

Міністерство охорони здоров'я України
Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний
університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**Матеріали підсумкової науково-практичної
конференції**

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ
ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ
МЕДИЦИНИ»**

*(присвячена пам'яті ректора,
члена-кореспондента НАМН України,
професора Леоніда Якимовича Ковальчука)*

17 червня 2015 року

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2015

Відповідальний за випуск: проф. І. М. Кліщ

«Здобутки клінічної та експериментальної медицини» : матеріали підсумкової науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті ректора члена-кореспондента НАМН України, професора Леоніда Якимовича Ковальчука (Тернопіль, 17 черв. 2015 р.) / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2015. – 280 с.

Секція 1

«ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА, ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ПСИХІАТРІЯ ТА НЕВРОЛОГІЯ»

УДК 616.12–009.72–08–06

Амеліна Т.М., Полянська О.С.

ОСНОВНІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЗРУШЕННЯ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет

Доведеним є негативний взаємообтяжливий вплив хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) – наявність ХОЗЛ підвищує ризик смерті при ІХС на 50 %, зниження об'єму форсованого видиху за 1 сек. на 10 % призводить до підвищення ризику смерті від серцево–судинної патології на 28 %, нефатальних коронарних подій – на 20 % у хворих з поєднаним перебігом ІХС і ХОЗЛ.

З метою вивчення взаємозв'язку між патогенетичними змінами обстежено 113 хворих на ІХС – стабільну стенокардію (СС) напруження II–III ФК у поєднанні з ХОЗЛ I–II стадії. Проведений кореляційний аналіз між рівнем ендотеліну–1 (ЕТ–1) і станом оксидантно–антиоксидантного гомеостазу крові, процесами фібринолізу та протеолізу виявив наступне: прямий кореляційний зв'язок між вмістом ЕТ–1 та показником окислювальної модифікації білків ($rs=0,6$, $p<0,05$), ЕТ–1 і церулоплазміном ($rs=0,5$, $p<0,05$), ЕТ–1 та вмістом SH–груп ($rs=0,4$, $p<0,05$), зворотний кореляційний зв'язок між ЕТ–1 та лізисом азоальбуміну ($rs=-0,6$, $p<0,05$), між ЕТ–1 і лізисом азоколу ($rs=-0,5$, $p<0,05$), кількістю ЕТ–1 та неферментативною фібринолітичною активністю ($rs=-0,5$, $p<0,05$).

Зваживши на результати дослідження, дисфункцію ендотелію можна вважати основною ланкою патогенетичних перетворень, що стимулює процеси вільнорадикальних перетворень, виснажує антиоксидантний захист, погіршує мікроциркуляцію, сприяє ремоделюванню серцево–судинної системи та бронхолегеневого апарату, призводить до дестабілізації СС і прогресування розладів легеневої вентиляції.

Андрейчин М.А., Васильєва Н.А., Паньків Н.Б., Копча В.С., Ничик Н.А., Вишневська Н.Ю.,
Завіднюк Н.Г., Івахів О.Л., Іщук І.С., Качор В.О.

ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ У ВІЛ–ІНФІКОВАНИХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

В Україні триває розповсюдження епідемії ВІЛ–інфекції, за темпами розвитку якої нашої державі належить сумне лідерство в Європі. Характерними рисами сучасного етапу епідемії є поступовий вихід ураження вірусом за межі так званих груп ризику (споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), жінок секс–бізнесу, чоловіків, які мають секс із чоловіками) і дедалі більше

поширення поміж загальної популяції, невпинне зростання статевого шляху передачі інфекції на тлі зниження інтенсивності парентерального та трансплацентарного інфікування, а також зростання частки хворих на СНІД серед нововиявлених ВІЛ-інфікованих (за 2014 рік – 50,65 %).

