з аеробними коками домінуюче місце займають анаеробні та факультативно- анаеробні бактерії, спостерігається змішана аеробно-анаеробна флора.

УДК 615.27.4:547.98

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЕЛАГОТАНІНОВІСНИХ ПРЕПАРАТІВ НА МОРФОСТРУКТУРУ ДУГИ АОРТИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ

Т.С. Сахарова, Ю.Б. Ларьяновська

Центральна науково-дослідна лабораторія

Національна фармацевтична академія України, м. Харків

В умовах експериментального атеросклерозу у кролів досліджений вплив альтану – препарату на основі рослинних елаготанінів, на морфоструктуру дуги аорти порівняно з відомим біофлавоноїдним препаратом кверцетином. У наших дослідях тривале утримання кролів на дієті, збагаченій холестерином, спричиняло суттєві зміни морфоструктури судинної стінки. Відзначалось значне потовщення субендотеліального шару, проліферація малодиференційованих клітин, фрагментація внутрішньої еластичної мембрани. Зміни носили як вогнищевий, так і поширений характер, іноді з подушкоподібним потовщенням. У частини кролів мали місце дрібні атероматозні осередки з елементами вапнування.

Лікувально-профілактичне пероральне введення альтану призводить до виразної регресії атеросклеротичного процесу. На мікропрепаратах 80 % тварин зміни стінки дуги аорти практично відсутні, внутрішня оболонка інтактна. У середній оболонці мала місце не дуже чітка конфігурація вікончастих пластинок та дещо розмите забарвлення основної речовини. Лише у одного кроля виявлена осередкова вакуолізація субінтимальної ділянки з подушкоподібним потовщенням стінки судини на цьому відрізку. При застосуванні кверцетину у 20 % тварин зміни дуги аорти мали досить поширений характер з наявністю атероматозних

осередків. У інших 20 % кролів вакуолізація та проліферація клітин виявлялась переважно у внутрішній оболонці, у середній оболонці – незначне висвітлення основної речовини. У 40 % тварин зміни у внутрішній оболонці носили окремих дрібноосередковий характер без помітного потовщення. І лише у 20 % кролів внутрішня оболонка дуги аорти була без ознак вакуолізації, змін клітинності субендотеліального шару.

Таким чином, введення у лікувально-профілактичному режимі альтану – препарату на основі рослинних елаготанінів, з очевидною виразністю попереджає розвиток атеросклеротичного ушкодження дуги аорти, перевершуючи за ефективністю кверцетин, який на сьогоднішній день використовується у комплексній терапії атеросклерозу.

УДК: 616-001.28-02:5912-089.001.5

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЛОКАЛЬНОГО ОПРОМІНЕННЯ НА СОБАК З ПОВНОЮ ПОЗДОВЖНЬОЮ СЕРЕДИННОЮ СТЕРНОТОМІЄЮ

А.А. Ткач

Кафедра онкології

Державний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Проведена серія експериментальних досліджень на тваринах з метою вивчення клінічного стану та морфологічних змін грудної кістки собак під впливом локальної телегаматерапії, після повної поздовжньої серединної стернотомії і визначення чи не перешкоджає цей вид оперативного доступу локальному опроміненню в післяопераційному періоді. На першому етапі 12 піддослідним тваринам виконувалась стернотомія. Другий етап дослідження, після оперативного втручання, включав проведення дистанційної телегаматерапії на апараті “АГАТ-С” в режимі середнього фракціонування і сумарній дозі поглинання 40,0 Греї на ділянку консолидованої грудної кістки. Всім тваринам проводили загальний аналіз крові до, під час, а також через місяць після закінчення курсу телегаматерапії. Після серединної стернотомії 4 собакам, виконували відкритий операційний забір ділянок консолидованої грудної кістки та навколишніх м’яких тканин для морфологічних досліджень. Іншим тваринам відкрито біопсію проводили під час та через місяць після закінчення опромінення. Вивчений променевої патоморфоз консолидованої грудної кістки у собак. Дослідження показали, що телегаматерапія викликала помірні суб’єктивні зміни загального стану організму піддослідних тварин. Пригнічення кровотворення було помірним і пройшло самостійно без медикаментозної корекції. Опромінення не вплинуло на кістковий мозоль груднини, не викликало резорбції новоутворених кісткових структур і не призвело до інших видимих патологічних змін. Отже, повна поздовжня серединна стернотомія не є перешкодою для проведення променевої терапії в післяопераційному періоді.

УДК 615.012:542.9+615.272+615.276

ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ КОЛАГЕНУ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ КОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ДИСТРОФІЇ

В.О. Туляков

Кафедра клінічної фармації

Національна фармацевтична академія України, м.Харків

При відтворюванні моделі кортикостероїдної дистрофії за Gray, Gottlieb на білих щурах лінії Вістар з нашими модифікаціями для дослідження протиартрозої дії нових протиартрозої препаратів проводили біохімічний аналіз вмісту оксипроліну – в сироватці крові по-фракційно – вільного, пептидно-зв’язаного, білково-зв’язаного та суми оксипроліну, і в суглобовому хрящі – сумарного вмісту оксипроліну.

Відзначено, що у результаті тривалого впливу підвищеними дозами гідрокортизону ацетатом у експериментальних тварин на 39,96 % знижувався вміст у сироватці крові фракцій білково-зв’язаного оксипроліну, що говорить про зменшення анаболічної активності у хрящі суглобів, а також підвищення

на 25,53 % вмісту фракції вільного оксипроліну, який служить маркером катаболічних процесів сполучної тканини. Сумарний рівень оксипроліну та його пептидно-зв'язаної фракції суттєво не змінювався. Водночас із тим, вміст оксипроліну в хрящі великих суглобів знижувався на 27,10 %.

Таким чином, зазначене вище підтверджує інгібування кортикостероїдами метаболізму колагену та колагеноподібних білків, а також доцільність використання даної моделі для дослідження нових препаратів, що модифікують протікання остеоартрозу.

УДК 615.012:542.9+615.272+615.276

ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ ВУГЛЕВОДНО-БІЛКОВИХ СПОЛУК У СПОЛУЧНІЙ ТКАНИНІ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ КОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ДИСТРОФІЇ

В.О.Туляков, С.М.Осадченко

Кафедра клінічної фармації
Національна фармацевтична академія України, м.Харків
Державний фармакологічний центр МОЗ України, м.Київ

Проведено оцінку адекватності та придатності моделі кортикостероїдної дистрофії за Gray, Gottlieb на білих щурах лінії Вістар з нашими модифікаціями для вивчення впливу нових досліджуваних препаратів, модифікуючих протікання остеоартрозу, на метаболізм вуглеводно-білкових речовин сполучної тканини.

Кортикостероїдну дистрофію моделювали 2-тижневим парентеральним введенням 200 мг/кг гідрокортизону ацетату у вигляді 2 % суспензії. Внаслідок розвитку дистрофічного процесу через 2 тижні після закінчення введення препаратів відзначено зниження на 65,38 % у гіаліновій хрящовій тканині великих суглобів дослідних щурів вмісту гексозамінів, маркерів обміну вуглеводно-білкових сполук, що переважно є структурними компонентами сполучної тканини.

Водночас із тим у сироватці крові дослідних тварин мало місце значне підвищення маркерів запального процесу. Так, концентрація глікопротеїдів підвищувалася на 39,63 %, а сіалових кислот, що більш специфічно відображують інтенсивність запальних процесів у опорно-руховому апараті – на 28,94 %. Слід відзначити значне – на 80,31 % підвищення рівня сумарних хондроїтинсульфатів після впливу на них кортикостероїду.

Таким чином, результати біохімічного дослідження підтверджують адекватність апробованої моделі для відтворення стану артроз-артриту і дослідження специфічної активності нових протиартозных засобів.

УДК 616-053.3-056.3:615.322

ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ І ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ ВІТЧИЗНЯНИХ ФІТОПРЕПАРАТІВ

*В.А. Туманов, О.В. Стефанов, Н.О. Горчакова, С.А. Олійник, Г.М. Войтенко, Л.Ю. Шевченко,
Л.І. Казак, Л.Г. Голота, Т.В. Кава, Т.Г. Самарська*

Кафедра фармакології
Медичний інститут Української асоціації народної медицини, м. Київ

Експериментально за допомогою фізіологічних, біохімічних, фармакологічних досліджень на моделях гепатиту, панкреатиту, гемічної та рухової гіпоксії у щурів визначена гепато-, панкреато-, кардіопротекторна антиоксидантна активність “Поліфітолу-1” та ряду фітокомпозицій з включенням рослин, що ростуть в Україні.

Фізико-хімічні дослідження показали головні метаболічні ланки, на які можуть вплинути рослинні компоненти, та можливість утворення комплексів з солями важких металів, що стверджує дезінтоксикаційні властивості досліджуваних компонентів.

Отримані дані є підставою для включення “Поліфітолу-1” в комплексну фармакотерапію гострого та хронічного панкреатиту, гепатиту. Це особливо стосується контингенту осіб, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

ВПЛИВ ХОЛІНУ НА СИНТЕЗ АЦЕТИЛХОЛІНУ В СЕРЦІ КОНТРОЛЬНИХ І ГІПЕРТИРЕОЇДНИХ ЩУРІВ

В.В. Файфура, Л.М. Сас, Н.Я. Потіха, А.В. Панасенко

Кафедра патологічної фізіології

У досліджах на білих щурах-самцях з І-тироксिनним токсикозом виявлено ослаблення регуляторних впливів блукаючого нерва на кардіоміоцити провідної системи серця. Про це свідчить зниження інтенсивності негативно-хронотропних ефектів електричної стимуляції блукаючого нерва, а також зменшення вмісту ацетилхоліну в передсердях і шлуночках серця. Обмеження холінергічних впливів на серце можна розглядати як один із механізмів розвитку тиреогенної синусової тахікардії. З метою стимуляції синтезу ацетилхоліну в серці було використано премедіатор холін шляхом парентерального введення його в дозі 200 мг/кг. У контрольних тварин корегуючий ефект премедіатора проявився зменшенням частоти серцевих скорочень і збільшенням вмісту ацетилхоліну в міокарді через 15-30 хв після внутрішньоочеревинного введення. Введення холіну на фоні блокади М-холінорецепторів міокарда (атропіну сульфат в дозі 2 мкг/кг внутрішньоочеревинно) давало лише слабо виражену брадикардію, що вказує на холінергічний механізм її виникнення. У щурів з І-тироксінним токсикозом стимулюючий вплив холіну на синтез ацетилхоліну проявлявся значно слабше, ніж у контрольних тварин. Оскільки для тиреотоксичного серця характерний дефіцит енергії, було досліджено поєднаний вплив холіну і АТФ (1 і 10 мкг/кг внутрішньоочеревинно) на синтез ацетилхоліну. Виявилося, що екзогенний АТФ в умовах нашого дослідження не спричинює істотного приросту холінергічного ефекту, порівняно з самим холіном. Результати наших досліджень вказують на принципову можливість керувати синтезом ацетилхоліну в серці. Можна припускати, що активація синтезу медіатора в умовах насичення організму холіном відбувається внаслідок більш масивного захвату його з синаптичної щілини і навколонеуронного простору. Проте, при гіпертиреозі існує якийсь бар'єр, що перешкоджає включенню холіну в синтез медіатора і ослаблює його стимулюючий вплив.

УДК: 611.711.068 – 017.2: 612.014 - 461

ВПЛИВ АДАПТАЦІЙНО-РЕАДАПТАЦІЙНИХ ЗМІН НА БУДОВУ КІСТОК СКЕЛЕТА ПРИ ЗНЕВОДНЕННІ ОРГАНІЗМУ

П.П. Флекей, Н.В.Шовдра

Кафедра нормальної анатомії

Дослідження проводили на білих щурах молодого віку. Моделювали дегідратацію організму і адаптацію до зневоднення. Вивчали довгі трубчасті кістки. Застосовували макро- та мікроскопічні методи дослідження і хімічний аналіз досліджуваних кісток. Зміни кісток скелета при зневодненні організму мають неспецифічний характер і проявляються в уповільненні епіфізарного і субперіостального росту кісток, збільшенні резорбції кісткових структур, розвитку остеопору, зменшенні мінеральної насиченості кісткової тканини, несприятливих перетвореннях органічного матриксу і втраті міцностних властивостей. Характер і ступінь морфологічних перетворень кісток скелета залежить від довготривалості дії дегідратаційного фактора і в меншій мірі від виду зневоднення. Найбільш суттєві зміни остеогенезу спостерігаються у скелеті тварин, які знаходились в умовах позаклітинної дегідратації, менші – в умовах клітинної і найменш значимі – в умовах загального зневоднення.

Швидкість розвитку і ступінь вираженості структурних змін в динаміці реадaptaційних змін в кістках скелета тварин після зневоднення організму знаходяться в залежності від виду екзикозу. Компенсаторні перетворення скелета в процесі реадaptaції починаються з підсилення внутрішньоклітинної регенерації хрящових і кісткових клітин, інтенсифікації обміну мікроелементів і активізації ферментних систем, які приймають участь в остеогенезі. У подальшому відновлюється мікроструктура, мінералізація, лінійні розміри кісток скелета.

Таким чином, адаптаційно-реадaptaційні зміни в кістках скелета при зневодненні організму залежать від виду, а також довготривалості дії того чи іншого фактора.

ДИНАМІКА ВМІСТУ НАТРІЮ, КАЛІЮ, КАЛЬЦІЮ І МАГНІЮ В СЕРЦІ САМЦІВ І САМОК ЩУРІВ З АДРЕНАЛІНОВОЮ МІОКАРДІОДИСТРОФІЄЮ

М.Р. Хара

Кафедра патологічної фізіології

Відмінність між чоловіками і жінками в захворюваності на серцево-судинну патологію наводить на думку про статеву диференціацію функцій серця, або корегуючий вплив статевих гормонів. Проте більшість дослідників вивчають патогенез хвороб серця без урахування статі піддослідних, що, з огляду на дані всесвітньої статистики, не завжди є обґрунтованим. Метою наших досліджень було вивчення вмісту натрію, калію, кальцію і магнію в міокарді самців і самок щурів з адреналіновою міокардіодистрофією, яка була моделлю некротично-дистрофічного процесу. Розвиток адреналінової міокардіодистрофії супроводжувався нагромадженням натрію і кальцію в кардіоміоцитах на першій і двадцять четвертій годинах експерименту (ці етапи дослідження відповідають початку та максимуму процесу некрозоутворення в серці). Динаміка приросту була більше вираженою у самців, ніж у самок, що може свідчити про більш інтенсивний розлад в тканині серця. Рівень калію і магнію в кардіоміоцитах зменшувався протягом усіх етапів дослідження в серці самців. У самок яскраво вираженої динаміки не спостерігали. Попереднє введення кардіопротектора холіноміметика карбахоліну сприяло зменшенню іонного дисбалансу. Сповільнення нагромадження натрію і кальцію особливо було помітним в міокарді самок, що може бути доказом залежності сили протекторної дії від статі тварини.

УДК 618.11-089.87-008.19]085.849.19

ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІТО-ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ ПРИ ПОСТКАСТРАЦІЙНОМУ СИНДРОМІ

С.В. Хміль, В.В. Савчук, М.І. Жилияєв, І.В. Корда, В.М. Флехнер, Л.С. Мілевська

Кафедра акушерства та гінекології медичного факультету

Метою нашої роботи було з'ясування впливу магніто-лазерного випромінювання на рівень кальцію, активність лужної фосфатази у сироватці крові та процеси кісткоутворення у експериментальних тварин після хірургічної кастрації.

Обстежено 70 самок білих щурів. Контрольну групу склали 10 здорових щурів. У 60-ти тварин було проведено оперативне втручання в об'ємі двосторонньої оварієктомії. У післяопераційному періоді 30 тварин не отримували ніякого лікування. Іншим 30-ти щурам проводилося позасудинне магніто-лазерне опромінення крові в інфрачервоній ділянці спектра. Забір експериментального матеріалу (кров, тканини поперекових хребців) проводився на 20-ту, 40-ву та 60-ту доби післяопераційного періоду.

Результати проведених досліджень показали, що у піддослідних тварин після хірургічної кастрації, починаючи уже з 20-го дня післяопераційного періоду, відмічалися ознаки порушення кісткового метаболізму. Це проявлялося зниженням рівня концентрації кальцію і активності лужної фосфатази у сироватці крові та посиленням процесів остеодистрофії в тканинах поперекових хребців. З часом дані зміни посилювались.

Позасудинне магніто-лазерне опромінення крові викликає сповільнення резорбції кісткової тканини, активацію остеогенезу, підвищення рівня кальцію і активності лужної фосфатази у сироватці крові.

Отже, позасудинне магніто-лазерне випромінювання в інфрачервоній ділянці спектра призводить до достовірного покращення показників кісткового метаболізму у піддослідних тварин після хірургічної кастрації у порівнянні з нелікованими тваринами.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІТОПРЕПАРАТІВ ПРИ ГІПОКСИЧНИХ СТАНАХ

І.С. Чекман, Н.О. Горчакова, В.І. Смірнова

Кафедра фармакології з курсом клінічної фармакології
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ

Погіршення екологічної ситуації в Україні, частота виникнення гіпоксичних станів при багатьох захворюваннях потребують включення до комплексної терапії цих патологічних процесів серцево-судинної, нервової системи, травного каналу та імунодефіцитних станів препаратів рослинного походження, які одночасно володіють антигіпоксичними, антиоксидантними, імуномодулюючими властивостями та зменшують токсичність препаратів базової терапії.

В експериментах на лінійних мишах та щурах визначали антигіпоксичну та антиоксидантну властивість бальзаму Ладостиму виробництва ВАТ “Біолік” м. Ладижин. Експерименти проведені на моделях рухової та гемічної гіпоксії при внутрішньошлунковому введенні препарату на протязі 3 місяців.