Серед 737 ВІЛ-інфікованих осіб, які знаходяться під диспансерним спостереженням в обласному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом, зареєстровано 215 (29,2 %) хворих на вірусні гепатити (ВГ), з них переважна більшість з ГС – 92,5 %, Г(В+С) – 5,6 %, ГВ – 1,9 %. ВІЛ-інфекцію діагностували на підставі виявлення при лабораторному обстеженні маркерів ВІЛ (ІФА), ВГ – HBsAg та анти-HCV (ІФА, ПЛР). I–II клінічні стадії ВІЛ-інфекції діагностовані у 57,7 % хворих на ВГ – усіх з ГВ, у 41,7 % – з Г(В+С), у 57,8 % – з ГС. Відповідно III і IV клінічні стадії хвороби (B20–23) зареєстровані разом у 42,3 % пацієнтів – серед них не було жодного хворого на ГВ, 58,3 % – з Г(В+С) і 42,2 % – з числа хворих на ГС.

Вік пацієнтів – від 25 до 54 років, у середньому (34,4±0,4) року. Розподіл за статтю: переважали чоловіки 68,8 %, жінок було 31,2 %.

Вивчення механізмів передачі ВГ, як і ВІЛ-інфекції, серед спостережуваних пацієнтів дозволило встановити парентеральний шлях зараження (внаслідок вживання наркотиків ін'єкційно) у 70,2 % хворих: 25,0 % з ГВ, 75,0 % з Г(В+С), 70,8 % з ГС. В інших 29,8 % пацієнтів припускали статевої шлях передачі. Лише в одному випадку були гомосексуальні зв'язки. Із жінок, що зараз знаходяться під диспансерним спостереженням з приводу ко-інфекції ВІЛ/ВГ, у 19,4 % ВІЛ-інфекцію вперше діагностували під час вагітності, у третини із них неблагополуччя в родині – чоловіки виявились споживачами ін'єкційних наркотиків. У той же час 28,6 % вагітних самі належать до СН і частина з них отримує замісну терапію метадонном.

Практично лише в одному випадку Г(В+С) було діагностовано раніше за ВІЛ-інфекцію і у 3 – через 1,5–8 років після неї, в усіх інших – ВГ (незалежно від етіології) були виявлені при плановому обстеженні ВІЛ-інфікованих – одночасно чи вже під час диспансерного спостереження.

ВААРТ отримують 115 хворих – усі з ГВ, половина – з Г(В+С), 52,8 % – з ГС. Протівірусну терапію з приводу ВГ не отримував жодний, лише окремі хворі з Г(В+С) і ГС лікувались стаціонарно – терапія патогенетична.

З 26 хворих на СНІД, які померли у 2014 р., у 12 (46,1 %) була ко-інфекція ВІЛ/ВГ, проте основною причиною смерті у них визнано в 2 випадках цироз печінки, в 4 – енцефалопатію, в 6 – туберкульоз, ще в 2 – токсичний гепатит.

УДК 616.37–002–036

Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВКЛЮЧЕННЯ АМІНОКИСЛОТНОГО КОМПЛЕКСУ З ВІТАМІНАМИ В КОМПЛЕКСНУ ТЕРАПІЮ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

При тривалому перебігу хронічного панкреатиту (ХП) розвивається гіпопротеїнемія з гіпоальбумінемією, що запускає каскад патологічних процесів. Також виявляється підвищення α_1 - та α_2 -глобулінів у хворих на ХП, що свідчить про наявність запально-деструктивних змін у підшлунковій залозі та інших органах.

Мета роботи: дослідити ефективність впливу запропонованої програми терапії на зміни у протеїнограмі хворих на хронічний панкреатит.

Матеріали і методи. Було обстежено 38 амбулаторних пацієнтів з ХП у фазі стійкої або нестійкої ремісії. Вік хворих від 25 до 74 років. Контрольну групу склали 20 здорових людей.

Діагноз ХП верифікували за загальноприйнятими стандартами. Для визначення протеїнограми сироватки крові використовували метод електрофорезу на папері.

Пацієнтів із ХП поділили на дві групи за програмами корекції: I група (18 хворих) отримувала загальноприйнятий у гастроентерології лікувальний комплекс (ЗЛ), II група (20 хворих) – ЗЛ комплекс, посилений використанням полівітамінно–амінокислотного препарату Моріамін форте® по 1 таблетці на 2 рази на добу під час їжі протягом двох місяців (ЗЛ+М).

Результати. Була встановлена достовірна позитивна динаміка показників протеїнограми після лікування. Зменшилися явища гіпопротеїнемії у обох групах пацієнтів, проте вагомішою була позитивна динаміка у групі, яка додатково приймала Моріамін форте® (у I групі рівень протеїнів до лікування становив $65,32 \pm 1,36$ г/л, у II – $64,12 \pm 2,31$ г/л, після лікування рівень білка збільшився до $72,42 \pm 1,24$ г/л у I групі та $76,16 \pm 1,26$ г/л у II групі ($p < 0,05$)). Після лікування рівень α_1 - та α_2 -глобулінів знизився, проте достовірно кращими результати були у II групі (рівень α_1 -глобулінів до лікування у I групі становив $7,1 \pm 0,02$ %, у II – $7,1 \pm 0,04$ % відповідно, після лікування у I групі – $6,4 \pm 0,01$ %, у II – $6,3 \pm 0,07$ % ($p < 0,05$), рівень α_2 -глобулінів становив у I групі $9,2 \pm 0,02$ %, у II групі – $9,1 \pm 0,04$ %, після лікування у I групі – $8,7 \pm 0,04$ %, у II групі – $8,6 \pm 0,08$ % ($p < 0,05$)).

Висновок. Використання у комплексному лікуванні хворих на хронічний панкреатит полівітамінно–амінокислотного препарату Моріамін форте® сприяє достовірному регресу явищ гіпопротеїнемії, а також має протизапальний ефект ($p < 0,05$).

УДК: 616.37–002–02:616.36–008.8–06:616–056.52]–08

Бабінець Л.С., Кицай К.Ю.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ БІЛІАРНОГО ГЕНЕЗУ У РІЗНИХ ГРУПАХ ХВОРИХ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Патологія гепато–біліарної системи (функціональні розлади, жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ)) призводять до виникнення хронічного панкреатиту (ХП). Також фактором впливу на перебіг ХП є перенесена в анамнезі холецистектомія (ХЕ). Запальний процес у тканині призводить до зниження її еластичності, тобто до ущільнення. Останнім часом УЗ–діагностика щільності печінки методом еластографії хвилі зсуву (ЕХЗ) набула значного поширення та отримала велику діагностичну цінність.

Мета дослідження: оцінити клінічний перебіг пацієнтів з біліарним ХП на основі вивчення лабораторних параметрів, даних еластографії печінки та даних УЗД підшлункової залози (ПЗ).

Матеріали і методи. Обстежено 66 пацієнтів, що страждають на біліарний ХП. 20 пацієнтів (I група) – з ХП у поєднанні з функціональними розладами біліарної системи, 29 хворих (II група) – ХП на тлі ЖКХ і 17 пацієнтів (III група) – після малоінвазивної ХЕ. Середній вік становив ($49,5 \pm 9,0$) років. Групи хворих були співставимими за віком, статтю та тривалістю захворювання. Лабораторні параметри оцінювали за загальноприйнятими в клініці критеріями, дослідження еластичності печінки проводилось на УЗ–приладі Ultima PA (фірма «Радмир» Харків, Україна) і ПЗ за УЗ–критеріями у балах.

Результати та їх обговорення. За даними структурного стану печінки та ПЗ встановили: у I групі – ($5,9 \pm 0,6$) кПа і ($4,0 \pm 0,5$) бали; у II групі – ($9,0 \pm 0,4$) кПа і ($6,1 \pm 0,2$) бали; у III – ($6,1 \pm 0,3$) кПа і ($3,5 \pm 0,3$) бали відповідно. Рівень гемоглобіну у I групі становив ($119,5 \pm 0,9$) г/л; у II – ($101,0 \pm 0,6$) г/л; у III – ($113,8 \pm 0,7$) г/л. Загальний холестерин у цих групах складав: ($5,9 \pm 0,4$) ммоль/л; ($7,6 \pm 0,3$) ммоль/л; ($6,2 \pm 0,5$) ммоль/л відповідно. Рівень АлАТ у I групі становив ($0,65 \pm 0,5$) ммоль/год/л, у II групі – ($0,95 \pm 0,4$) ммоль/год/л, а у III – ($0,70 \pm 0,3$) ммоль/год/л. Рівень