Встановлено, що Ладостим подовжує час плавання при руховій гіпоксії, та тривалість життя при гемічній гіпоксії. Крім того, Ладостим зменшував вміст малонового діальдегіду та дієнових кон’югатів в міокарді і тканинах печінки досліджуваних тварин.

Отримані експериментальні дані стверджують доцільність включення Ладостиму в комплексну терапію гіпоксичних станів.

РІЗНА ЗДАТНІСТЬ ЩУРІВ РАНЬОГО ТА ПІЗЬОГО ВІКУ ВІДНОСНО ФОРМУВАННЯ ПІКРОТОКСИНОВОГО КІНДЛІНГУ

Н.А. Черненко

Кафедра нормальної фізіології
Державний медичний університет, м. Одеса

Відомо, що епілепсія частіше за все розвивається у дитячому віці, коли головний мозок ще не є високо диференційованим, не зформованими є гальмівні нейромедіаторні системи, що сприяє “запуску” хибного кола патологічних процесів, результатом котрих є розвиток судорожного синдрому. Адекватною експериментальною моделлю хронічного епілептогенезу є фармакологічний кіндлінг. Тому для дослідження онтогенетичних механізмів становлення епілептичної активності ми обрали модель кіндлінгу, який ініціювали введеннями пікротоксину.

Для проведення дослідів ми взяли щурів різного віку (20 діб та старше), у котрих кіндлінг відтворювали шляхом щоденних введень пікротоксину підпороговою дозою. За судорогами спорстерігали візуально, їх оцінювали за допомогою загальноприйнятої 6-бальної шкали оцінки судорожних реакцій. Контрольними були тварини віком 2 місяців.

Щоденні введення пікротоксину щурам контрольної групи сприяли поступовому виникненню судорожних проявів, які спочатку реєструвалися у вигляді міофасціальних скорочень та клонічних здригань м’язів передніх кінцівок. Інтенсивність судорог після 8-ї тестуючої ін’єкції конвульсанта становила $1,6 \pm 0,4$ балів. В подальшому судорожні реакції наростали, їх інтенсивність після 20-го введення пікротоксину становила $4,2 \pm 0,4$ балів. У всіх тварин при цьому реєструвалися генералізовані клоніко-тонічні судорожні прояви з вегетативними розладами та постприступною депресією.

Середня інтенсивність судорог у 20-денних щурів після 8-го введення пікротоксину перевищувала відповідну в контрольних спостереженнях та становила $2,2 \pm 0,3$ бали. Судорожні прояви продовжували наростати. Вже після 16-го введення конвульсанта у всіх тварин у відповідь на його ін’єкцію розвивалися генералізовані судорожні приступи с втратою свідомості, падінням на бік, вегетативними розладами та постприступною депресією.

Таким чином, у щурів раннього неонатального віку відмічається більш швидкий та прогресивний розвиток пікротоксичного кіндлінгу, що, з одного боку, узгоджується та підтверджує наші попередні дослідження, в яких показано більш високу чутливість недиференційованого мозку щурів до дії епілептогенних стимулів, та, з іншого боку, свідчить про прогресивний характер епілептогенезу у 20-денних тварин. Такий ранній розвиток феномену кіндлінгу у щурів раннього неонатального віку, на наш погляд, є певним внеском у формування феномену резистентності до лікування епілепсії. Отже, за умов більш раннього за віком розвитку хронічної епілептичної активності є передумови її резистентності при подальшому фармакологічному лікуванні.

УДК 616.3:502.55:620.26+557.146.1

ЗНИЖЕННЯ ПРОЯВІВ НЕЙРОТОКСИЧНОСТІ У ЩУРІВ ПРИ КОМБІНОВАНОМУ ЗАСТОСУВАННІ УРОМІТЕКСАНУ З ВІНКРИСТИНОМ І ТАКСОЛОМ

О.А.Шандра, В.В.Стенула, Д.Г.Сєбов**

Кафедра нормальної фізіології, * кафедра онкології
Державний медичний університет, м. Одеса

Незважаючи на значні успіхи, досягнуті при лікуванні цитостатичними препаратами, однією з серйозних проблем є частий розвиток побічних ефектів. Частіше за все у хворих внаслідок тривалого лікування цитостатиками відмічається формування периферичних невропатій, психомоторних депресій, когнітивних зрушень і т.ін. Периферичні полінейропатії (ПП) у 4-15 % всіх випадків сприяють перериву, а іноді – повному припиненню подальшого лікування хворих за загальноприйнятими схемами лікарської терапії. Слід відзначити, що разом із подальшим прогресуванням основного захворювання ПП здатні знизити якість життя хворих, погіршують їх загальносоматичний стан. Метою теперішньої роботи було порівняльне дослідження формування нейротоксичності у щурів за умов тривалого введення препарату віналкалоїда барвінку (вінкристину) і таксолу. Додатковим завданням дослідження було вивчення захисної дії уромітексану (Месни) на прояви нейротоксичності, що індукована вживанням вінкристину і таксолу.

Внаслідок 2-тижневого введення шурам ВК у них відмічалось суттєве зниження маси тіла. Введення тваринам Т у всіх досліджуваних дозах призводило до значного зниження маси тіла впродовж першого тижня – на 23 % ($P < 0.05$), впродовж другого тижня – в середньому на 26 ± 6 % ($P < 0.05$). Досліджувані показники не відрізнялися суттєво від таких у тварин контрольної групи і від тих, що були отримані до початку дослідження, а також в групах тварин, яким вживали Месну, Месну і ВК, Месну і Т. В подальшому ми виявили значне зменшення показників горизонтальної та вертикальної моторної активності щурів, які отримували як ВК, так і Т, на 5-у та 10-у доби експериментальних досліджень. За умов сумісного застосування Т і ВК разом із Месною були відсутні зміни показників горизонтальної та вертикальної моторної активності порівняно з такими результатами до початку лікування. Дослідження ШПЗ в групах щурів, котрим вводили ВК і Т, виявило його прогресивне зниження. За умов сумісного застосування Месни з ВК і Т у всіх досліджуваних дозах ШПЗ не відрізнялася суттєво від показників тварин контрольної групи, а також тих, що були отримані до початку лікування.

Так, при тривалому застосуванні ВК і Т формуються виражені поведінкові та електрофізіологічні зміни, які свідчать про формування нейротоксичних ефектів у тварин. Причому сформовані нейротоксичні ефекти, ймовірно, мають загальний, системний характер, що, за даними багатьох авторів, є основним фактором, який обмежує застосування антинеопластичних препаратів. Виражена ефективність Месни є експериментальним обґрунтуванням як проведення подальших досліджень, спрямованих на вивчення її захисних ефектів, так і її клінічної апробації як складового компонента хіміотерапії, що запобігає формуванню токсичних ефектів.

МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУДИННОГО РУСЛА ТОНКОЇ І ТОВСТОЇ КИШОК ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ

А.Г. Шульгай

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії

Не дивлячись на успіхи сучасної медицини питання патогенезу морфо-функціональних змін тонкої і товстої кишок при обтураційному холестазі висвітлено недостатньо. Враховуючи те, що механічна жовтяниця супроводжується холемією, портальною гіпертензією та ендогенною інтоксикацією, початковою ланкою альтеративних процесів необхідно вважати перш за все судинне русло.

Комплексом рентгеновазографічних, морфометричних, гістологічних та ультраструктурних досліджень в експерименті на 24 безпородних собаках вивчена архітектоніка судинного русла тонкої і товстої кишок на всіх рівнях його організації.

Встановлено, що біліарна гіпертензія викликає значні просторові зрушення та кутові переорієнтації як артеріальної, так і венозної ланки судин, приводить до зниження щільності та розширення елементів їх мікроциркуляторної ланки. Глибина патоморфологічних змін залежить від тривалості механічної жовтяниці та ступеня порушення органного кровообігу тонкої і товстої кишок.

УДК: 615.212:616.34

КУМУЛЯТИВНА ВЛАСТИВІСТЬ СУБСТАНЦІЇ АЛЬТАБОР

Л.В. Яковлева, Н.В. Котелевець

Центральна науково-дослідна лабораторія
Національна фармацевтична академія України, м. Харків

Із суплідь вільхи виділена біологічно активна субстанція альтабор, на основі якої розроблені супозиторії ІАльтаборІ, призначені для лікування запальних і виразкових захворювань прямої кишки. Метою нашого дослідження було вивчення здатності до кумуляції супозиторіїв ІАльтаборІ, враховуючи виявлену в дослідях на експериментальних моделях проктитів виражену лікувальну дію супозиторіїв.

Визначення кумулятивної здатності супозиторіїв проводили за методом Lim і співавторів на безпородних білих щурах обох статей масою 160-200 г 4-місячного віку. Відповідно за методикою, досліджувану субстанцію вводили щурам перорально протягом 28 днів у зростаючих дозах, що складають 0,1; 0,15; 0,22; 0,34; 0,5; 0,75; 1,12 від ЛД₅₀. Збільшення дози проводили кожні 4 доби з огляду на динаміку маси тіла тварин. При цьому враховували дні загибелі тварин і сумарних доз уведеної субстанції (у частинах від ЛД₅₀ і в мг/кг). По закінченні експерименту розраховували коефіцієнт кумуляції. Протягом початкового періоду експерименту зовнішніх ознак отруєння не спостерігалось. Тварини були спокійні, охайні, добре поїдали корм, однак різко втрачали масу тіла. Загибелі тварин не спостерігалось. У наступний період стан тварин погіршився. Тварини були мляві, неохайні, погано поїдали корм і продовжували втрачати масу тіла. На 22 день почалася загибель тварин. Визначення ЛД₅₀ хронічного супозиторіїв ІАльтаборІ проводили методом найменших квадратів за В.Б.Прозоровським. Для розрахунку визначали відсоток летальності тварин у різні дні. Потім за допомогою таблиць, запропонованих автором, знаходили відповідні їм пробіти, вагові коефіцієнти пробітів, а також розраховували місця доз. Графічно визначили ЛД₅₀ хронічне – 87960,4.

За класифікацією Л.І.Ведмеда зі співавторами, супозиторії ІАльтаборІ належать до групи речовин зі слабо вираженими кумулятивними властивостями (коефіцієнт кумуляції більше 5).

МОРФОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.34-007.272-036:616-006.

ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРІЙ ОБТУРАЦІЙНІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

І.М. Ангеловський

Кафедра хірургії 1

Запорізького державного інституту удосконалення лікарів

Гістологічні дослідження стінки товстої кишки виконані у 46 хворих з обтураційною товстокишковою непрохідністю пухлинної етіології, які були оперовані в екстремному порядку. Час з моменту захворювання – більше 24 години. Вік хворих від 46 до 85 років.

Матеріалом для дослідження була стінка товстої кишки, яка видалається разом з пухлиною під час оперативного втручання. Для дослідження брали ділянки розміром 2x1 см з дистального відділу (5-10 см від пухлини) та проксимального (15-20 см).

Субстенотична ділянка кишки в групі, яка досліджувалась, мала однотипний характер з ознаками хронічного реактивного коліту та вогнищною атрофією слизової оболонки, характерних для пухлинного процесу. В серозній оболонці товстої кишки були виражені явища склерозування та перитоніальної реакції.

Супрастенотичний відділ товстої кишки характеризувався слідуючими змінами: посилення запальної реакції всіх шарів, перебудовою мікроциркуляторного русла, що вказує на недостатність кровообігу в цій зоні. Найбільш виражені зміни, що пов'язані з гіпоксією, спостерігаються в м'язовій оболонці (контрактура м'язових волокон, дифузні дистрофічні зміни та фрагментація великих м'язових жмутиків на більш дрібні).

Виявлені морфологічні зміни мають велике значення для вибору об'єму первинного оперативного втручання та визначення строків відновлення функціональної активності товстої кишки в післяопераційному періоді.

УДК:61:007.340.624.6

СТАТИСТИКО-МАТЕМАТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДІАГНОЗУ ПОВІШЕННЯ

А.М. Біляков

Кафедра судової медицини

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Вірогідність діагнозу базується не тільки на виявленні діагностичних критеріїв, але й значно підвищується у разі його статистичного обґрунтування. Особливо це важливо в судово-медичній практиці, коли виникає завдання встановлення діагнозу підвищення. Для цього експерти використовують загальноасфіктичні та видові ознаки підвищення. Але загальноасфіктичні ознаки виявляються у разі смерті від інших причин, а видові ознаки механічної асфіксії зустрічаються з певною частотою.

Внаслідок асфіксії, що виникає при підвищенні, в організмі відбуваються суттєві біохімічні зміни. Як діагностичні маркери для їх виявлення нами використано вміст катехоламінів – адреналіну та норадреналіну в біологічних об'єктах та результат їх цитолітичного впливу на міокард. Це дає змогу комплексно оцінити характер змін в організмі, що відбуваються внаслідок підвищення.

За допомогою теореми Байєса були розроблені прогностичні коефіцієнти оцінки вмісту катехоламінів в лікворі, перикардальній рідині, странгуляційній борозні та ступеню фуксинофільних вражень правого передсердя, правого шлуночку, міжпередсердної перетинки та лівого шлуночку.

Якщо сума прогностичних коефіцієнтів використаних ознак перевищує 100, то діагноз механічної асфіксії через підвищення є достовірним. Якщо вона знаходиться в межах від -194 до + 99, то достовірність діагнозу невизначена і якщо менша за - 195, то діагноз є недостовірним.

МАС-СПЕКТРАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КІСТОК СКЕЛЕТУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Г.Ю. Будко, О.М. Гортинська, О.О. Мельник

Кафедра патологічної анатомії з курсом судової медицини
Сумський державний університет

У даній роботі ми проаналізували зміни мас-спектрального аналізу в кістковій тканині при ХІХС. Для дослідження брали зразки тіла першого поперекового хребця від мертвих людей середнього віку з гістологічним підтвердженням діагнозу ХІХС, а також від людей молодого віку (контроль) померлих миттєво.

Дослідження проводилося методом вторинної - іонної мас-спектрометрії за допомогою приладу MS-7201M (мас-спектрометр вторинних іонів). Якісний аналіз мас-спектрів досліджуваних зразків при різноманітних межах чутливості і діапазонах масових чисел показав, що кістки при ХІХС і контрольної групи є складними зразками, що містять багато елементів: Na, K, P, Mg, Cl, Ca, S, N, O, Fe і ін.

При аналізі піки мас-спектрів елементів O, Fe, Cr, Ni, Cl, Cu в обох групах співпали, з урахуванням того, що їхня інтенсивність перевищувала інтенсивність фону не менше, ніж на потроєне середньо-квадратичне відхилення. Це вказує, що дані елементи присутні і знаходяться в співвідношенні 1:1. Піки мас-спектрів таких елементів як Na, Mg, Si, P, Ca, Zn, K у досліджуваних зразках значно менші за висотою, більш згладжені і розширені. Особливо чітко відрізняються піки Ca, K і P, їхня інтенсивність незначно перевищує інтенсивність фону. Таким чином, дані ізотопи містяться в зразках у малих кількостях і більша їх частина входить до складу сполучень.

УДК 591.477:599.731.1:576.2

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЛІОФІЛІЗОВАНОЇ КСЕНОШКІРИ НА ЕТАПАХ ЇЇ ВИГОТОВЛЕННЯ І ДОВГОТРИВАЛОГО ЗБЕРІГАННЯ

К.С. Волков, Т.В. Бігуняк, А.В. Доббуш, Л.В. Якубишина, О.П. Андрійшин, Л.Я. Федонюк

Кафедра гістології, цитології та ембріології

Глибокі і великі за площею термічні опіки вимагають тимчасового закриття ранової поверхні якісними, ефективними матеріалами, які мають хороші біологічні властивості. Проведені гістологічні, електронномікроскопічні дослідження ліофілізованої шкіри свині на етапах її виготовлення згідно методики професора В.В. Бігуняка та при зберіганні в стерильних, гіпотермічних умовах 2,3 місяці та один рік.

Після кріоконсервування структурна організація епідермісу та дерми шкіри свині є добре збереженою. Мікроскопічні спостереження ліофілізованої шкіри встановили окремі реактивні зміни. Епідермоцити базального і остистого шару мають порушення в структурі ядра і цитоплазми. Пікнотичні ядра епітеліоцитів базального і остистого шарів забарвлені інтенсивно базофільно, парануклеарна зона цитоплазми просвітлена. Для фібробластів сосочкового шару дерми характерні подібні зміни.

Електронномікроскопічними дослідженнями встановлено, що в усі терміни спостережень в епідермісі відносно чітко контуруються плазмолемні епітеліоцитів всіх шарів, десмосомальні контакти. Міжклітинні простори виглядають збільшеними. Окремі епідермоцити росткового шару містять зони гетерохроматину. Парануклеарна зона цитоплазми деяких клітин вільна від органел, має просвітлений вигляд, а периферійна зона цитоплазми має деструктивно змінені органели. Перш за все реагують мітохондрії: одні з них просвітлені, втратили кристи, інші – ущільнені, матрикс їх осміофільний. Цистерни гранулярної ендоплазматичної сітки мають помірні або зменшені простори, малу кількість рибосом.

Таким чином, доведена морфофункціональна збереженість кріоконсервованої ліофілізованої ксеношкіри і доцільність її застосування для закриття ран.

УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ В ОПІКОВІЙ РАНІ ПРИ ГЛИБОКИХ ОПІКАХ В УМОВАХ ВИКОРИСТАННЯ ЛІОФІЛІЗОВАНИХ КСЕНОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ

К.С. Волков, Т.В. Бігуняк, Т.Я. Ярошенко

Кафедра гістології, цитології та ембріології, кафедра фармакогнозії з біологією та медичною генетикою

Морфологічний стан ранової поверхні вивчали, використовуючи біоптати з опікових ран ІІІБ-ІV ступенів, які брали на 3, 11-12, 17-18, 22-23, 28-29, 30-31 доби після травми. Електронно-мікроскопічні дослідження проводили згідно загальноприйнятої методики з орієнтацією шматочків і виготовленням напівтонких зрізів (Саркісов Д.С., Перова Ю.Л., 1996). У біопсійному матеріалі з опікових ран, що не були закритими ксеношкірою, ультраструктурно ми спостерігали повільний перебіг регенерації епідермісу та дерми. На 29-30 доби крайова епітелізація погано виражена, в центральних ділянках грануляційна тканина місцями вкрита лейкоцитарно-некротичним шаром або серозно-гнійним ексудатом. Новоутворення і розростання судин мікроциркуляторного русла у такій грануляційній тканині відбуваються повільно.

Електронно-мікроскопічні дослідження біоптатів з опікових ран, які були закриті ліофілізованою ксеношкірою свині, показали, що вже на 5-6 доби після ксенопластики (22-23 доби після травми) активно формується грануляційна тканина, фібробласти мають виражений білок-синтетичний апарат, оновлюються гемокапіляри. На 10-11 доби після ксенопластики (27-28 доби після травми) ксенотрансплантати підсихали, частково відшарувувались. Більша частина рани була вкрита грануляційною тканиною. У крайовій зоні ми спостерігали мітотичний поділ епітеліоцитів та формування регенерату, який складався із стовбурових та молодих епідермоцитів. На 13 добу після ксенопластики (30 доба після травми) відбувалось наростання епітеліального регенерату на сполучнотканинну основу, насичену фібробластами та гемокапілярами, формування багатшарового епітелію.

Таким чином, отримані результати електронно-мікроскопічних досліджень показали, що використання ксенодермотрансплантатів свині для лікування глибоких опіків прискорює репаративну регенерацію уражених ділянок.

УДК 616-036.8+616-036.88+616-001.8+616-001+615.91

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТЕЛЬНИХ ВИПАДКІВ В РЕЄСТРІ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ ТА НЕНАСИЛЬНИЦЬКОЇ КАТЕГОРІЙ

В.М. Волошинович, С.М.Незнакомцев

Кафедра судової медицини
Івано-Франківська державна медична академія

З метою визначення частки розподілу категорій смерті в реєстрі судово-медичного дослідження померлих за останні 5 років (1997-2001 роки), нами був проведений аналіз даних за матеріалами справ Івано-Франківського бюро СМЕ. Встановлено, що з 1997 року по 2001 рік кількість померлих внаслідок насильницької смерті змінювалась в межах статистично недостовірних величин і була найменшою в 2000 році (929 випадків), найбільшою в 1999 році (1019). Серед видів смерті переважали авто-травма (16,7%), механічна асфіксія через повішення (14,6%) та отруєння етиловим алкоголем (12,1%). Лише за останні два роки помітно збільшилась кількість автонаїздів на пішохода (з 15% в 2000 році до 30% в 2001 році) і зменшилась кількість гострих отруєнь етиловим алкоголем (з 205 в 2000 році до 12% в 2001 році). Зросла кількість померлих осіб внаслідок ненасильницьких чинників, в основному за рахунок хвороб серцево-судинної системи (15,4% – в 1997 році, 15,9% – в 1998 році; 20,9% – в 1999 році; 22,5% – в 2000 році і 25,3% – в 2001 році), що складало 73,2% від загальної кількості померлих (2238 особи) ненасильницькою смертю. Співвідношення випадків ненасильницької та насильницької категорій змінилось в пропорції з 1:3 (1997-1998 рр.) на 1:2 (1999-2001 рр.). Таким чином, проведений аналіз показав невпинне зростання випадків ненасильницької категорії смерті за рахунок хвороб серцево-судинної системи і насильницької – внаслідок автотравм.

ДІАГНОСТИЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ЛОКАЛЬНИХ ІМУННИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ЗАПАЛЕННІ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК

М.С. Гнатюк

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії

Відомо, що слизова оболонка дихальних шляхів та шлунково-кишкового тракту є лімфоепітеліальною структурою, яка має імунологічну компетентність і разом з органами імунної системи бере участь в збереженні імунного гомеостазу організму.

Імунофлюоресцентними, гістологічними та морфометричними методами досліджений великий діапазон біоптатів та некропсій слизових оболонок бронхів, жовчного міхура, шлунка, тонкої та товстої кишок людини і експериментальних тварин при хронічному запаленні.

Виявлено, що ступінь деструктивних, інфільтративних процесів і судинних розладів у слизовій оболонці при хронічному запаленні корелює із змінами місцевих імунних реакцій. Важливу діагностичну цінність має незбалансованість та диспропорційність між плазмоцитами, що продукують основні класи імуноглобулінів (IgA, IgM, IgG). Неблагоприємною прогностичною ознакою є дефіцит секреторного IgA, локалізація імунних комплексів, а також IgM та IgG у стінках дрібних артерій, вен, капілярів, стромі слизової оболонки.

Отже, локальні імунні реакції мають важливу діагностичну та прогностичну цінність при запальних ураженнях слизових оболонок травного тракту та дихальних шляхів і їх необхідно враховувати при діагностиці, лікуванні, профілактиці, корекції та прогнозуванні наслідків досліджуваної патології

УДК:616.127-018-06:616.993.192.1]-053.31

КІЛЬКІСНА ОЦІНКА МОРФОЛОГІЇ ВІДДІЛІВ МІОКАРДА ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

М.С. Гнатюк, Ю.О. Данилевич

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії, ЦНДЛ

Серед внутрішньоутробних інфекцій важливе місце займає токсоплазмоз, що має тенденцію до зростання і характеризується своїми особливостями патогенезу, патологічної анатомії, клінічних проявів та ускладнень.

Комплексом морфометричних (гравіметрія, планіметрія, об'ємні виміри, гістостереометрія) та морфологічних (гістологія, гістохімія, поляризаційна мікроскопія) методів досліджено 15 сердець померлих новонароджених, які були розділені на 2 групи. 1-ша група включала 6 сердець практично здорових дітей, що загинули внаслідок родових травм; 2-га – 9 сердець померлих новонароджених, в яких патоморфологічно діагностовано токсоплазмоз.

Встановлено, що ступінь диспропорції та незбалансованості між кардіометричними показниками відділів серцевого м'яза є важливими критеріями, які об'єктивно відображають їхній структурно-функціональний стан. Визначення кількісних характеристик частин серця, їхніх співвідношень, взаємозв'язків між ними та екстракардіальними факторами суттєво покращує діагностику, наслідки та прогнозування пошкоджень серцевого м'яза при даній патології, істотно розширює можливості клініко-патологоанатомічних співставлень.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ ПЛАЦЕНТ У ЖНОК, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ В УМОВАХ ХІМІЧНОГО ВИРОБНИЦТВА

М.Л. Куземенська

СумГУ, кафедра акушерства та гінекології

Соціальна профілактика хвороб, оптимізація умов праці та способу життя, оздоровлення навколишнього середовища залишаються актуальними проблемами. Особлива увага у сучасному акушерстві та перинатології приділяється діагностиці, профілактиці та лікуванню фетоплацентарної недостатності (ФПН), як універсальної реакції на несприятливі умови зовнішнього середовища, наслідком якої є розвиток перинатальних ускладнень. Враховуючи вищевказане, вивчався вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища на перебіг вагітності та вихід пологів жінок, які працюють на хімічному виробництві. Для виконання поставленої задачі було виділено 2 групи клінічного спостереження: I (основна) – 22 вагітні, які працюють на ОАО “Сумхімпром” та II (контрольна) – 12 жінок, праця яких не пов’язана з хімічним виробництвом. Вагітні достовірно відрізнялись за віком, паритетом пологів, строком вагітності, стажем роботи у шкідливих умовах. Морфологічно досліджено 22 плаценти жінок основної групи та 12 плацент контрольної групи. Середня маса плаценти в основній групі $550,50 \pm 10,1$, в контрольній $500,10 \pm 10,0$, що можна розцінити як її компенсаторну гіперплазію та гіпертрофію у відповідь на несприятливі зовнішні умови. Розміри плацент основної групи превалювали над контрольною групою.

Ознаки інволютивно-дистрофічних процесів у плаценті виявлені у 70 % спостережень. Аналізуючи морфологічні зміни плацент у I групі, можна відмітити превалювання частоти фібринозу ворсин хоріону та склерозу плацентарних судин – 72,2 %, відкладення фібриноїду – 80,1 % та наявність петрифікатів – 61,1 %. Порушення кровообігу у плаценті характеризувались наявністю осередків ішемії – 20,7 %. У контрольній групі частіше визначались ознаки морфофункціональної незрілості плаценти для цього строку гестації, чого не спостерігалось в основній групі. Даний факт свідчить про мінімальні зовнішні та внутрішні впливи в контрольній групі.

Таким чином можна припустити, що негативні фактори зовнішнього середовища викликають зрив механізмів адаптації жінок під час вагітності, формують патологічний симптомокомплекс ускладнень та хронічної фетоплацентарної недостатності, що призводить до порушення механізмів адаптації.

УДК 36.-002-018-02.616-08-099

ВПЛИВ ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ НА МІЄЛОПОЕЗ У ЧЕРВОНОМУ КІСТКОВОМУ МОЗКУ В СТАДІЇ ТОКСЕМІЇ

О.Є. Кузів, О.І. Грималюк, Т.В. Лихацька

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судової медицини
і кафедра гістології, цитології та ембріології

Проведені морфологічні дослідження червоного кісткового мозку морських свинок з тяжкою опіковою травмою на 14 добу показали, що під впливом ендогенної інтоксикації відбувається пригнічення еритропоезу за одночасної різкої активації нейтрофільного гранулоцитопоезу. Світлооптично виявляються поодинокі еритропоетичні острівці з різко зменшеною кількістю грануловмісних клітин. Електронно-мікроскопічні зміни характеризуються появою крупних вакуолей та більш глибокою деструкцією органел цитоплазми гемопоетичних та ретикулярних клітин. Гіпоксія, яка виникає за дії опікової травми, запускає низку процесів, які викликають структурно-функціональні зміни клітинних мембран, що обумовлює підвищення проникливості, іонного транспорту, нагромадження недоокислених продуктів. Першим і провідним показником ураження гемопоетичних і стромальних клітин червоного кісткового мозку за дії опікової травми є вакуолізація цитоплазми. Джерелом утворення вакуолей є набряк і деструкція в першу чергу мембранних компонентів мітохондрій, каналців гранулярної та агранулярної ендоплазматичної сітки та структурних компонентів комплексу Гольджі. Опікова травма викликає порушення взаємовідносин між стромальними клітинами і лімфоцитами у вигляді незавершеного емперіоплезису. Затримка процесів бластотрансформації лімфоцитів у комітовані клітини здійснюється на рівні: ретикулярна клітина – лімфоцит.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ПЕЧІНЦІ ЗА ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ*О.І. Кузів, О.В. Дмитренко, Т.В. Дацко*

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судової медицини

Метою роботи було вивчити структурні зміни печінки під впливом гепатотропної отрути – чотирьоххлористого вуглецю. Відмічено переважне ураження центролобулярних гепатоцитів, що проявлялося у різному ступені виразу як коагуляційного, так і коліквацийного некрозу. Навколо некротично змінених гепатоцитів розвивалася реактивна запальна інфільтрація. Водночас відмічено реологічні та дисциркуляторні розлади у поєднанні з клітинною інфільтрацією за ходом портальних трактів, перипортальних полів та септ. Ці інфільтрати містять лімфоцити, плазмоцити, поодинокі нейтрофільні гранулоцити. Ультраструктурні зміни полягали в дестабілізації та деструкції мембранних компонентів органел цитоплазми: в мітохондріях матрикс різко просвітлений, кристи редуковані, окремі із них нагадують світлі везикули; частина мітохондрій, внаслідок різкого набубнявіння, має пошкоджені зовнішню та внутрішню мембрани, а матрикс вільно лежить у цитоплазмі гепатоцита. Канальці гранулярної та агранулярної ендоплазматичної сітки та структури комплексу Гольджі розширені, вакуолізовані та фрагментовані. Різко зменшений вміст глікогену, контуруються лізосоми, частина із яких дегранульована, що обумовлює наявність дезінтеграції та дрібних ділянок аутолізу цитоплазми. Паралельно із некротичним і дистрофічними змінами в паренхімі печінки щурів відбувається активація регенераторних процесів, що знайшло своє вираження у збільшенні відносної кількості двохядерних периферійних гепатоцитів, гіпертрофії ядер та збільшенні кількості в них великих сітчастої структури ектопованих ядерць.

УДК 616.155.32.07

**МОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІМФОЦИТІВ ПЕРИФЕРІЙНОЇ КРОВІ
ЗА ДІЇ ТЯЖКОЇ ОПІКОВОЇ ТРАВМИ***Л.Ф. Климчук, О.Є. Кузів, Я.Я. Боднар, Т.К. Головата*

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом та судової медицини

Лімфоцит є основною клітиною імунної системи. Існує відповідність між розміром лімфоцитів, з одного боку, і їхніми властивостями, з другого. Як відомо, за антигенної стимуляції відбувається перерозподіл вмісту лімфоцитів, які відносяться до різних субпопуляцій, що змінює число клітин специфічного клону. Нами проведено морфометричне дослідження лімфоцитів периферійної крові здорових осіб та хворих з тяжким ступенем опікової травми. За результатами морфометрії у здорових людей виділили чотири типи лімфоцитів: I тип – діаметр ядра до 7 мкм, мають дуже конденсований хроматин, цитоплазма майже відсутня; II тип – діаметр ядра 7-8 мкм, хроматин конденсований, цитоплазма вузькою смужкою огортає ядро; III тип – діаметр ядра 8-10 мкм, хроматин чергується смугами щільної і менш щільної конденсації, цитоплазма у вигляді широкої смуги ексцентрично огортає ядро; IV тип – хроматин у ядрі пухкий, цитоплазми багато. За дії опікової травми на 3-4 добу спостереження зростає вміст лімфоцитів I і II типів та знижується кількість клітин III і IV типів, в більшій мірі за рахунок IV типу. Найвищого рівня клітини двох перших типів досягають на 21-24 добу після тяжкої опікової травми, за рахунок зменшення кількості лімфоцитів III і IV типів, однак в більшій мірі знижуються клітини III типу. І навіть при виписці із стаціонару кількісний вміст лімфоцитів названих типів не повертається до рівня здорових. Отже, результати морфометричного аналізу можуть бути використані в комплексній оцінці імунної реактивності організму хворих за дії тяжкої термічної травми.

ІМУНОМОРФОСТРУКТУРНА ХАРАКТЕРИСТИКА КРИВАВЛЯЧИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

О.Б. Луговий

Кафедра хірургії ФПО

Комплексом морфометричних та імуноморфологічних методів вивчено 37 стінок дванадцятипалих кишок при виразковій хворобі без кровотечі, з первинно зупиненими кровотечами та рецидивними кровотечами, які були розділені на 4 групи. Перша група включала названі органи практично здорових осіб, що загинули внаслідок травм (судово-медичні розтини), 2-а – 9 дванадцятипалих кишок, де було діагностовано виразкову хворобу без кровотеч, 3-я – 11 вищеназваних органів хворих з досліджуваною патологією та первинно зупиненою кровотечею, оперованих у відстрочені терміни без рецидиву кровотечі, 4-а – 9 дванадцятипалих кишок з діагностованою виразковою хворобою, прооперованих на висоті рецидиву кровотечі.

При загостренні виразкової хвороби без кровотечі структурно-функціональні та імунні зміни свідчать про загострення процесу запально-інфільтративного характеру. При виразковій хворобі ускладненій первинно-зупиненою кровотечею у перебізі, якої не було рецидиву крвоотечі досліджувані параметри свідчили про запально-деструктивні зміни в периульцерозній ділянці та виразці, в той час як у стінці дванадцятипалої кишки хворих, оперованих на висоті рецидиву кровотечі були виявлені прогресуючі деструктивно-некробіотичні порушення з колапсом імунологічних факторів захисту дуоденальної стінки.

УДК:616.-036.886+612.12+616 – 036.8

АНАЛІЗ РОЗПОДІЛУ РАПТОВОЇ СМЕРТІ ВІД ХВОРОБ ССС В М. ХМЕЛЬНИЦЬКОМУ ТА ХМЕЛЬНИЦЬКОМУ РАЙОНІ

В.В. Міщенко

Кафедра судової медицини
Івано-Франківська державна медична академія

Серцево-судинні захворювання в Хмельницькій області посідають перше місце серед інших захворювань. За останні 11 років в м. Хмельницькому від хвороб серцево-судинної системи (ССС) за даними обласного бюро судово-медичної експертизи померло 1176 чоловік, серед яких 47,96 % – від гострої ішемічної хвороби серця (ГІХС), 43,71 % – від хронічної ішемічної хвороби серця (ХІХС) і 8,33 % – від повторного інфаркту міокарда. В Хмельницькому районі цієї ж області за період з 1990 по 2000 рік зареєстровано 237 випадків раптової смерті від хвороб ССС, серед яких 54,0 % – від ГІХС, 40,1 % – від ХІХС і 5,9 % – від повторного інфаркту міокарда. Встановлено, що різні нозологічні одиниці (ГІХС, ХІХС та повторний інфаркт міокарда), мають чіткий щорічний регіональний диморфізм. Так, гостра ішемічна хвороба серця обумовлює 11,34 % випадків смерті в найбільш обтяжливому 1993 році (м. Хмельницький) та 42,96 % – в 1991/93 роках (Хмельницький район). Хронічна ішемічна хвороба серця забрала найбільше життів в 1998 (12,64 %) та в 1995 році (12,45 %) в м. Хмельницькому і в 1998 році (20,0 %) в Хмельницькому районі. Повторний інфаркт міокарда був найчастішою причиною смерті в 1998 році як серед населення м. Хмельницького (29,59 %), так і Хмельницького району (57,14 %). Таким чином, переважаючим видом раптової смерті в першому п'ятиріччі була гостра ішемічна хвороба серця, в другому – хронічна ішемічна хвороба серця та повторний інфаркт міокарда. Дані нозологічні одиниці виявились регіонально не опосередкованими серед населення м. Хмельницького і Хмельницького району.