АсАТ у даних групах складав: $(0,57 \pm 0,2)$ ммоль/год/л; $(0,83 \pm 0,3)$ ммоль/год/л і $(0,55 \pm 0,4)$ ммоль/год/л відповідно. Це засвідчило, що у групі хворих на ХП із функціональними розладами біліарної системи структурний стан печінки і ПЗ були достовірно кращими ($p < 0,05$), ніж у групі пацієнтів з ХП та супутньою ЖКХ, але практично ідентичними таким у хворих на ХП після малоінвазивної ХЕ. Оцінка деяких клініко–лабораторних параметрів у відповідних групах підтвердила аналогічну тенденцію за рівнем гемоглобіну, холестерину, АлАТ, АсАТ. Різниця показників у 1 і 2 та 2 і 3 групах були статистично достовірними ($p < 0,05$).

Висновки. В результаті даного обстеження було встановлено більш глибокі зміни лабораторних параметрів та показників структурного стану печінки і ПЗ у групі хворих на ХП з супутньою ЖКХ, ніж такі у групі хворих на ХП з функціональними розладами та після малоінвазивної ХЕ. Таким чином, своєчасно проведена операція (малоінвазивна ХЕ) на ранніх етапах розвитку ЖКХ є ефективним методом лікування таких хворих.

УДК 616.37–002

Бабінець Л.С., Коцаба Ю.Я., Боровик І.О., Лучанко Н.Б.

РОЗВИТОК АНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНІМ ДИСБІОЗОМ ТОВСТОЇ КИШКИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Розлади травлення і всмоктування харчових нутрієнтів при хронічному панкреатиті (ХП) є причиною формування у таких хворих дисбіозу товстої кишки (ДБК) та анемії. Нормальна мікрофлора також виконує функції, що мають істотне значення для життєдіяльності макроорганізму, а саме утворення чинників імунного захисту, участь у синтезі вітамінів В₁, В₂, В₆, В₁₂, К, РР, D, ніотинової, аскорбінової, фолієвої кислот, солей кальцію, заліза, ферментативне розщеплення білків і ліпідів. А дисбіотичні зміни своєю чергою поглиблюють трофологічні порушення, і, зокрема, прояви анемічного синдрому. Метою нашої роботи було встановити зв'язок між появою ДБК та анемії у хворих на ХП та глибиною їх проявів.

Діагноз ХП верифікували згідно із загальноприйнятими в клініці критеріями. Всім обстеженим проводили дослідження копрокультури на ДБК за методикою Р.В. Епштейн–Литвак і Ф.Л. Вільшанської (1977). Ступінь тяжкості ДБК встановлювали згідно із загальноприйнятою класифікацією (Г.І. Кузнецова, 1975; І.Б. Куваєва, К.С. Ладно, 1991). Для визначення ступеню тяжкості анемії використовували критерії А.Б. Альперіна (1983), Ю.Г. Мітерева і Л.Н. Ворониної (1992).

Було проведено обстеження хворих за параметрами загальноклінічних показників анемії (рівень гемоглобіну, еритроцитів, ШОЕ) та біохімічних (загальний білок, сироваткове залізо, насиченість трансферину залізом, загальна залізовв'язуюча здатність сироватки (ЗЗЗС), трансферин та феритин).

Серед 115 обстежених хворих на ХП у 72 (62,6%) хворих виявили дисбіотичні зміни різного ступеня. Анемія була встановлена лише серед пацієнтів, в яких уже спостерігався ДБК. Їх частка становила 33 особи (45,8 % серед хворих на ХП із ДБК, 28,7 % – серед усіх хворих).

Аналізуючи отримані результати у хворих на ХП встановили достовірне ($p < 0,05$) поглиблення практично усіх параметрів анемії із наростанням ступеню ДБК. Так, наприклад, гемоглобін у хворих з 1 ст. ДБК був нижчим на 7,2 % у порівнянні з групою без ДБК, а при ДБК 2–3 ст. – на 8,8 %; еритроцити відповідно – на 8,0 % та 7,1%; ШОЕ зросло на 25,6 % та 67,8 %; білок знизився на 5,7 і 14,4 %; сироваткове залізо – на 24,7 та 32,3 %; насиченість трансферину залізом – на 31,3 й 36,3 %; ЗЗЗС підвищилася – на 7,7 та 5,2 %; феритин відповідно на 9,0 і 65,2 %.