АНАЛІЗ МАТЕРІАЛІВ КОМІСІЙНИХ ЕКСПЕРТИЗ У СПРАВАХ ПРОФЕСІЙНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

В.В. Міщенко, С.М. Незнакомцев, Р. Купчак

Кафедра судової медицини
Івано-Франківська державна медична академія

Аналіз матеріалів комісійних судово-медичних експертиз у справах професійних правопорушень медичних працівників, проведених в Івано-Франківському обласному бюро СМЕ показав, що за останні 5 років (1997-2001 рр.) експертизи у справах професійних правопорушень медичних працівників становили 9,3 % від загальної кількості комісійних експертиз по області: із звинуваченням хірургів – 29,0 %, акушер-гінекологів та травматологів – по 20,3 %, педіатрів – 11,6 %, терапевтів і оториноларингологів – по 5,8 %, стоматологів і психіатрів – по 2,9 %. Найбільша частка порушених справ припадала на лікарів тих спеціальностей, які в своїй діяльності застосовували активні (хірургічні) методи діагностики чи лікування. В більшості випадків чинником злочину були: неповне обстеження, неправильне і несвоєчасне проведення показаних лікувальних заходів. Лише в одному випадку (1999 р.) було зареєстровано проведення кримінального абортів. Таким чином, для встановлення і профілактики професійних правопорушень медичних працівників, без сумніву, залишається вчасна поінформованість про всі зазначені випадки, що дозволить провести корекцію діяльності лікарів в організації охорони здоров'я населення Івано-Франківської області.

УДК 616.-036.8+616-036.88+616-001+616-001.45

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ ВИДІВ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

О.З. Мудрицький, С.М. Незнакомцев

Кафедра судової медицини
Івано-Франківська державна медична академія

З метою визначення частки розподілу різних видів насильницької смерті в реєстрі судово-медичного дослідження померлих за останні 5 років, нами був проведений аналіз даних за матеріалами справ Івано-Франківського бюро судово медичної експертизи.

Встановлено, що за період з 1997 року по 2001 рік було зареєстровано близько 5000 (4902) випадків смерті внаслідок насильницьких чинників, серед яких частка пошкоджень тупими предметами складала 10,7 %, гострими предметами – 3,3 %, вогнепальною зброєю – 1,2 %. Помітно зросла кількість смертельних наслідків від тупої травми (157 випадків за 1997-1998 рр. і 248 – за 1999-2000 рр.), від дії гострого знаряддя (27 випадків в 1997 році, по 32 випадки – в 1998-1999 рр. та 2001 році і 42 випадки – в 2000 році), незначно – від вогнепальної зброї (по 10 випадків в 1997 та 2000 році, по 12 випадків – в 1998-1999 рр. та 15 випадків – в 2001 році).

Частка розподілу випадків смерті внаслідок падіння з висоти, як окремий вид, становила в 1997 та 2000 роках по 17,0 %, в 1999 році – 19,4 % і в 1998 та 2001 роках – по 23,3 %. Таким чином, проведений аналіз показав невпинне зростання випадків насильницької смерті внаслідок тупої травми (в тому числі падіння з висоти) і в результаті дії гострого знаряддя. Представлені дані можуть враховуватись мережею інформативної статистики для розробки засобів попередження побутових і кримінальних справ.

АНАЛІЗ ЧАСТКИ РОЗПОДІЛУ САМОГУБСТВ В РЕЄСТРІ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ*С.М. Незнакомцев, В.В. Міщенко, В.М. Волошинович*Кафедра судової медицини
Івано-Франківська державна медична академія

З метою визначення частки розподілу самогубств в реєстрі насильницької смерті, нами був проведений аналіз суїцидних злочинів за матеріалами Івано-Франківського обласного бюро судово-медичної експертизи за період, що пройшов з початку ХХІ століття. Встановлено, що тільки за 2001 рік було скоєно 171 самогубство, з яких 49 – в Івано-Франківську, 32 – в Коломиї, 23 – в Снятині, 19 – в Калуші, 18 – в Бурштині, 13 – в Долині, 11 – в Косові і 6 – в Надвірній. Співвідношення чоловіків до жінок було 8,5:1,0. Найбільш обтяжливим виявився I та II період зрілого віку (109 випадків), менш зумовленим – похилий (58 випадків) і випадковим – юнацький (4 випадки). Загрозливим в реєстрі насильницької смерті стало повішення (85,8%), яке, за соціологічною теорією, супроводжувалось хронічним алкоголізмом, наркоманією тощо (В.М. Шумаков, Н.Н. Пуховський, 1971), а за психопатологічною – психічними хворобами, пов'язаними з психоемоційним виснаженням (Р. J. Batten et al., 1988; М. Vcftm, 1988; Т.И. Максимов, 1989). Крім повішення, профіль суїцидів в генералізованій сукупності становив: по 4,8% через утоплення (м. Бурштин) та отруєння (м. Надвірна), 4,2% – внаслідок різаних ран передпліччя (м. Коломия), від вогнепальних пошкоджень (1,8%), падіння з висоти (3,0%) та обширних опіків через самоспалення (0,6%). Таким чином, за виключенням випадків, що супроводжувались хронічним алкоголізмом та психічними захворюваннями, випадки самогубств були пов'язані з сімейним конфліктом, тобто зумовлені мікросоціальним фактором.

УДК: 618. 36:618.3-06:616.993.192.1]-091.8

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСЛІДУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТОКСОПЛАЗМОЗІ У ВАГІТНИХ*Ю.С. Паращук, Фатхі Р.С. Ель Дахдух*Кафедра акушерства та гінекології №2
Харківський державний медичний університет

При морфологічному дослідженні послідів від роділь, що перенесли під час вагітності хронічний токсоплазмоз цисти виявляли в 13,0-33,0% спостережень (в залежності від методики лікування).

Характерні імунопатологічні зміни (дефіцит CD4-лімфоцитів, достаток плазмобластів із IgG в складі клітинних інфільтратів, а також клітин, що реагують з антитоксоплазмозною антисироваткою до IgG) виявлені у всіх спостереженнях традиційного лікування вагітних із токсоплазмозом. При використанні в комплексному лікуванні фансидара і гіпербаричної оксигенації такі імунні маркери токсоплазмозної інфекції як антитоксоплазмозний IgG спостерігалися в кожному випадку на фоні посилення CD4-хелперної активності.

Якщо при фізіологічній вагітності в складі материнського фібриноїду виявлявся колаген IV типу, то при токсоплазмозі крім колагену IV типу відзначалися інтерстиціальні колагени I і III типів. Останнє може бути обумовлено особливим станом місцевих імунних реакцій, спроможних змінити процеси колагеноутворення, або ж бути пов'язаним із значною поширеністю фібриноїдного перетворення ворсинчастого хоріону, коли зміні піддається не тільки синцитій, а і строма ворсин, у складі якої переважають колагени I і III типів.

При традиційному лікуванні крім ознак хронічного амніоніту, децидуїту і велузиту характерні виражені інволютивно-дистрофічні зміни ворсинчастого хоріону, а також порушення його дозрівання, що обумовлює очевидно хронічне порушення плацентарного кровообігу і як результат ЗВРП.

Застосоване комплексне лікування призвело до поліпшення трофічних процесів у плаценті, що виявлялось нормалізацією васкуляризації і як слідство зменшенням виразності інволютивно-дистрофічних змін у усіх відділах плаценти, на фоні посилення компенсаторно-адаптаційних реакцій і підвищення ступеня зрілості ворсинчастого хоріону. Спостерігалися зміни, в першу чергу кількісних, а потім і деяких якісних параметрів місцевих імунних реакцій, що виявлялось зменшенням обсягів

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ГЕТЕРОГЕННОСТІ МІОЦИТІВ М'ЯЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ

Л.Н. Рибіцька, Р.М. Гнатюк

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії, ЦНДЛ

В останній час дослідниками все частіше піднімаються питання про особливості структурної гетерогенності гладкої м'язової тканини, яка є обов'язковим структурно-функціональним компонентом внутрішніх органів і відіграє ведучу роль як в реалізації їх нормальної функціональної діяльності, так і при розвитку різних форм патології. Слід зауважити, що гетерогенність м'язової оболонки товстої кишки вивчена не повністю.

Комплексом морфометричних методів досліджувалися гладкі м'язові клітини м'язової оболонки 15 неуразених товстих кишок білих статевозрілих щурів-самців. Встановлено, що в названій оболонці зустрічаються міоцити різної довжини (від 55,0 до 220,0 мкм) та товщини (від 6,0 до 18,0 мкм). Неоднаковими виявилися також просторові характеристики ядер міоцитів та ядерно-цитоплазматичні відношення. Знайдена просторова варіабельність міоцитів та ядер м'язової оболонки свідчить про нерівнозначність їхньої структури і метаболізму, тобто про неоднорідність цієї клітинної популяції. Описана гетерогенна система з виявленою інтеграцією клітин повинна мати досить великий резерв динамічності та пластичності.

УДК: 611.831.919 – 06 : 616.833.191.9 - 0.89

ХАРАКТЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН БЛУКАЮЧОГО НЕРВА ПРИ ВАГОТОМІЇ

Сухінський К.І., Сухінський Р.К.

Кафедра анатомії людини
Тернопільська державна медична академія ім. І. Горбачевського

Блукаючий нерв має складну будову і містить волокна самої різної природи: аферентні, еферентні і висхідні. Більшість нервових волокон безм'якотних, калібр яких не перевищує 1-1,3 мкм, в той час, як м'якотні сягають 1,5-4,5 мкм у діаметрі. Характерною особливістю нервових волокон є неоднакова реакція окремих груп волокон на ваготомію. Завдяки цій властивості загальний строк дегенерації нервових провідників у шлунку розтягується на значну кількість днів, що має важливе значення для експерименту. Починаючи із 3-^{ої} і до 12-^{ої} доби після ваготомії більша частина нервових волокон знаходиться на різних стадіях структурних змін – від початкових реактивних і до повної їх деструкції. Окремі волокна варикозно розширенні, і вони нагадують коралі. Таким змінам нервових волокон піддавались: в підсерозному сплетінні – 3 %, в міжм'язовому – 4 % і в підслизовому 5 %. Отримані дані допомагають зрозуміти механізми функціональної перебудови шлунка після операції ваготомії, яка використовується при лікуванні хворих з виразками шлунка і 12-палої кишки.

РЕНТГЕНООСТЕОМЕТРИЧНІ ПАРАМЕТРИ ЯК КРИТЕРІЙ ДІАГНОСТИКИ СТАТЕВОЇ НАЛЕЖНОСТІ КЛЮЧИЦЬ

С.В. Федьків

Кафедра судової медицини
Івано-Франківська державна медична академія

З метою визначення критеріїв статевої належності ключиць нами було досліджено 40 об'єктів від трупів відомих осіб, які загинули внаслідок насильницької смерті в віці 20-70 років без ознак системних захворювань і патології опорно-рухового апарату. Встановлено, що абсолютні розміри ключиць виявились більшими у чоловіків, ніж у жінок. Так, на об'єктах чоловічої статі загальна довжина ключиці (ЗД) складає $15,16 \pm 0,33$ см, окружність грудного кінця (ОГК) – $7,64 \pm 0,33$ см, окружність діафізу (ОД) – $4,14 \pm 0,07$ см, окружність в проекції конусоподібного горбка (ОКГ) – $5,62 \pm 0,17$ см, окружність надплечового кінця (ОНК) – $6,89 \pm 0,17$ см, вертикальний діаметр грудного кінця (ВДГК) – $2,48 \pm 0,1$ см, вертикальний діаметр діафізу (ВДД) – $1,05 \pm 0,03$ см, вертикальний діаметр в проекції конусоподібного горбка (ВДКГ) – $1,53 \pm 0,11$ см, вертикальний діаметр надплечового кінця (ВДНК) – $1,55 \pm 0,09$ см, сагітальний діаметр грудного кінця (СДГК) – $2,38 \pm 0,09$ см, сагітальний діаметр діафізу (СДД) – $1,25 \pm 0,03$ см, сагітальний діаметр в проекції конусоподібного горбка (СДКГ) – $1,96 \pm 0,07$ см та сагітальний діаметр надплечового кінця (СДНК) – $2,35 \pm 0,12$ см. У жінок середні величини зазначених розмірів становлять відповідно: $13,54 \pm 0,19$ см; $6,92 \pm 0,37$ см; $3,4 \pm 0,12$ см; $5,15 \pm 0,2$ см; $6,51 \pm 0,41$ см; $2,18 \pm 0,12$ см; $0,92 \pm 0,04$ см; $1,21 \pm 0,04$ см; $1,5 \pm 0,15$ см; $2,04 \pm 0,13$ см; $1,05 \pm 0,06$ см; $1,88 \pm 0,09$ см; $2,21 \pm 0,13$ см. Статистично достовірні відмінності були виявлені між значеннями загальної довжини ключиці ($t = 4,2$), окружності діафізу ($t = 5,3$), вертикального діаметра в проекції конусоподібного горбка ($t = 3,2$), сагітального діаметра діафізу ($t = 3,3$). Запропоновані рентгеноостеометричні параметри дозволяють проводити чітку статеву діагностику як цілих ключиць, так і їх фрагментів при експертизі кісткових залишків в судово-медичній практиці. Зазначені параметри можуть застосовуватись також анатомами, морфологами і рентгенологами як базисні при диференціації патологічних станів опорно-рухового апарату.

УДК: 616.366 - 071.3 – 06 : 616.366 – 003.7

МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА СТРУКТУРНИХ ЗМІН СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

Н.В. Шамрай, М.С. Гнатюк, І.С. Вардинець

Центральна науково-дослідна лабораторія, Тернопільська центральна районна лікарня

Комплексом морфометричних та морфологічних (гістологія, гістохімія) методів досліджено 25 жовчних міхурів, які були розділені на 2-і групи. 1-а група (контрольна) нараховувала 8 вказаних органів практично здорових осіб, що загинули внаслідок травм (судово-медичні секції), 17 міхурів, які були видалені у хворих на хронічний калькульозний холецистит, склали 2-гу групу.

Встановлено, що хронічний запальний процес в досліджуваному органі супроводжується суттєвим зростанням відносного об'єму стромальних структур та уражених епітеліоцитів і зниженням відносного об'єму судин. Останній кількісний параметр зменшувався майже на 24,6 %. В слизовій оболонці при цьому спостерігалися атрофічні процеси. Так, її товщина виявилася зниженою на 16,1 %, а висота покривних епітеліоцитів на 25,0 %. Зменшувався при цьому також діаметр їхніх ядер і порушувалися ядерно-цитоплазматичні відношення. Останні корелювали зі зниженням активності окисно-відновних ферментів, ступенем деструктивних процесів та порушенням регенерації у стінці жовчного міхура.

Таким чином, отримані кількісні морфологічні характеристики процесів та явищ, які виникають в ураженому жовчному міхурі, дозволяють глибше вивчити та логічно пояснити їх, що істотно розширює можливості дослідника.

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ

УДК 614.2 (477)

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНОГО ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ УКРАЇНИ

Л.М. Білорусець

Кафедра філософії та українознавства

В Україні реформування охорони здоров'я повинно базуватись на глибокому аналізі соціально-економічного положення суспільства, стану здоров'я населення, організації медичної допомоги в країні, вивчення досвіду, організації охорони здоров'я в розвинених країнах.

Коли обговорюються перспективи розвитку медичного страхування в Україні, його фінансової моделі, загострюються питання, хто і скільки буде платити. Ринкові умови визначають підвищену матеріальну відповідальність не лише роботодавцям, але і самих працівників. Тому взаємне страхування на випадок захворювання є очевидною необхідністю.

У більшості економічно розвинених країн Північної та Західної Європи система страхової медицини передбачає три основних джерела оплати витрат на медичну допомогу. По-перше, це щомісячні відрахування із заробітної платні застрахованим (в середньому 6-12 %); по-друге, – відрахування із державного бюджету (від 10 до 50 %). Третє джерело грошових надходжень включає в себе відрахування з прибутків підприємців, що також можуть складати до 50 % усіх коштів на медичну допомогу.

Відповідна законодавча підтримка медичного страхування в Україні може зробити цю сферу діяльності пріоритетною для багатьох вітчизняних страхових компаній. Більше того, якщо в податковому законодавстві будуть передбачені певні пільги для таких страхових компаній, експерти прогнозують швидкий розквіт цього сегмента страхового ринку.

УДК 281.9(477)

НАЗУСТРІЧ 110-РІЧЧЮ АРСЕНА РІЧИНСЬКОГО

А.М. Гудима

Кафедра філософії та українознавства

12 червня 2002 р. минає 110 років від дня народження лікаря, публіциста, церковного композитора, основоположника етнології релігії, ідеолога української національної церкви Арсена Васильовича Річинського. Народився 12 червня 1892 р. в с. Тетильківці Кременецького повіту Волинської губернії (нині Шумського району Тернопільської області). Своєю основною працею "Проблеми української релігійної свідомості", що вийшла у світ в 1933 р., він заповнив прогалину між часами Петра Могили (1640-роки) та 30 роками минулого століття в історії українського православ'я та богословської думки.

За свою подвижницьку діяльність чотири рази притягався до кримінальної відповідальності в роки окупації Західної України III Річчю Посполитою. 20 жовтня 1939 р. арештований органами НКВС і засуджений на 10 років ув'язнення з наступним поселенням у Південному Казахстані, де помер 13 квітня 1956 року.

Подвижницька діяльність А. Річинського має непересічне наукове, ідеологічне та світоглядне значення в умовах духовного відродження України, єднання українського православ'я в єдину помісну церкву з усіма наслідками у державотворчому процесі.

2002 рік, присвячений пам'яті А. Річинського, повинен стати значною віхою в історії української культури, буде стимулювати об'єднані процеси в українському православ'ї, буде предметним уроком духовного відродження України.

Ю. ДРОГОБИЧ – УКРАЇНСЬКИЙ ГУМАНІСТ, ДОКТОР МЕДИЦИНИ*Н.В. Джугла*

Кафедра філософії та українознавства

Розглядаючи розвиток духовного життя України в добу ренесансу, не можливо обминути таке питання, як поширення вищої академічної освіти. Пожвавлення економічних, торговельних та культурних зв'язків із Заходом викликало попит на освічених людей, але на перешкоді стояв брак власних вищих учбових закладів – університетів. Тому, починаючи з 14 ст., чимало українців виїздило за кордон на навчання. Найближчим і найдоступнішим був Краківський Ягелонський університет. Серед його вихованців необхідно виділити Юрія Дрогобича (Котермака, бл. 1450-1494 рр.), засновника українського гуманізму, відомого вченого кінця XV ст. в області медицини, астрономії, математики. Закінчивши навчання у найвідоміших університетах Європи займав посаду декана медичного факультету, а потім ректора Болонського університету (Італія). Серед його студентів був Миколай Коперник. Найвідомішими працями стали: “Прогностична оцінка поточного 1483 року”, в якій викладені проблеми філософії, астрології, географії. “Трактат про сонячне затемнення 20 липня 1478 року. “Трактат з шести розділів про затемнення” (1490). У цих працях містяться думки про світ, про людину, історію людства. Юрій Дрогобич вніс певний внесок у розвиток медицини. У своїх поглядах, працях Ю.Дрогобич підходить до вирішення проблем історії, держави, влади зі світських, а не теологічних позицій.

УДК614.2 (083.74) (477)

РОЗРОБКА ДЕРЖАВНИХ СОЦІАЛЬНИХ НОРМАТИВІВ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я*Пономаренко В.М., Грузєва Т.С.*

Український інститут громадського здоров'я

Згідно з Законом України “Про державні соціальні гарантії” протягом 2001-2002 рр. в країні здійснюється розробка соціальних нормативів у різних сферах діяльності суспільства, в тому числі і в охороні здоров'я. Метою встановлення соціальних стандартів і нормативів є визначення механізму реалізації соціальних прав та державних соціальних гарантій громадянам відповідно до Конституції України, окреслення пріоритетів соціальної політики щодо забезпечення потреб людини в матеріальних благах і послугах та фінансових ресурсів для їх реалізації, обґрунтування розмірів видатків Державного бюджету України, місцевих бюджетів, соціальних фондів на соціальний захист і забезпечення населення та утримання соціальної сфери.

В медичній сфері опрацьовується 8 груп соціальних нормативів, які включають перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я; нормативи надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур; показники якості надання медичної допомоги; нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами та іншими спеціальними засобами; нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою; нормативи забезпечення медикаментами державних і комунальних закладів охорони здоров'я; нормативи санаторно-курортного забезпечення; нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Над їх обґрунтуванням працюють керівники та головні спеціалісти МОЗ України, співробітники Українського інституту громадського здоров'я, науково-дослідних установ, підпорядкованих АМН України та МОЗ України.

У 2001 р. завершено розробку державного класифікатора соціальних стандартів і нормативів в охороні здоров'я, який подано на затвердження в Кабінет Міністрів України.

Триває робота над визначенням величин конкретних показників усіх груп соціальних нормативів.

ПСИХОЕТНІЧНИЙ АСПЕКТ У ПРОЦЕСІ ДЕРЖАВНОГО БУДІВНИЦТВА В УКРАЇНСЬКІЙ ДЕРЖАВІ

О.В. Ткачук

Кафедра філософії та українознавства

Природний національний імунітет до хвороб підтримується стабільним психоетнічним рівнем, заміна чи порушення якого є катастрофою стабільності етнічної нації. Як імунітет до хвороб, так і психоетнічна стабільність деформуються “злиттям націй”. Результати не останнього довготривалого тотального антиукраїнського геноциду – репресії, колективізація, масові розстріли, висока дитяча смертність, суцільна екологічна інтервенція, чорнобильська радіаційна агресія, а зараз ще й економічний собатож розвитку держави, створили найсприятливіші умови для вимирання нації: народженість нижче смертності й суцільна психічна депресія. Сприятливі збільшенню народжуваності сьогодні в Україні покликані сучасні інститути та науково-практичні центри репродуктивної медицини. Але якщо вони беруть свій “допоміжний” матеріал із США та Західної Європи, тоді яка може бути спадковість після цього у новонароджених українців?! Усе наведене суттєво впливає на збереження генетичного фонду етнічних українців в Україні, тому нам потрібно ґрунтовно замислитись, яким чином припинити навмисне перетворення українців з унікального окремішнього народу в якусь спільноту азійсько-європейських народів з домішуючим негроїдно-передньосхідним етноелементом.

УДК 614.885 (477)

УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРІ В НАЦІОНАЛЬНО-ВИЗВОЛЬНИХ ЗМАГАННЯХ 40-50-Х РР. ХХ СТОЛІТТЯ

В.З. Ухач

Кафедра філософії та українознавства

Метою роботи було продовження досліджень сподвижницької праці українських медиків в національно-визвольному русі 30-50-х років.

У період 1942-1943 років база вищих центральних медичних курсів знаходилася на Волині. Основна увага зосереджувалась на підготовці хірургів, оскільки ця спеціальність була чи не найважливішою в умовах визвольних змагань. Із записів сотника Б. Кіповського дізнаємося, що курсанток було більше сотні. Взимку 1943-1944 роках Головне командування УПА перенесло вишкіл з Волині в Карпатські ліси, неподалік м. Сколе.

Ірина Козак, заступниця Катерини Зарицької (очолювала УЧХ в мережі УПА до 1947 р.), організувала навчання на Львівщині, підбирала санітарів і медсестер, проводила виховну та ідеологічну роботу.

З 1947 року всією організацією підпільного УЧХ керувала Галина Дидик (“Анна”) народилась в с. Шибалин, на Бережанщині). Дидик була зв’язковою до Проводу українського підпілля в Україні. Вона організувала підпільну систему УЧХ на Тернопільщині, опікувалась хворими і пораненими вояками УПА. Життєвий шлях цих людей став подвигом в ім’я Батьківщини.

УДК 61 (091) (477). 81)

СТАН МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НА ТЕРНОПІЛЬЩИНІ У ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ ХІХ СТОЛІТТЯ

Р.Ю. Чигур

Кафедра філософії та українознавства

У нашому краї були одиниці державних закладів в яких хворі могли отримати кваліфіковану медичну допомогу. Злидні, низький рівень життя, нестача повноцінного харчування, відсутність елементарних умов для дотримання особистої гігієни спричиняли вибухи різноманітних хвороб, залишався високим рівень смертності серед населення Тернопілля. Послугами приватних лікарів у м. Бучачі могли користуватися

лише заможні міщани, бідняки ж такої можливості не мали. У 1906 р. в місті померло від епідемії тифу 169 чоловік. В середині XIX ст. в місті працювала лікарня на 30 ліжок. Наприкінці XIX ст. це був єдиний медичний заклад на весь Тернопільський повіт. В Терехівському повіті один лікар припадав більш як на 14 тис. чоловік, а аптека – майже на 24 тис. мешканців. За 1881-1890 рр. в Підгаєцькому повіті від голоду і хвороб із 36 тисяч новонароджених померло понад 28 тисяч. Медичного закладу у Вишнівці не було. У м. Шумську 1874 р. було відкрито лікарню в якій працювали один лікар і акушерка. В м. Борщові державний лікар не мав навіть приміщення для прийому хворих. Таким чином ні російська ні австрійська влади не дбали про розвиток охорони здоров'я на Тернопільщині.

УДК 347 : 61

ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Ю.З. Юрик

Кафедра філософії та українознавства

Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики, розроблені відповідно до Законів України “Основ законодавства України про охорону здоров'я”, “Про лікарські засоби”, “Про підприємства в Україні”, “Про ліцензування певних видів господарської діяльності”.

Дія цих Ліцензійних умов поширюється на всіх суб'єктів господарювання, що зареєстровані в установленому законодавством порядку як юридичні особи незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності.

Відповідно до ст. 9 Закону України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності” медична практика як вид господарської діяльності підлягає ліцензуванню.

Медична практика здійснюється суб'єктами господарювання на підставі ліцензії на певний вид медичної практики за умови виконання ними кваліфікаційних, організаційних та інших спеціальних вимог.

Окрім наявності ліцензії, господарська діяльність з певних видів медичної практики здійснюється суб'єктами господарювання за наявності:

1. Приміщень, що відповідають установленим санітарним нормам і правилам (відповідність приміщень цим нормам засвідчується висновком закладу державної санітарно-епідеміологічної служби).

2. Приладів, обладнання, оснащення відповідно до Табелю оснащення виробами медичного призначення лікувальних та діагностичних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів, стаціонарних відділень лікарень, що затверджується МОЗ України.

УДК 801.3

ТЕРМІНОЛОГІЯ КУЛЬТУРИ МОВИ У ЛІНГВІСТИЧНИХ ПРАЦЯХ МОДЕСТА ЛЕВИЦЬКОГО

В.Я. Юкало

Кафедра філософії та українознавства

Розвиток культури української мови не можна розглядати без доробку лікаря, письменника і лінгвіста Модеста Пилиповича Левицького (1866-1932). Як мовознавець М.Левицький зробив найбільший внесок у культуру мови і стилістику.

Усі його праці з питань культивування літературної мови, безперечно, є першими в українському мовознавстві творами з тієї галузі, яку пізніше назвуть “культура мови”.

М.Левицький вже в першій чверті XX ст. застосовує майже всі поняття, на яких базується сучасна культура мови, вживає терміни “українська літературна мова” (до 1909 р. – “українська письменницька мова”), “часописна мова”, “канцелярська мова”, “своєрідні прикмети української мови”, “гарна прикмета нашої мови”, виділяє такі комунікативні якості культури мови, як “чистота”, “правильність” (“граматичність”), “докладність”, “ясність”, “милозвучність” (“мелодійність”, “еуфонія”), “багатство”, “барвистість” (“кольоритість”, “рел'єфність”), простота та ін.

Більшість термінів, які вживав М.Левицький, застосовують й сучасні мовознавці. Отже, праці М.Левицького сприяли становленню та розвитку метамови культури мови, а його самого по праву можна вважати засновником культури української мови як окремої лінгвістичної дисципліни.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	3
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАТОМОРФОЗУ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ <i>С.В. Білоус</i>	4
ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В СТРУКТУРІ ЗАПАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ПРАЦІВНИКІВ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ ТЕРНОПОЛЯ <i>Б.Г. Бугай</i>	10
РАК В УКРАЇНІ: НОВІ І СТАРІ ПРОБЛЕМИ В НОВОМУ СТОЛІТТІ <i>Галайчук І.Й., Дрижак В.І., Мороз Г.С., Домбрович М.І., Загурська Н.О.</i>	16
НОВІ ВАРІАНТИ СЛУХОПОКРАЩУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ <i>О.І. Яшан</i>	19
ВНУТРІШНІ, ІНФЕКЦІЙНІ, НЕРВОВІ І ПСИХІЧНІ ХВОРОБИ	
ПЕРЕБІГ ЛЕПТОСПИРОЗУ ЗАЛЕЖНО ВІД ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ ОРГАНІЗМУ <i>М.А. Андрейчин, Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, В.С. Копча, В.О. Качор</i>	24
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ В І С <i>М.А. Андрейчин, О.Л. Івахів, І.Я. Господарський, І.С. Іщук, Н.А. Ничик, Н.Ю. Вишневецька, В.П. Борак, Г.В. Пізар</i>	24
ВПЛИВ СИЛЛАРДУ П НА РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КРОВІ В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОКТОСИГМОЇДИТ <i>С.М. Андрейчин</i>	25
СТАН НЕСПЕЦИФІЧНОГО ЗАХИСТУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ЛЕЙКОЗАМИ <i>В.П. Бабій, Н.Ф. Гоженко, В.П. Козлов, С.Г. Котюжинська</i>	25
ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛІРІУ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ <i>С.В. Білоус</i>	26
ВПЛИВ ГІПЕРУРИКЕМІЇ НА ГЕМОСТАЗОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА <i>Р.Я. Боднар</i>	26
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ГЕМОДИНАМІКИ ЛЕГЕНЬ ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ОСІБ ЗА РІЗНИХ ТИПІВ ПОГОДИ <i>С.Н. Вадзюк, О.В. Денефіль, Н.М. Волкова, Н.С. Зятковська, І.Я. Папінко</i>	27
ДО ПИТАННЯ ВЕРИФІКАЦІЇ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ХРОНІЧНИЙ ПОПЕРЕКО- КРИЖОВОЇ РАДИКУЛОПАТІЇ У ГІРНИКІВ <i>В.М. Валуцина, Л.В. Смоленко, Л.Б. Крюкова</i>	27
СОЦІАЛЬНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ТРИВОЖНО ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ <i>О.П. Венгер</i>	28
КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ВТОРИННИХ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНІЙ АНЕМІЇ <i>С.В. Видиборець</i>	28
ДИНАМІКА РІВНІВ РААС У ХВОРИХ НА ПРОТЯЗІ ПЕРШОГО РОКУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА <i>О.В. Вятченко, С.Ю. Савицький, І.К. Следзевська</i>	29
ІМУНОФЕНОТИПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АТИПОВОЇ ФОРМИ В-КЛІТИННОГО ХРОНІЧНОГО ЛІМФОЛЕЙКОЗУ <i>С.М. Гайдукова, О.А. Карнабеда</i>	29
ВПЛИВ ФЛУРЕНЗІДУ НА ПОКАЗНИКИ ІМУННОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІСЛОНЕФРИТ <i>О.В. Гевко</i>	30
ЕНДОСКОПІЧНА СОНОГРАФІЯ ЯК МЕТОД ОБСТЕЖЕННЯ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ <i>С.В. Герасимчук, Н.В. Коршак</i>	30

ХАРАКТЕР ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ	
<i>Л.А.Грищук, С.І.Корнага</i>	31
РОЛЬ СЕКВЕНЦІАЛЬНОЇ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ХІМІОПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОМУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	
<i>В.В. Гусак, Р.В. Сенютювич, Е.В. Олійник, Д.А. Чумак, І.В. Тащук</i>	31
ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ ЦИТОСТАТИКІВ ЯК РАДІОМОДИФІКАТОРУ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	
<i>В.В. Гусак, Р.В. Сенютювич, Д.А. Чумак, І.В. Тащук, Е.В. Олійник</i>	32
ДИНАМІКА УЛЬТРАЗВУКОВИХ РОЗМІРІВ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ІНСУЛІНОЗАЛЕЖНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З ГЕПАТОМЕГАЛІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ “НЕОСЕЛЕНОМ” В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ КОМПЕНСАЦІЇ ХВОРОБИ	
<i>Н.Я. Давидович, О.В. Давидович</i>	32
АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	
<i>О.В. Давидович, В.О. Куць, Н.Я. Давидович</i>	33
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ З ВКЛЮЧЕННЯМ ХАРЧОВОГО ДОДАТКУ “НЕОСЕЛЕНУ” У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ З УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ ЗА ДАНИМИ ДИНАМІКИ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ	
<i>Н.Я. Давидович, О.В. Давидович, А.М. Швед</i>	33
РОЗРОБКА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ В ОСІБ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМ СИНДРОМОМ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ У ШКІДЛИВИХ УМОВАХ ВИРОБНИЦТВА	
<i>В.Г. Дейнега, Л.В. Кондратенко, Е.Н. Крїкота</i>	34
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ АТАРАКСА І ПУМПАНА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЄЮ	
<i>В.Г. Дейнега, Л.Н. Тимошенко</i>	34
РЕЙТИНГОВА СИСТЕМА ОЦІНКИ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	
<i>О.М. Довгань</i>	35
ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ Т- І В-ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПРИ САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛІКУВАННІ	
<i>А.В. Єпішин, Н.Я. Верецагіна, М.М. Руда, Н.А. Хабарова, Т.Ю. Чернець, В.О. Лихацька</i>	35
АНАЛІЗ ПРИЧИН ОСТЕОПЕНІЧНИХ ТА ОСТЕОПОРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІО А	
<i>І.В. Жулкевич, М.Є. Гаврилюк, Г.Г. Кміта, В.П. Шемет, Р.Й. Корчинська, Л.Т. Крамар, Л.М. Скакун</i>	36
СИСТЕМА ДОДЕНСИТОМЕТРИЧНОГО ПРОГНОЗУ СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ХВОРИХ НА ГОСТРІ ТА ХРОНІЧНІ ЛЕЙКОЗИ	
<i>І.В. Жулкевич, В.П. Марценюк, М.Є. Гаврилюк, Г.Г. Кміта, В.П. Шемет, Л.Т. Крамар, Р.Й. Корчинська, Л.М. Скакун</i>	36
ПРОФІЛАКТИЧНА АНТИАРИТМІЧНА АКТИВНІСТЬ ДЕЯКИХ ПОХІДНИХ ПРИРОДНОГО АМІНОЦУКРУ ГЛЮКОЗАМІНУ (ГА)	
<i>І.А. Зупанець, Є.Ф. Грінцов, О.Г. Колоусова, Ю.К. Резуненко</i>	37
ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИАНГІНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ НОВОГО АНТАГОНІСТА КАЛЬЦІЮ ФОРИДОН-ГЕЛІЯ	
<i>І.А. Зупанець, О.О. Тарасенко</i>	37
ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІХС ПРИ ПРИЄДНАННІ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗУ	
<i>Л.А. Ільницька, І.В. Шумлянський, Т.О. Горбачевська, Н.Г. Шумлянська</i>	38
АНТИГІПОКСИЧНА ДІЯ СУКЦИФЕНАТА	
<i>Н.М. Кононенко, А.І. Березнякова</i>	39
МОЖЛИВІ ЗМІНИ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ	
<i>М.Ф. Корнелішин</i>	39
АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА АКТИВНІСТЬ ЛОЗАРТАНУ (КОЗААРУ) В ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	
<i>В.І. Кошля, С.М. Дмитрієва, Л.М. Зеленська, С.Г. Пузік, Н.К. Щєбликіна, В.А. Одринский, О.В. Кошля, Ю.М. Конівець, О.А. Морозова, О.С. Кульбачук</i>	40
ДІУРЕТИЧНА АКТИВНІСТЬ ТІАЗОЛІАМІДЕТАНА	
<i>С.І. Крижна, М.Є. Березнякова</i>	40