Висновок. Було доведено, що у хворих на хронічний панкреатит із супутнім дисбіозом товстої кишки практично у половині випадків розвивався анемічний синдром; при наростанні дисбіозу товстої кишки прогресувала і анемія.

У перспективі подальших досліджень плануємо запропонувати схеми корекції дисбіотичних змін і вивчити їх вплив на показники анемії.

УДК: 616.711–018.3–002–08.814.1–06:616.71–007.234

Бабінець Л.С., Надкевич А.Л.

БІОРЕГУЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Проблема лікування остеохондрозу хребта (ОХ) заслуговує уваги в плані розробки патогенетичної терапії і наукового обґрунтування консервативних методів терапії. У комплексному лікуванні перспективним напрямком є антигомотоксична терапія – напрямок сучасної медичної науки, який ефективно об'єднує алопатичні і гомеопатичні підходи до лікування.

Мета дослідження – на основі аналізу динаміки больового синдрому, низки лабораторних показників провести обґрунтування дієвості і порівняння ефективності застосування комплексного лікування із включенням голкорексфлексотерапії та гомеосиніатрії.

Матеріали та методи. Було обстежено 40 хворих з поперековим ОХ (ПОХ), що верифікували за загальноприйнятими неврологічними критеріями. Для оцінки ендотоксикозу (ЕІ) використовували рівні середніх молекул (СМП) в плазмі крові в модифікації Н.І. Габрієляна (1984) – при довжинах хвиль 254 нм та 280 нм; рівень ендогенної інтоксикації (РЕІ) – за сорбційною здатністю еритроцитів за методикою А.А. Тогайбаєва; кількість циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) – за методом Й.І. Хоткової (1979). Стан перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) оцінювали за рівнем малонового альдегіду (МА), стан антиоксидантних систем захисту (АОСЗ) – за рівнем супероксиддисмутази (СОД), каталази (визначали спектрофотометричним методом). Група контролю складала 20 практично здорових людей.

Досліджувані пацієнти з ПОХ були розподілені на 3 групи. І група (18 хворих) отримувала загальноприйняте лікування (ЗЛ) (хондропротектори, нестероїдні протизапальні препарати, біостимулятори, ЛФК, фізіотерапевтичні процедури, масаж, судинні середники, вітаміни групи В). ІІ група пацієнтів (8 хворих) – комплексне лікування із включенням ГРТ курсом 14–20 сеансів за гальмівним методом (20–40 хв). ГРТ проводили за загальноприйнятими в Україні правилами (Київська школа рефлексотерапії, чл.–кор. НАМН України, проф. Є.Л. Мачерет). Перші 12 сеансів проводили щоденно, наступні – через день. У ході лікування використовувались точки загальної дії (Gi4, E36, Vb21, Mc6, Vb34, Rp6, V60, Vb39, R3, R6 та інші), а також точки місцевої дії, розташовані у сегменті поперекового відділу хребта, а також – по ходу корінців і у зонах периферичних суглобів нижньої кінцівки (кульшового суглоба – Vb30–Vb34, Vb39–Vb43, Rp5, E30, E36, V58, V54, V31–34, R6; колінного суглоба – Rp5, E33–36, Vb34, Rp9, Rp6, V40, V54, V62, F2, F3; суглобів стопи – R1–4, V60–65, F2, F3, Rp3, Rp5). ІІІ група (14 хворих) (ЗЛ+ГС) – ЗЛ комплекс, посилений введенням у вищезазначені точки АГТП фірми Heel (Німеччина) Traumel S і Placenta compositum. Препарати вводили по 1 ампулі на сеанс – 2,2 мл (по 0,2 мл в кожную точку за допомогою інсулінового шприца), чергуючи їх по днях. На курс лікування – по 10 ампул кожного АГТП. Кратність введення кожного засобу: 3 рази на тиждень протягом перших 2–х тижнів, пізніше – 2 рази на тиждень. Таким чином, курс лікування тривав у середньому 4 тижні: в умовах денного стаціонару – 2 тижні, а пізніше – амбулаторно. Програма корекції ІІІ групи хворих з ПОХ відрізнялась від такої у ІІ групі тільки введенням АГТП під час виконання ГРТ.