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЩОДО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ЦИВІЛІЗАЦІЇ <i>П.П. Кузів, Л.В. Наумова, В.Ф. Тюріна, О.І. Криськів, І.М. Бутвин</i>	41
ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ОБМІНУ КАЛЬЦІЮ І МАГНІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПРОЦЕСІ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ <i>П.П. Кузів, Ю.І. Сливка, Н.З. Ярема, Л.В. Зоря, Л.П. Боднар</i>	41
ВИВЧЕННЯ АНТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОЇ МАЗІ З ГЕПАРИНОМ ТА МЕТИЛ УРАЦИЛОМ НА РІЗНИХ ОСНОВАХ <i>Кузнєцова В.М., Рибак В.А.</i>	42
ВПЛИВ ГОСТРОГО G-ОПРОМІНЕННЯ НА НИРКОВІ МЕХАНІЗМИ ОСМОРЕГУЛЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ <i>І.А.Кузьменко, С.О.Комаровський</i>	42
ПОШИРЕНІСТЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ЙОГО КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ <i>Т.К. Кульчицька, Т.С. Грузєва, Н.О. Кульчицька</i>	43
ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЩОДО ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ <i>Л.Б. Лозіна</i>	44
ПОСДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ БАЛЬНЕО-ПЕЛОЇДОТЕРАПІЇ ТА МІКРОХВИЛЬОВОЇ РЕЗОНАНСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРВИННИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ <i>І.Р. Мисула, Т.Г. Бакалюк, В.Б. Коваль, О.В. Вайда</i>	44
ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНИХ ЧИННИКІВ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРОЗУ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ <i>І.Р. Мисула, А.О. Голяченко, В.І. Мартинюк, О.М. Лавріненко</i>	45
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ГІПОТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ <i>І.Р. Мисула, Л.В. Левицька, В.Б. Коваль, І.Б. Левицький</i>	45
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН АКТИВНОСТІ ФАКТОРУ ВІЛЛЕБРАНДА ПІД ВПЛИВОМ НЕБІВОЛОЛУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІО НАПРУГИ, УСКЛАДНЕНУ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ <i>О.В. Морозова</i>	45
ГОРМОНИ СТРЕСУ В МЕХАНІЗМІ ПОРУШЕННЯ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ ДУОДЕНТАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ <i>О.А. Опарін</i>	46
ВПЛИВ ДЕЯКИХ СТРЕСОРНИХ ГОРМОНІВ НА РЕГІОНАРНИЙ КРОВООБІГ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ <i>А.Г. Опарін, А.А. Опарін, А.В. Благовещенська, Ю.І. Двояшкіна, Н.В. Лаврова, К.О. Просолєнко</i>	47
ЕКСПРЕСІЯ FAS-РЕЦЕПТОРА І HLA-DR У ХВОРИХ НА АТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ХОДІ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ <i>В.Ф. Орловський, Л.Н. Приступа</i>	47
РЕЗУЛЬТАТИ НЕО- І АД'ЮВАНТНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ВУЗЬКИМИ ПОЛЯМИ ПРИ РАКУ ШЛУНКА <i>Е.В. Олійник, Р.В. Сенютович, Гусак В.В., І.О. Дацюк</i>	48
ВПЛИВ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЕКСПРЕСІЮ АКТИВАЦІЙНИХ МАРКЕРІВ Т- І В-ЛІМФОЦИТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ <i>Л.Н. Приступа</i>	48
МЕТОДИКА ОЦІНКИ КЛІРЕНСУ АНТИПІРИНУ В СЕЧІ ЛЮДИНИ <i>В.А. Пятенко</i>	49
ЗМІНИ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ <i>О.О. Рябова</i>	49
УРАЖЕННЯ ПАХОВОГО ЛІМФАТИЧНОГО АПАРАТУ ПРИ РІЗНИХ СТАДІЯХ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ <i>Р.В. Сенютович, В.В. Гусак, Д.А. Чумак, Р.Д. Сандуляк, І.В. Тащук, Е.В. Олійник</i>	50
ЕЛЕКТРОХІМІОТЕРАПІЯ РАКУ. ДОСЯГНЕННЯ. ПРОБЛЕМИ <i>Р.В. Сенютович, Д.А. Чумак</i>	50
ЗМІНИ ПЕРИФЕРИЧНОЇ СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ <i>В.М.Сідельник</i>	51
ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ ЛІКУВАННЯ НЕХОДЖКІНСЬКИХ ЗЛОЯКІСНИХ ЛІМФОМ НИЗЬКОГО СТУПЕНЯ ЗЛОЯКІСНОСТІ <i>Л.А. Сивак</i>	51

КОРЕКЦІЯ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ У ХВОРИХ НА ДАМПНІНГ-СИНДРОМ ПОРОШКОМ КУТИКУЛИ ШЛУНОЧКІВ КУРЕЙ	
<i>І.В. Смачило</i>	52
АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ОСТЕОДЕФЦИТУ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОАРТРОЗ	
<i>С.І. Сміян, Л.С. Бабінець, Н.І. Корильчук</i>	52
ОЦІНКА ВПЛИВУ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ НА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇД-ІНДУКОВАНІ ОСТЕОДЕФЦИТНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	
<i>С.І. Сміян, О.Р. Барладин, М.Я. Ясніцька, Ю.М. Цяпа</i>	53
МІСЦЕ ЦИКЛОФЕРОНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ РЕЙТЕРА	
<i>С.І. Сміян, Н.В. Грималюк, У.С. Слаба, Л.В. Задорожна</i>	53
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КАЛЬЦИТОНІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ АНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ	
<i>С.І. Сміян, О.М. Масик</i>	54
ВЕГЕТАТИВНІ МЕХАНІЗМИ АДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АСТЕНО-НЕВРОТИЧНИМ СИНДРОМОМ	
<i>С.Л. Соломка, Е.А. Топор</i>	54
МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТОК ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ ТА ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ	
<i>Є.М. Стародуб, О.Є. Самогальська, І.І. Мельник, Т.Б. Лазарчук, Н.В. Журбенко, Л.П. Мартинюк, Р.П. Дуць, О.М. Королюк, Б.А. Локай</i>	55
ФАГОЦИТОЗ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ІЗ СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ СИСТЕМНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	
<i>Ю.П. Ткаченко, О.Є. Пащикова</i>	55
АНТИМІКРОБНА АКТИВНІСТЬ НОВОЇ КСЕРОФОРМНОЇ МАЗІ НА ПЕО-ОСНОВІ	
<i>Т.І. Тюпка, А.І.Березнякова</i>	56
ЗАСТОСУВАННЯ ECHINACEA COMPOSITUM S У ЛІКУВАННІ АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ	
<i>М.М. Франчук, Н.В. Пасечко, С.І. Зелінська, Л.П. Мартинюк, С.М. Геряк, О.В. Вербицька</i>	56
КОРЕКЦІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ON – LLNE	
<i>О.С. Чабан</i>	57
ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ФАКТОРІВ В ПАТОГЕНЕЗІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	
<i>О.С. Чабан, О.П. Венгер, С.В. Білоус, Я.М. Несторович, В.В. Яцук, С.І. Ситник, Р.М. Гнатюк</i>	57
ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕАД'ЮВАНТНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ПРИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ТЗ	
<i>Д.А. Чумак, Р.В. Сенютювич, В.В. Гусак, І.В. Тацук, Е.В. Олійник</i>	58
ВПЛИВ МОЕКСИПРИЛУ НА СИСТЕМНУ ТА ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВУ ГЕМОДИНАМІКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	
<i>М.І. Швед, Н.М. Вівчар</i>	58
ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
<i>М.І. Швед, М.В. Гребеник, Л.П. Мартинюк, М.М. Франчук, О.А.Огер, Л.М. Груб'як</i>	59
МІЖШЛУНОЧКОВА ВЗАЄМОДІЯ У ХВОРИХ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНИМ ПІСЛЯІНФАРКТНИМ СИНДРОМОМ	
<i>М.І. Швед, І.П. Тофан</i>	59
ДОСВІД АВТОМАТИЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОЮ ЛІКАРНЕЮ	
<i>В.В. Шкробот, О.М. Голяченко, Г.Ф. Корнієнко</i>	60
ЕФЕКТИВНІСТЬ СПОСОБУ ФАРМКОРЕКЦІЇ ГЕМОДИНАМІЧНИХ І РЕОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У НЕВРОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ	
<i>С.І. Шкробот, М.М. Іценко, А.М. Дорогий, І.І. Гара, Є.О. Нечай, З.В. Салій</i>	60
АМІЗОН: ДОСВІД КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ	
<i>В.В. Шманько, І.В. Мерецька</i>	61
ОСМОРЕГУЛЮЮЧА ФУНКЦІЯ НИРОК В УМОВАХ ВОДНО-СОЛЬОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ	
<i>П.А. Шумілова</i>	61
ЗАСТОСУВАННЯ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛІЗУ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ВЕГЕТАТИВНИМИ КРИЗАМИ	
<i>І.В. Шумлянський, Ю.В. Драчук, О.М. Дудка</i>	62

МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНА АКТИВНІСТЬ ВЕНОТРОПІНУ	
<i>Л.В. Яковлева, Н.А. Цубанова</i>	62
РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ НОВОГО ПРЕПАРАТУ “АНАЛЬБЕН”	
<i>Л.В. Яковлева, О.М. Шаповал</i>	63
ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ РІЗНИХ НАПРЯМКІВ НА ГЕМОДИНАМІКУ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗДОРОВ'Я	
<i>Є.А. Ясінський, В.Б. Коваль, П.Р. Левицький, П.П. Бондар</i>	63
ХІРУРГІЧНІ, ОНКОЛОГІЧНІ, ОЧНІ ТА ЛОР-ХВОРОБИ	
ВПЛИВ ТРОШКАМІДУ НА ПРЯВИ ЗАПАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ ПЕРЕДНЬОГО ВІДТИНКУ СУДИННОЇ ОБОЛОНКИ ОКА ПІСЛЯ АНТИГЛАУКОМНИХ ОПЕРАЦІЙ	
<i>Н.М. Абашина, Ю.О. Гернага, Л.М. Мельник</i>	64
ВАРТІСНА ОЦІНКА СУЧАСНИХ І ЗАГАЛЬНОПРИЙНЯТИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ	
<i>Н.М. Абашина, Л. Конопада, Т. Дубчак, Т.В. Душенчук</i>	64
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ СКЛЕРОПЛАСТИКИ ТА КОНСЕРВАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ МІОПІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ	
<i>Н.М. Абашина, Г.Л. Потягайло, М.Г. Потягайло</i>	65
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ОРГАНІЗМУ У ХВОРИХ НА ПЕРИТОНІТ.	
<i>В.В. Бенедикт, М.С. Гнатюк, Ю.М. Голда, Л.Р. Коробко, Н.В. Бенедикт</i>	65
ОЗОНОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	
<i>М.Д. Бех, В.В. Мальований, В.В. Дем'яненко, А.Д. Беденюк, І.В. Мальована</i>	66
ЗАСТОСУВАННЯ АКТИВНОГО КИСНЮ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОБЛІТЕРУЮЧИЙ ЕНДАРТЕРІТ	
<i>М.Д. Бех, В.А. Надал, І.К. Венгер, В.В. Дем'яненко, Р.Я. Кушнір</i>	66
МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ БІОФІЗИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КОНСЕРВОВАНОЇ ШКІРИ	
<i>В.В. Бігуняк, В.В. Дем'яненко, М.Д. Бех</i>	67
ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИЕ АКТИВИРОВАННЫЕ РАСТВОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ	
<i>Р.В. Бондарев, В.Е. Трофимов</i>	67
КОРЕКЦІЯ ВЕНОЗНОГО КРОВОПЛИНУ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ НЕДОСТАТНОСТІ КЛАПАННОГО АПАРАТУ ГЛИБОКИХ ВЕН	
<i>І.К. Венгер, А.В. Левицький</i>	68
ВИКОРИСТАННЯ СОНОГРАФІЧНИХ ГІСТОГРАМ В ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ І ВИБОРІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ НЕПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ	
<i>М.М. Галей</i>	68
РОЛЬ МІЖ ОРГАННИХ ЗРОЩЕНЬ В РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ ТА РЕІНЕРВАЦІЇ ОРГАНІВ ВЕРХНЬОГО ПОВЕРХУ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ	
<i>В.Д. Гаргула, М.В. Гаргула</i>	68
ЕУБІОТИКИ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ СТОПИ ДІАБЕТИКА	
<i>П.О. Герасимчук, С.І. Климнюк, М.О. Ляпіс, О.В. Бойчак</i>	69
МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ЗМІН СУДИННОГО РУСЛА ОЧНОГО ЯБЛУКА ПРИ ДИСТРОФІЇ СІТКІВКИ	
<i>К.В. Гнатко</i>	70
ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОГО ЛІМФОСТАЗУ НИЖНІХ КІНЦІВОК В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ	
<i>В.Б. Гоцинський, П.В. Гоцинський</i>	70
СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЗА ПОКАЗНИКОМ Т У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ, ЛІКОВАНИХ КОНСЕРВАТИВНО ТА ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ	
<i>В.Б. Гоцинський, Н.І. Корильчук, Л.С. Бабінець, І.О. Корніцька, С.М. Бутвін, Р.А. Бадюк</i>	70

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ З ВИКОРИСТАННЯМ СИНТЕТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ	
<i>І.Я. Дзюбановський, В.І. П'ятночка</i>	71
ВІДНОВНІ КОРЕГУЮЧІ ОПЕРАЦІЇ НА ШЛУНКУ В ХІРУРГІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ	
<i>І.Я. Дзюбановський, Р.В. Свистун</i>	71
ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ В ХІРУРГІЇ ЗЛУКОВОЇ ХВОРОБИ	
<i>О.Г. Дикий</i>	72
ВИКОРИСТАННЯ АУТО-ТРАНСФУЗІЇ УЛЬТРАФІОЛЕТОМ ОПРОМІНЕНОЇ КРОВІ ПРИ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯ	
<i>Ю.І. Клименко, В.П. Федорчук</i>	72
ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ВМІСТУ ПРИ ПЕРФОРАЦІЯХ ШЛУНКУ І КИШКІВНИКА	
<i>С.І. Клименко, І.О. Ситник, М.С. Творко, Н.І. Ткачук, Г.Р. Малярчук</i>	73
ДИСПЛАСТИЧНІ ЗМІНИ ЕПІТЕЛІО СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТА ВИБІР ОБ'ЄМУ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА	
<i>Ю.М. Ковальчук</i>	73
ВІРУСОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНО-ПОЛІПОЗНИЙ СИНУЇТ І КИСТИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ	
<i>П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, У.Р. Дужик, В.А. Мельник</i>	74
МІКРОБНА ФЛОРА ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ ПРИ ГНІЙНОМУ ЗАПАЛЕННІ	
<i>П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, У.Р. Дужик, В.А. Мельник</i>	74
МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК	
<i>Л.Я. Ковальчук, А.Д. Беденюк, Ю.М. Футуйма, В.В. Мельничук, С.І. Дуць, А.Я. Господарський</i>	74
ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ОБКРАДАННЯ ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ АОРТО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТА	
<i>Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, С.Я. Костів</i>	75
ПЕРИФЕРІЙНА ГЕМОДИНАМІКА ТА КОЛАТЕРАЛЬНИЙ КРОВОПЛИН ПРИ ВИБОРІ ОБ'ЄМУ РЕКОНСТРУКЦІЇ ОКЛЮЗІЙ АРТЕРІЙ СТЕГНО-ПІДКОЛІННО-ГОМІЛКОВОГО СЕГМЕНТА	
<i>Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, А.В. Левицький</i>	76
КРІОХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ	
<i>Л.Я. Кушнерик, Р.В. Сенютів, І.О. Дацюк</i>	76
РОЗРОБКА НОВИХ ПРИСТОСУВАНЬ ДЛЯ КОМБІНОВАНОЇ ГІПЕР- ГІПОТЕРМІЇ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	
<i>Л.Я. Кушнерик, Р.В. Сенютів, І.О. Дацюк</i>	77
ДО ПРОБЛЕМИ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ	
<i>К.В. Лупанов, С.А.Куліш</i>	77
АПОПТОЗ ГЕПАТОЦИТІВ ЯК ПРИЧИНА РОЗВИТКУ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ РОЗЛИТОМУ ПЕРИТОНІТІ	
<i>М.О. Ляпис, Л.Ю. Івацук</i>	78
ТОКСИЧНІСТЬ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОЇ РІДИНИ ПРИ ГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЛЕГЕНЬ	
<i>В.В. Мальований, М.Д. Бех, В.В. Твердохліб, А.Д. Беденюк, І.В. Мальована</i>	78
ВПЛИВ ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ ТА САНДОСТАТИНУ НА ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГОМЕОСТАЗУ У ОСІБ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	
<i>В.О. Марков, М.Г. Вишневецька</i>	79
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНОЮ ПІЛРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ	
<i>Ю.І. Мартиновський, В.Ф. Тимченко, М.Д. Постоленко</i>	79
ПАТОЛОГІЯ ОРГАНІВ ЗОРУ ТА ЇЇ ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ	
<i>Н.В. Медведовська</i>	80
СУЧАСНІ НАПРЯМКИ В ЛІКУВАННІ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ	
<i>М.М. Міліца, О.І. Мартиновський, Д.В. Доля, М.В. Левицький</i>	81

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗАХ <i>М.М. Міліца, Ю.Д. Торопов, В.І. Давидов, В.Б. Козлов, О.І. Мартиновський</i>	81
НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ <i>С.В. Москальова, Ю.С. Власкіна</i>	82
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОЗРОБКА НОВИХ МЕТОДІВ ЕЗОФАГОСІЮ НОАНАСТОМОЗІВ ПРИ ГАСТРЕКТОМІЇ <i>Е.В. Олійник, Р.В. Сенютювич, В.В. Гусак, І.О. Дацюк</i>	82
КРОВОТЕЧА ПІД ЧАС АДЕНОТОМІЇ І В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД <i>Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, А.В. Янюк, Є.В. Глух</i>	83
ДО ПИТАННЯ ПРО ПЕРЕДНІЙ СУХИЙ РИНИТ <i>Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин, А.В. Янюк, Т.І. Порохняк</i>	84
ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ПІНОСОЛ (КРАПЛІ В НІС) В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО РИНИТУ <i>Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик, І.А. Гавура, У.Р. Дужик</i>	84
ЗАСТОСУВАННЯ ДИЦИНОНУ ПРИ ПІДСЛИЗОВІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА <i>Г.С. Протасевич, А.П. Ковалик, А.В. Янюк, І.А. Гавура, У.Р. Дужик</i>	85
АЛГОРИТМ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГЕМОРАГІЧНИХ ГАСТРИТАХ В УМОВАХ ГОСТРОЇ ПРОФУЗНОЇ КРОВОТЕЧІ <i>О.З. П'ятничко</i>	85
ВРОДЖЕНИЙ ОФТАЛЬМОТОКСОПЛАЗМОЗ ТА ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА <i>І.М. Семусь, Н.Б. Сеньків, Коваль С.Я.</i>	85
РОЗРОБКА НОВИХ ПРИСТРОЇВ ТА МЕТОДИК ПЕРВИННО ВІДНОВЛЮВАННОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО РАКУ ТОВСТОЇ КИШКИ <i>Р.В. Сенютювич</i>	86
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ ІЗ МАЛОГО ДОСТУПУ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ <i>Л.В. Синовірський</i>	86
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБУДОВИ ЖОВЧНОГО РУСЛА ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ <i>О.Б. Слабий</i>	87
ВИКОРИСТАННЯ ЛЮФІЛІЗОВАНИХ КСЕНОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ В ОПІКОВИХ ВІДДІЛЕННЯХ УКРАЇНИ <i>П.І. Лучанко, В.М. Таран, Ю.П. Кузьмич</i>	87
ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОПІКОВИХ ХВОРИХ <i>В.М. Таран, П.І. Лучанко, Н.В. Бігуняк</i>	88
КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ “ДАЛЬФАЗ” ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ (ТУР) ПРОСТАТИ <i>В.В. Твердохліб, А.І. Мисак</i>	88
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ГОСПІТАЛЬНІ РАНЕВІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ АПЕНДИЦИТ <i>М.Й. Ткачук</i>	89
ПОПЕРЕДЖЕННЯ І ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ <i>О.Т. Федорчук</i>	89
ВПЛИВ ОЗОНОТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ КРОВІ У ОСІБ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ <i>П.Д. Фомін, О.В. Бобков, В.М. Сидоренко, О.І. Ліссов</i>	90
КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ГЕМОРАГІЧНОГО ШОКУ ПРИ ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧАХ <i>П.Д. Фомін, В.М. Сидоренко, О.Б. Біляков-Бельський, О.І. Ліссов, О.А. Повч, О.В. Бобков</i>	90
ВИКОРИСТАННЯ САНДОСТАТИНУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПОВТОРНИХ КРОВОТЕЧ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ <i>П.Д. Фомін, Є.С. Переш, І.Г. Селюков</i>	91
ПЕРФОРАТИВНІ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІ ВИРАЗКИ ЯК ХІРУРГІЧНА ПРОБЛЕМА <i>П.Д. Фомін, О.А. Повч</i>	91

ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОФІБРОМАТОЗУ	
<i>В.І. Цимбалюк, М.В. Квасніцький</i>	92
ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МОЕКСИПРИЛУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ РЕТИНОПАТІЮ РІЗНИХ СТАДІЙ	
<i>А.М. Швед, Л.П. Мартинюк, І.Б. Литвин</i>	92
РОЗШИРЮЮЧА КОМБІНОВАНА ДУОДЕНОПЛАСТИКА В ХІРУРГІЇ КРОВОТОЧИВИХ СТЕНОЗУЮЧИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК	
<i>Є.М. Шепетько, П. В. Іванчов, Б.Б. Леськів</i>	93
ЕНДОБІЛІАРНІ МАЛОІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБТУРАЦІЙНИЙ ХОЛАНГІТ	
<i>Т.В. Янюк</i>	93
АКУШЕРСЬКІ І ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	
МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ З ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	
<i>А.В. Бойчук, В.В. Сопель, Б.М. Бегош, Н.О. Кузьма, І.В. Шарова</i>	94
АНТИЦИТОМЕГАЛОВІРУСНИЙ ГАМАГЛОБУЛІН В ЛІКУВАННІ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРИ ВАГІТНОСТІ	
<i>А.В. Бойчук, А.Ю Франчук, О.І. Хлібовська, В.С. Шадріна, О.Б. Гаврищак</i>	94
МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ФІБРОМІОМАХ МАТКИ	
<i>О.О. Воронцов, Н.О. Архіпова, Н.С. Боцюк</i>	95
ВПЛИВ ГІПОФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА СИСТЕМУ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ	
<i>С.М. Геряк, Л.Є. Лимар, І.М. Маланчин, Н.В. Костик</i>	95
ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ	
<i>Н.С. Луценко, І.М. Кириченко, І.Ю. Ганжій, І.В. Ломака</i>	96
МЕТАБОЛІЧНИЙ КОЕФІЦІЄНТ, ЯК ПОКАЗНИК РІВНЯ АДАПТАЦІЇ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ ТА КЛІМАКТЕРИЧНИМ СИНДРОМОМ	
<i>Н.С. Луценко, І.В. Ломака, І.М. Кириченко</i>	96
МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВАГІТНИХ ВИСОКОЇ ГРУПИ РИЗИКУ ЗА ПЕРІНАТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
<i>Н.С.Луценко, О.П.Мягков, Шауш Белькасем</i>	97
ЗМІНИ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПОРОДІЛЬ НА ФОНІ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ	
<i>Н.М. Олійник, В.І. Коптюх, Н.О. Кузьма, О.Б. Гаврищак</i>	97
ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У НЕПОВНОЛІТНИХ ЖІНОК	
<i>Ю.С. Паращук, Є.В. Благовещенський</i>	98
РИЗИК РОЗВИТКУ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК РЕЦИПІЄНТІВ НИРКОВОГО АЛЛОТРАНСПЛАНТАТУ	
<i>Г.Ф. Писаренко</i>	98
ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ ТА ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЇ У ЖІНОК – РЕЦИПІЄНТІВ НИРКОВОГО АЛЛОТРАНСПЛАНТАТУ	
<i>Г.Ф. Писаренко</i>	99
СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ	
<i>В.М. Флехнер, П.П. Голдованський, П.Й. Стебло, В.В. Куценко, П.В. Кашуба, А.О. Котик</i>	100
ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ	
<i>В.М. Флехнер, П.В. Кашуба, А.О. Котик, О.Є. Стельмах, Н.І. Багній</i>	100
СТАН ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНИЙ ІНФЕКЦІЇ У ВАГІТНИХ	
<i>О.І. Хлібовська</i>	101
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ІМУННОГО ЗАХИСТУ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ДМК У ПОЄДНАННІ З ТОРСН-ІНФЕКЦІЄЮ	
<i>С.В. Хміль, Л.Є. Лимар, С.М. Геряк, І.М. Маланчин, О.В. Помазанський, Н.А. Лимар</i>	101

ДИТЯЧІ ХВОРОБИ

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ <i>Л.Л. Абрамова, Ю.В. Зубкова, А.В. Грицай</i>	102
ЗМІНИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НА ФОНІ РІЗНИХ ФОРМ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ <i>Н.В. Банадига, І.В. Кміта</i>	102
ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПЕНІЙ У ДІТЕЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ <i>Н.В. Банадига, І.О. Рогальський, Рибіна Т.В.</i>	103
СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМИ <i>І.В. Борак, О.С. Федорців</i>	103
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ВИХОВАНЦІВ КОРОПЕЦЬКОЇ ШКОЛИ-ІНТЕРНАТУ <i>Т.О. Воронцова, У.М. Цідилко</i>	104
ВПЛИВ ЗАБРУДНЕННЯ ПОВІТРЯ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ РЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ <i>М.Г. Гінгуляк</i>	104
АНАЛІЗ, ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПОРАМИ <i>Л.В. Гордієнко</i>	104
МОЖЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ДІАБЕТИЧНИХ КАРДІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ <i>В.Б. Кіндрацька</i>	105
НЕРВОВО-ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ В РАЙОНАХ З ДЕФЦИТОМ ЙОДУ <i>Н.В. Кроха</i>	105
РОЛЬ РЕФЛЮКСІВ В УРАЖЕННІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ ДІТЕЙ <i>В.Ф. Лобода, В.С. Бліхар, Ю.І. Бутницький</i>	106
ОСТЕОПЕНІЧНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ З НВУ- І НСВ-ІНФЕКЦІЯМИ <i>Лобода В.Ф., Кінаш М.І., Боймиструк Т.П., Слободян Л.М., Ходорчук Н.Я., Сагаль І.Р., Шідловська Н.В., Балацька Н.І., Понятишин Н.Й.</i>	107
ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗЧИНІВ ДЛЯ ОРАЛЬНОЇ РЕГІДРАТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ <i>В.Ф. Лобода, Н.В. Мазур</i>	107
СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОБ'ЄМУ УРАЖЕНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У ДІТЕЙ <i>В.Ф. Лобода, Н.Й. Понятишин, Н.В. Шідловська, Н.І. Балацька, Кінаш М.І., Боймиструк Т.П.</i>	108
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ СТУПЕНЕМ ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ТА МІНЕРАЛЬНОЮ ЩІЛЬНІСТЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ <i>В.Ф. Лобода, Н.В. Шідловська, Н.Й. Понятишин, Н.І. Балацька, Кінаш М.І., Боймиструк Т.П.</i>	108
ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З HELICOBACTER PYLORI У ДІТЕЙ <i>В.Ф. Лобода, О.М. Шульгай, Н.І. Балацька</i>	109
ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ КАРДІОІНТЕРВАЛОГРАФІЇ В ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ГАСТРОДУОДЕНІТАМИ <i>В.Ф. Лобода, О.Р. Ясній, Н.І. Балацька, О.Р. Боярчук, М.І. Кінаш, Б.Д. Фіра</i>	109
СПОСІБ ЕЛЕКТРОТЕРАПІЇ <i>С.О. Никитюк</i>	110
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП <i>В.В. Павліковська, Н.Л. Червонна, Н.С. Боцюк, О.Р. Ясній, Г.Б. Сусла</i>	110
УРОДЖЕНІ ДИЗМОРФОЗИ ПРИ ВАДАХ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ <i>Н.І. Підвисоцька</i>	111
ТРИВАЛА ВІТАМІНОПРОФІЛАКТИКА ЯК ФОРМА ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ В УМОВАХ СЕРЕДНЬОЇ ШКОЛИ <i>В.Я. Підкова, А.О. Шульга</i>	111
ОБМІН ЗАЛІЗА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТА РЕЦИДИВУЮЧОМУ БРОНХІТІ У ДІТЕЙ <i>Погурська С.О.</i>	112

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	
<i>О.І. Подліанова</i>	112
ДЕЯКІ АСПЕКТИ СКРІНІНГ-ДІАГНОСТИКИ ОСТЕОХОНДРОПАТІЇ	
<i>М.Д. Процайло, О.М. Єдинак, О.Є. Федорців</i>	113
ОСТЕОПЕНІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ДІТЕЙ	
<i>І.Є. Сахарова</i>	113
СТАН КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ	
<i>Л.М. Слободян, В.Ф. Лобода, Н.В. Банадига, Є.Ф. Бузько, Н.Я. Ходорчук, Т.З. Борисова, І.Р. Сагаль, А.О. Луцук</i>	113
РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ЛІМФОБЛАСТНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ	
<i>Л.М. Слободян, Л.Я. Рудько, О.С. Орел, І.Я. Свистун, Н.Я. Машталяр, Т.П. Боймиструк</i>	114
ВЕГЕТАТИВНІ ДИСФУНКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ	
<i>І.С. Сміян, В.О. Синицька, Н.А. Цяпа, І.М. Мороз, І.О. Багірян, І.М. Горішний</i>	114
ВПЛИВ ШТУЧНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА ПОСТНАТАЛЬНЕ СТАНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ	
<i>Ю.П.Ткаченко, Г.О. Леженко</i>	115
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ДІТЕЙ	
<i>Ю.П. Ткаченко, А.В. Каменець</i>	115
ОЦІНКА СТАНУ ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ТА ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ІЗ АЛЕРГІЧНИМ ДІАТЕЗОМ	
<i>О.Є. Федорців, Н.Т. Богуславець</i>	116
СТАН ГІДРОЛІЗУ І ВСМОКТУВАННЯ ВУГЛЕВОДІВ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	
<i>Халед Хасан Хамзе</i>	116
КЛІНІЧНІ МАРКЕРИ ДЕФІЦИТУ ЗАЛІЗА У ДІТЕЙ	
<i>Н.Ю. Щербатюк</i>	117
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА	
МАГНІТОІНДУКОВАНІ ІN VITRO ТРАНСКОНФОРМАЦІЙНІ ЗМІНИ БІЛКОВИХ МАКРОМОЛЕКУЛ ЯК ТЕСТ НА НАТИВНІСТЬ	
<i>М.А. Андрійчин, А.А. Гудима, В.В. Дем'яненко</i>	118
ВИВЧЕННЯ АНТИОКСИДАНТНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИДУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ ОРГАНА ЗОРУ	
<i>Н.В. Бездітко</i>	118
ОСОБЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОЧУТЛИВОСТІ СТАФІЛОКОКІВ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	
<i>О.В. Бойчак</i>	119
ПАТОМОРФОЛОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГРАНУЛ ЦЕОЛІТУ ПРИ ГОСТРОМУ ТОКСИЧНОМУ ГЕПАТИТІ У БЛИХ ЩУРІВ	
<i>Є.В. Бондарев</i>	120
ОСОБЛИВОСТІ РОЗУМОВОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ МЕТЕОЧУТЛИВИХ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	
<i>С.Н. Вадзюк, Н.М. Волкова, М.О. Кашиба</i>	120
АНТИОКСИДНА АКТИВНІСТЬ 2,6-ДІ-ТРЕТ-БУТИЛФЕНОЛУ І БІСФЕНОЛІВ НА ЙОГО ОСНОВІ В БІОЛОГІЧНИХ СИСТЕМАХ	
<i>Н.А. Василюшин, П.І. Трендовацький, С.Р. Підручна</i>	121
МОРФОЛОГІЯ СУДИННОГО РУСЛА КЛУБОВОЇ КИШКИ ПРИ ДІЇ НА ОРГАНІЗМ ТОКСИНІВ БІЛДОЇ ПОГАНКИ	
<i>Л.Т. Виклюк, Р.М. Гнатюк</i>	121
ВПЛИВ ТОКСИНІВ БІЛДОЇ ПОГАНКИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ У СТІНЦІ ТОНКОЇ КИШКИ	
<i>Л.Т. Виклюк, Н.А. Кулікова, Р.Є. Нечай</i>	122
ВИВЧЕННЯ ТИРЕОСТАТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НОВОЇ СПОЛУКИ ТЕТРАКОНУ У ЩУРІВ З ГІПЕРТИРЕОЗОМ	
<i>Л.М. Вороніна, В.М. Кравченко</i>	122