Результати та їх обговорення. Оцінка динаміки больового синдрому (БС) у хворих на ПОХ у % до (був наявним у 100 % пацієнтів I, II, і III груп) і після проведеного лікування показала: I – 26,3 %; II – 14,3 %; III – 6,7 %. Таким чином, було констатовано більш значиму позитивну динаміку БС при ПОХ при включенні до комплексного лікування курсу ГРТ стосовно групи ЗЛ (відповідно 14,3 % і 26,3 %) і об'єктивну вищу ефективність застосування ГС препаратами Traumel S і Placenta compositum за запропонованою схемою стосовно комплексу із ГРТ (відповідно 6,7 % і 14,3 %).

Було доведено ефективність всіх трьох програм за впливом на вищеназвані лабораторні показники. Ефективність дії комплексу ЗЛ+ГРТ була достовірно вищою стосовно ЗЛ за рівнями всіх показників ЕІ, ПОЛ, АОСЗ (показники SH-груп, СОД після лікування в II групі стосовно таких в I групі були статистично недостовірними). Рівень впливу програми ЗЛ+ГС був достовірно вищим такою програми ЗЛ+ГРТ на показники СОД, МА і всі досліджувані параметри ЕІ. Таким чином, проведений аналіз динаміки показників ЕІ, ПОЛ, АОСЗ хворих на ПОХ у групах порівняння за різними програмами терапії дозволив констатувати статистично достовірний позитивний ефект всіх лікувальних комплексів для корекції параметрів вищеназваних патогенетичних синдромів, що обґрунтовує доцільність їх використання.

Висновки: 1. Було констатовано більш значиму позитивну динаміку больового синдрому при ПОХ при включенні до комплексного лікування курсу ГРТ стосовно групи ЗЛ (відповідно 14,3 % і 26,3 %) і об'єктивно вищу ефективність застосування ГС препаратами Traumel S і Placenta compositum за запропонованою схемою стосовно комплексу із ГРТ (відповідно 6,7 % і 14,3 %).

2. Ефективність дії комплексу ЗЛ+ГРТ була достовірно вищою стосовно ЗЛ за рівнями всіх показників ЕІ, ПОЛ, АОСЗ (показники SH-груп, СОД після лікування в II групі стосовно таких в I групі були статистично недостовірними). Рівень впливу програми ЗЛ+ГС препаратами Traumel S і Placenta compositum був достовірно вищим такою програми ЗЛ+ГРТ на показники СОД, МА і всі досліджувані параметри ЕІ.

Перспективи подальших досліджень – вважаємо за доцільне подальше патогенетичне обґрунтування включення рефлексотерапевтичних методів у комплексне лікування хворих на поперековий остеохондроз.

УДК 616.12–008.46/–005.4+616.379–008.64]–06:616.126.2–08

Балабан А.І., Савченко І.П., Радецька Л.В.

КИСНЕВИЙ ДЕФЦИТ І МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ІХС ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Мета. Дослідити особливості змін сечової кислоти та показників оксигенації артеріальної і венозної крові у хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруження III ФК із супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, ускладненим мікро, – макроангіопатією нижніх кінцівок та провести корекцію даних порушень за допомогою альфа – ліпоєвої кислоти.

Методи дослідження. Обстежено 32 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруження III ФК із супутнім ЦД 2 типу. Всі обстежені отримували стандартну терапію ІХС. У всіх пацієнтів діагностовано діабетичну мікро, – макроангіопатію нижніх кінцівок 2 ст. Контрольну групу склали 20 здорових осіб такого ж віку та статі. Проведено: оцінка рівня сечової кислоти, показників оксигенації артеріальної крові та венозної крові. Усі обстеження проводилися в день поступлення хворих в стаціонар та через місяць після проходження курсу лікування альфа – ліпоєвою кислотою (внутрішньовенні інфузії в дозі 600 мг/добу протягом 10 днів із подальшим переходом на пероральний прийом в цій же дозі протягом 3 тижнів).

Результати. Рівень сечової кислоти був вдвічі вищим у обстежених пацієнтів порівняно із групою контролю, після проходження курсу лікування альфа – ліпоєвою кислотою відмічено достовірне зниження значення сечової кислоти – на 50,3 % ($p < 0,01$) у порівнянні з даним показником до лікування. $Sa.O_2$ до лікування була нижчою – на 3,2 % ($p > 0,05$) у порівнянні із групою контролю та на 5,6 % ($p < 0,05$) – порівняно із хворими після отриманого лікування. Значення $Sv.O_2$ теж знижувалося та становило до початку терапії (47,66±0,44) %, а після лікування – (68,57±0,50) %. Показники $Ca.O_2$ і $Cv.O_2$ були найнижчими в обстежених хворих до лікування, після курсу альфа – ліпоєвої кислоти відмічено зростання $Ca.O_2$ на 41,2 % ($p < 0,01$) та $Cv.O_2$ на 53,4 % ($p < 0,01$) у порівнянні з даним значенням до початку лікування. Показник $Da.O_2$ – $Dv.O_2$ знижувався та становив (56,72±1,12) мл·л⁻¹·№, а після отримання альфа – ліпоєвої кислоти дане значення знизилося на 12,0 % ($p < 0,01$) та становило (49,96±1,30) мл·л⁻¹·№, що є свідченням зниження наростання дефіциту кисню в організмі.

Висновки. У хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруження III ФК при наявності ЦД 2 типу, ускладненому мікро, – макроангіопатією нижніх кінцівок комбінована терапія альфа – ліпоєвою сприяє зниженню сечової кислоти, та покращанню показників оксигенації артеріальної та венозної крові.

Безкоровайна Т.О., Бабінець Л.С., Перейма В.Р., Рябоконт С.С.
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Бабінець Л.С.

ОЦІНКА МОЖЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Ожиріння є одним із найчастіших проявів гіпофункції щитовидної залози (ЩЗ), що у сукупності з дослідженнями останніх років, які доводять вплив тиреоїдних гормонів на дію інсуліну потребує настороженості стосовно розвитку метаболічного синдрому (МС) у хворих на гіпотиреоз (ГТ), маніфестація якого не завжди включає в себе всі його компоненти.

Мета: вивчити чинники формування метаболічного синдрому при гіпотиреозі.

Матеріали та методи. Вивчено дані 21 медичної карти амбулаторного хворого на ГТ. У групу контролю увійшли 20 практично здорових осіб. Проводили визначення концентрації ТТГ та показників ліпідного обміну (ЛПВЩ, ЛПНЩ, ЛПДНЩ, ТГ, ЗХ) загальноприйнятими методами. Визначали індекс маси тіла (ІМТ) та окружність талії (ОТ). Вірогідність відмінностей вважали вірогідними при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Виявлено зміни показників ліпідограми у бік достовірного зростання рівня ЗХ, ЛПНЩ, ЛПДНЩ, ТГ, КА і зниження рівня ЛПВЩ у хворих на ГТ у порівнянні з групою контролю, що вказує на дисліпідемію. У 16 (76,19 %) хворих на ГТ було виявлено ожиріння різного ступеня тяжкості. Середній показник ОТ ((97,95±9,96) см) вказував на абдомінальну форму ожиріння. У 12 (57,14 %) хворих на ГТ була наявна АГ різного ступеня.

Висновок. Наявність абдомінального типу ожиріння, дисліпідемії, АГ у частини хворих на ГТ підтверджує можливість розвитку у них МС.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення взаємозв'язків між основними проявами МС і гіпофункції ЩЗ.

СТРУКТУРА НПЗП–ГАСТРОПАТІЙ У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»

У світі як мінімум 30 мільйонів чоловік щодня вживають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), а надалі – у міру старіння популяції – це число буде зростати. Завдяки своїй протизапальній і знеболюючій дії НПЗП приймають довгостроково, що призводить до виникнення цілого ряду побічних ефектів, у першу чергу – з боку шлунково–кишкового тракту.