СТРУКТУРНО-МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ШКІРИ ЩУРІВ ПРИ ПОСТКАСТРАЦІЙНОМУ СИНДРОМІ ТА КОРЕКЦІЇ ЕСТРОГЕЛЕМ	
<i>С.О. Галникіна</i>	123
ВПЛИВ МІРАМІСТИНУ НА ПРОТИМІКРОБНУ АКТИВНІСТЬ АНТИБІОТИКІВ	
<i>І.М. Герасимів, С.І. Климнюк</i>	123
СТРУКТУРНО-ПРОСТОРОВА ОРГАНІЗАЦІЯ СУДИН МАЛОГО КОЛА КРОВООБІГУ В УМОВАХ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНОЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ПРИ ЇЇ ХІРУРГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	
<i>І.Є. Герасимюк</i>	123
ВИКОРИСТАННЯ ХАРЧОВОЇ ДЕПРИВАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	
<i>М.С. Гнатюк, Ю.І. Сливка</i>	124
КАРДІОТОКСИЧНЕ УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ ХЛОРИДОМ КАДМІЮ	
<i>М.С. Гнатюк, А.М. Пришляк, Б.Я. Ремінецький</i>	125
УЛЬТРАСТРУКТУРА РЕСПІРАТОРНОГО ВІДДІЛУ ЛЕГЕНЬ ПРИ ВАЖКИХ ОПІКАХ У СТАДІЇ ГОСТРОЇ ТОКСЕМІЇ	
<i>Б.В. Голод</i>	125
ВПЛИВ ГІСТИДИНУ ТА ЙОГО КОМПЛЕКСІВ З МІДІЮ ТА ЦИНКОМ НА ПОРУШЕННЯ У ЩУРІВ, ВИКЛИКАНІ ДІЄЮ СОЛЯНОКИСЛОГО ГІДРАЗИНУ І ХЛОРИДУ КАДМІЮ	
<i>Я.І. Гонський, С.Б. Дмухальська, Р.М. Кубант</i>	125
ВПЛИВ ВВЕДЕННЯ АНАПРИЛІНУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ СЕКРЕЦІЇ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ ТА ВИЖИВАНІСТЬ ОПРОМІНЕНИХ ЩУРІВ	
<i>Є.М. Горбань, Н.В. Топольнікова</i>	126
ВПЛИВ ВВЕДЕННЯ АТРОПІНУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ СЕКРЕЦІЇ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ ТА ВИЖИВАНІСТЬ ОПРОМІНЕНИХ ЩУРІВ	
<i>Є.М. Горбань, Н.В. Топольнікова</i>	127
ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ СПІРУЛІНИ НА РІВЕНЬ ТИРОКСИНУ ТА ІНСУЛІНУ В КРОВІ І ГЛЮКОКОРТИКОЇДНУ ФУНКЦІЮ КОРИ ІЗОЛЬОВАНИХ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ У ВІДДАЛЕНІ СТРОКИ ПІСЛЯ ОПРОМІНЕННЯ	
<i>Є.М. Горбань, Н.В. Топольнікова</i>	127
ДИНАМІКА ГІСТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ В УМОВАХ ЗАСТОСУВАННЯ “НЕОСЕЛЕНУ”	
<i>Н.Я. Давидович</i>	128
ГАСТРОПРОТЕКТИВНИЙ ЕФЕКТ КВЕРЦЕТИНУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ ШЛУНКА У ЩУРІВ	
<i>М.І. Загородний</i>	128
ВПЛИВ ДВОБІЧНОЇ ОБШИРНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНЬ НА СТРУКТУРНО-ПРОСТОРОВУ ОРГАНІЗАЦІЮ КОРОНАРНОГО РУСЛА	
<i>С.А. Заячківський, І.Є. Герасимюк</i>	129
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ КРЕМУ НАПІВСИНТЕТИЧНОГО ПОХІДНОГО АМІНОЦУКРУ ГЛЮКОЗАМІНУ І ЩАВЛЕВОЇ КИСЛОТИ	
<i>І.А. Зупанець, Л.В. Брунь</i>	129
ЕЛЕКТРОПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯТИ ХРОНІЧНОЇ ЕПІЛЕПТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЗА УМОВ СУДОРОВ, ЯКІ ВИКЛИКАНІ ЗАСТОСУВАННЯМ ПІЛОКАРПІНУ	
<i>О.А. Кащенко</i>	130
ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ КОМПАКТНОЇ РЕЧОВИНИ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК СКЕЛЕТУ ПРИ АДАПТАЦІЇ ЇХ ДО ЗАГАЛЬНОГО ЗНЕВОДНЕННЯ	
<i>О.М. Киричок, В.Д. Волошин</i>	131
ВИЯВЛЕННЯ ПАТОГЕННИХ СЕРОВАРІВ КИШКОВОЇ ПАЛИЧКИ У ВОДІ ЯК ДОДАТКОВИЙ ПОКАЗНИК ЇЇ САНІТАРНОГО СТАНУ	
<i>С.І. Климнюк, Е.М. Кованова</i>	131
ФІЗИЧНІ І ПСИХОГЕННІ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯ ЯК ЧИННИКИ КАРДІОПАТОЛОГІЇ	
<i>К.В. Кованов</i>	132
РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ІМУНОКОМПЛЕКСНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ДВАНАДЦЯТИПАЛІЙ КИШЦІ ПРИ УРАЖЕННЯХ ОРГАНІВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ	
<i>Н.С. Лісничук, М.С. Гнатюк, Ю.В. Сорока</i>	132

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛОКАЛЬНИХ ЗАСОБІВ З БЕТА-КАРОТИНОМ НА РЕПАРАТИВНІ ПРОЦЕСИ РОГІВКИ	
<i>Н.А. Мартінек</i>	133
ХІМІЧНИЙ СКЛАД ПИРІО ПОВЗУЧОГО (AGROPYRON REPENS L.)	
<i>С.М. Марчишин</i>	133
СИСТЕМИ ПІДТРИМКИ РІШЕНЬ В МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ	
<i>В.П. Марценюк, Н.О. Кравець, О.Я. Ковальчук, А.В. Семенець, В.І. Кульчицький, І.М. Лашкевич</i>	134
МІНЕРАЛЬНИЙ СКЛАД ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК БЛИХ ЩУРІВ ПРИ ВТОРИННОМУ ОСТЕОПОРОЗІ	
<i>В.М. Мерецький, Я.І. Федонюк</i>	134
ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ АДАПТИВНОЇ ДІЇ ПРЕПАРАТІВ	
<i>О.Я. Міщенко, Н.С. Чорна</i>	135
ЗАЖИВЛЕННЯ КУКСИ БРОНХА ПІСЛЯ ПУЛЬМОНЕКТОМІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ	
<i>І.Р. Мисула, О.В.Вайда</i>	135
ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМА ГЛІКОЗАМІНОГЛІКАНІВ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ КОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ДИСТРОФІЇ	
<i>С.М. Осадченко</i>	136
СИНТЕЗ ЛІПІДІВ У СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗАХ ТВАРИН ЗА РІЗНОГО ФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ В УМОВАХ IN VITRO	
<i>О.С. Покотило, М.М. Корда, М.Я. Яковенко</i>	136
АДГЕЗИВНА АКТИВНІСТЬ БАКТЕРІАЛЬНИХ УГРУПОВАНЬ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	
<i>О.В. Покришко, С.І. Климнюк</i>	137
ЗАХИСТ ВІДВІДНОЇ ПЕ ТЛІ ВІД ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ ВМІСТОМ ПРИВІДНОЇ ПЕТЛІ ПРИ ГОСТРІЙ ТОНКОКИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ У ЕКСПЕРИМЕНТІ	
<i>К.Г. Поляцко</i>	137
ПРОФІЛАКТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ЛІПІНУ, СЕЛЕНИ І ПАРАЦЕТАМУ ПРИ ГОСТРІЙ КРОВОВТРАТІ У ЩУРІВ З РІЗНОЮ СТІЙКІСТЮ ДО ГІПОКСІЇ	
<i>К.А. Посохова, І.Ю. Бережна, І.М. Кліщ, О.М. Олещук</i>	138
ЗМІНИ ДЕЯКИХ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ВАЖКІЙ ГЕМІЧНІЙ ГІПОКСІЇ, ВИКЛИКАНІЙ ІНГАЛЯЦІЄЮ МОНООКСИДУ ВУГЛЕЦЮ	
<i>К.А. Посохова, В.В. Буковська, І.М. Кліщ, О.М. Олещук</i>	139
ПОГЛИБЛЕНЕ ВИВЧЕННЯ АНТИЕКСУДАТИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КОМБІНАЦІЇ ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИДУ І ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	
<i>С.Б. Попов, І.А. Отрішко</i>	139
БАКТЕРІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИТОНІТУ ПРИ ПРОРИВНИХ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	
<i>Е.В. Ремезюк</i>	140
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЕЛАГОТАНІНОВМІСНИХ ПРЕПАРАТІВ НА МОРФОСТРУКТУРУ ДУГИ АОРТИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ	
<i>Т.С. Сахарова, Ю.Б. Ларьяновська</i>	140
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЛОКАЛЬНОГО ОПРОМІНЕННЯ НА СОБАК З ПОВНОЮ ПОЗДОВЖНЬОЮ СЕРЕДИННОЮ СТЕРНОТОМІЄЮ	
<i>А.А. Ткач</i>	141
ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ КОЛАГЕНУ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ КОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ДИСТРОФІЇ	
<i>В.О. Туляков</i>	141
ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ ВУГЛЕВОДНО-БІЛКОВИХ СПЛУК У СПОЛУЧНІЙ ТКАНИНІ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ КОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ДИСТРОФІЇ	
<i>В.О. Туляков, С.М.Осадченко</i>	142
ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ І ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ ВІТЧИЗНЯНИХ ФІТОПРЕПАРАТІВ	
<i>В.А. Туманов, О.В. Стефанов, Н.О. Горчакова, С.А. Олійник, Г.М. Войтенко, Л.Ю. Шевченко, Л.І. Казак, Л.Г. Голота, Т.В. Кава, Т.Г. Самарська</i>	142

ВПЛИВ ХОЛІНУ НА СИНТЕЗ АЦЕТИЛХОЛІНУ В СЕРЦІ КОНТРОЛЬНИХ І ГІПЕРТИРЕОЇДНИХ ЩУРІВ <i>В.В. Файфура, Л.М. Сас, Н.Я. Потіха, А.В. Панасенко</i>	143
ВПЛИВ АДАПТАЦІЙНО-РЕАДАПТАЦІЙНИХ ЗМІН НА БУДОВУ КІСТОК СКЕЛЕТА ПРИ ЗНЕВОДНЕННІ ОРГАНІЗМУ <i>П.П. Флекей, Н.В.Шовдра</i>	143
ДИНАМІКА ВМІСТУ НАТРІЮ, КАЛІЮ, КАЛЬЦІЮ І МАГНІЮ В СЕРЦІ САМЦІВ І САМОК ЩУРІВ З АДРЕНАЛІНОВОЮ МІОКАРДІОДИСТРОФІЄЮ <i>М.Р. Хара</i>	144
ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІТО-ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ДЛЯ КОРЕКЦІ ПОРУШЕНЬ КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ ПРИ ПОСТКАСТРАЦІЙНОМУ СИНДРОМІ <i>С.В. Хміль, В.В. Савчук, М.І. Жилияєв, І.В. Корда, В.М. Флехнер, Л.С. Мілевська</i>	144
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІТОПРЕПАРАТІВ ПРИ ГІПОКСИЧНИХ СТАНАХ <i>І.С. Чекман, Н.О. Горчакова, В.І. Смірнова</i>	145
РІЗНА ЗДАТНІСТЬ ЩУРІВ РАНЬОГО ТА ПІЗЬОГО ВІКУ ВІДНОСНО ФОРМУВАННЯ ПІКРОТОКСИНОВОГО КІНДЛІНГУ <i>Н.А. Черненко</i>	145
ЗНИЖЕННЯ ПРОЯВІВ НЕЙРОТОКСИЧНОСТІ У ЩУРІВ ПРИ КОМБІНОВАНОМУ ЗАСТОСУВАННІ УРОМІТЕКСАНУ З ВІНКРИСТИНОМ І ТАКСОЛОМ <i>О.А.Шандра, В.В.Стенула, Д.Г.Себов</i>	146
МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУДИННОГО РУСЛА ТОНКОЇ І ТОВСТОЇ КИШОК ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ <i>А.Г. Шульгай</i>	147
КУМУЛЯТИВНА ВЛАСТИВІСТЬ СУБСТАНЦІЇ АЛЬТАБОР <i>Л.В. Яковлєва, Н.В. Котелевець</i>	147
МОРФОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ	
ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРІЙ ОБТУРАЦІЙНІЙ НЕПРОХІДНОСТІ <i>І.М. Ангеловський</i>	148
СТАТИСТИКО-МАТЕМАТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДІАГНОЗУ ПОВІШЕННЯ <i>А.М. Біляков</i>	148
МАС-СПЕКТРАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КІСТОК СКЕЛЕТУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ <i>Г.Ю. Будко, О.М. Гортинська, О.О. Мельник</i>	149
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЛІОФЛІЗОВАНОЇ КСЕНОШКІРИ НА ЕТАПАХ ЇЇ ВИГОТОВЛЕННЯ І ДОВГОТРИВАЛОГО ЗБЕРІГАННЯ <i>К.С. Волков, Т.В. Бігуняк, А.В. Довбуш, Л.В. Якубишина, О.П. Андрійшин, Л.Я. Федонюк</i>	149
УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ В ОПІКОВІЙ РАНИ ПРИ ГЛИБОКИХ ОПІКАХ В УМОВАХ ВИКОРИСТАННЯ ЛІОФЛІЗОВАНИХ КСЕНОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ <i>К.С. Волков, Т.В. Бігуняк, Т.Я. Ярошенко</i>	150
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТЕЛЬНИХ ВИПАДКІВ В РЕЄСТРІ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ ТА НЕНАСИЛЬНИЦЬКОЇ КАТЕГОРІЙ <i>В.М. Волошинович, С.М.Незнакомцев</i>	150
ДІАГНОСТИЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ЛОКАЛЬНИХ ІМУННИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ЗАПАЛЕННІ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК <i>М.С. Гнатюк</i>	151
КІЛЬКІСНА ОЦІНКА МОРФОЛОГІЇ ВІДДІЛІВ МІОКАРДА ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ <i>М.С. Гнатюк, Ю.О. Данилевич</i>	151
ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ ПЛАЦЕНТУ У ЖНОК, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ В УМОВАХ ХІМІЧНОГО ВИРОБНИЦТВА <i>М.Л. Кузєменська</i>	152
ВПЛИВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ НА МІЄЛОПОЕЗ У ЧЕРВОНОМУ КІСТКОВОМУ МОЗКУ В СТАДІЇ ТОКСЕМІЇ <i>О.Є. Кузів, О.І. Грималюк, Т.В. Лихацька</i>	152

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ПЕЧІНЦІ ЗА ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ <i>О.І. Кузів, О.В. Дмитренко, Т.В. Дацко</i>	153
МОРФОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІМФОЦИТІВ ПЕРИФЕРІЙНОЇ КРОВІ ЗА ДІЇ ТЯЖКОЇ ОПІКОВОЇ ТРАВМИ <i>Л.Ф. Климчук, О.Є. Кузів, Я.Я. Боднар, Т.К. Головата</i>	153
ІМУНОМОРФОСТРУКТУРНА ХАРАКТЕРИСТИКА КРИВАВЛЯЧИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК <i>О.Б. Луговий</i>	154
АНАЛІЗ РОЗПОДІЛУ РАПТОВОЇ СМЕРТІ ВІД ХВОРОБ ССС В М. ХМЕЛЬНИЦЬКОМУ ТА ХМЕЛЬНИЦЬКОМУ РАЙОНІ <i>В.В. Міщенко</i>	154
АНАЛІЗ МАТЕРІАЛІВ КОМІСІЙНИХ ЕКСПЕРТИЗ У СПРАВАХ ПРОФЕСІЙНИХ ПРАВOPУШЕНЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ <i>В.В. Міщенко, С.М. Незнакомцев, Р. Купчак</i>	155
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ ВИДІВ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>О.З. Мудрицький, С.М. Незнакомцев</i>	155
АНАЛІЗ ЧАСТКИ РОЗПОДІЛУ САМОГУБСТВ В РЕЄСТРІ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ <i>С.М. Незнакомцев, В.В. Міщенко, В.М. Волошинович</i>	156
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСЛІДУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТОКСОПЛАЗМОЗІ У ВАГІТНИХ <i>Ю.С. Паращук, Фатхі Р.С. Ель Дахдух</i>	156
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ГЕТЕРОГЕННОСТІ МІОЦИТІВ М'ЯЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ <i>Л.Н. Рибіцька, Р.М. Гнатюк</i>	157
ХАРАКТЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН БЛУКАЮЧОГО НЕРВА ПРИ ВАГОТОМІЇ <i>Сухінський К.І., Сухінський Р.К.</i>	157
РЕНТГЕНООСТЕОМЕТРИЧНІ ПАРАМЕТРИ ЯК КРИТЕРІЙ ДІАГНОСТИКИ СТАТЕВОЇ НАЛЕЖНОСТІ КЛЮЧИЦЬ <i>С.В. Федьків</i>	158
МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА СТРУКТУРНИХ ЗМІН СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ <i>Н.В. Шамрай, М.С. Гнатюк, І.С. Вардинець</i>	158
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ	
РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНОГО ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ УКРАЇНИ <i>Л.М. Білорусець</i>	159
НАЗУСТРІЧ 110-РІЧЧЮ АРСЕНА РІЧИНСЬКОГО <i>А.М. Гудима</i>	159
Ю. ДРОГОБИЧ – УКРАЇНСЬКИЙ ГУМАНІСТ, ДОКТОР МЕДИЦИНИ <i>Н.В. Джугла</i>	160
РОЗРОБКА ДЕРЖАВНИХ СОЦІАЛЬНИХ НОРМАТИВІВ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я <i>В.М. Пономаренко, Т.С. Грузєва</i>	160
ПСИХОЕТНІЧНИЙ АСПЕКТ У ПРОЦЕСІ ДЕРЖАВНОГО БУДІВНИЦТВА В УКРАЇНСЬКІЙ ДЕРЖАВІ <i>О.В. Ткачук</i>	161
УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРІ В НАЦІОНАЛЬНО-ВИЗВОЛЬНИХ ЗМАГАННЯХ 40-50-Х РР. ХХ СТОЛІТТЯ <i>В.З. Ухач</i>	161
СТАН МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НА ТЕРНОПІЛЬЩИНІ У ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ ХІХ СТОЛІТТЯ <i>Р.Ю. Чигур</i>	161
ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ <i>Ю.З. Юрик</i>	162
ТЕРМІНОЛОГІЯ КУЛЬТУРИ МОВИ У ЛІНГВІСТИЧНИХ ПРАЦЯХ МОДЕСТА ЛЕВИЦЬКОГО <i>В.Я. Юкало</i>	162

Підписано до друку 5.06.2002. Формат 60x84/8.
Папір офсетний № 1. Гарнітура Times. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 20,22. Обл.-вид. арк. 19,6.
Наклад 200. Зам. № 108.

Оригінал-макет підготовлено у відділі комп'ютерної верстки
видавництва "Укрмедкнига".
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Надруковано у друкарні видавництва "Укрмедкнига".
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 348 від 02.03.2001 р.