Метою роботи стало вивчення структури НПЗП–гастропатій в ревматологічних хворих залежно від віку, виду захворювання та доз протизапальних засобів.

Матеріали і методи: в умовах Університетської клініки ІФНМУ опрацьовано історії хвороб ревматологічного профілю за останні 5 років. Для аналізу обрано 64 медичні карти стаціонарних хворих на остеоартроз (ОА, n=39) та ревматоїдний артрит (РА, n=25) з супутніми ураженнями шлунка та ДПК на тлі застосування НПЗП.

Результати дослідження. Найбільша частина хворих – 68,75% – застосовували середні терапевтичні дози НПЗП, 12,5% хворих – низькі дози протизапальних препаратів. Хворі із вираженим ступенем активності запального процесу (18,75%) використовували високі дози препаратів цієї групи. Ми з'ясували, що препаратами вибору на догоспітальному етапі у обстежених хворих були препарати: диклофенак натрію (67,18%), індометацин (17,19%) і ревмоксикам (15,63%). Аналізуючи структуру патоморфологічних змін слизової оболонки гастродуоденальної зони, індукованих НПЗП, виявили, що ознаки гастродуоденіту з однаковою частотою діагностували у хворих на остеоартроз (23,08%) і у хворих на ревматоїдний артрит (20,0%). Ерозивний гастродуоденіт виявили у 28,21% хворих з ОА і 36,0% на РА. У 35,89% хворих на ОА виявили виразку шлунка, а в 12,82% – виразку ДПК. Така ж картина була у хворих на РА: гастродуоденальних виразок діагностовано відповідно у 32,0% та 12,0% хворих. У вікових групах 16–29 років на долю ерозивних та виразкових дефектів слизової оболонки ГДЗ припадає відповідно 75,0%, тоді як гастродуоденіт діагностували у 25,0% хворих. Подібна тенденція прослідковується і у осіб віком 30–44 років: ерозивні дефекти виявили у 57,15% хворих, виразку шлунка – у 28,57%, а гастродуоденіт – у 14,28% хворих. У осіб середнього та похилого віку гастродуоденіт діагностували з більшою частотою (19,45% та 29,41% відповідно). Проте у віці 60–74 років збільшилася кількість хворих із встановленими виразковими дефектами шлунка (35,29%) та ДПК (17,65%).

Висновки. Щоб звести до мінімуму потенційний ризик розвитку ускладнень, призначати НПЗП необхідно в мінімально ефективній дозі протягом найкоротшого терміну. Не виявлено залежності вираженості патоморфологічних змін слизової оболонки ГДЗ від типу захворювання. У осіб молодшого віку домінували ерозивний гастродуоденіт та виразки слизової оболонки шлунку, з віком відмічалось зростання частки виразок з локалізацією в шлунку та ДПК.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КАЛЬЦЕМІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПОЄДНАНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ З ОСТЕОПЕНІЄЮ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

В останні десятиріччя значущість проблеми остеопорозу значно зросла внаслідок збільшення у популяції людей похилого віку. Актуальність проблеми остеодифіцитних станів при

хворобах органів травлення зумовлена появою змін процесів травлення з порушенням засвоєння мінеральних і органічних речовин, що приводить до формування вторинного остеодefіциту.

Мета роботи – вивчити ефективність кальцеїну в комплексній терапії хворих на поєднану патологію органів травлення (ППОТ) з остеопенією.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходилося 36 хворих на хронічний гастродуоденіт у поєднанні з хронічним панкреатитом на тлі хронічного гепатиту з остеопенією, із них 16 чоловіків (44,4 %) і 20 (55,6 %) жінок. Вік пацієнтів коливався від 20 до 72 років. Хворі були поділені на 2 репрезентативні групи: 1–ша – 13 хворих (група порівняння) отримували загальнозживане лікування: антигелікобактерну терапію, ферменти, гепатопротектори; 2–га – 23 хворих, (серед яких 12 обстежених з хронічним вірусним гепатитом (ХВГ) та 11 – з неспецифічним реактивним гепатитом (НРГ) додатково одержувала кальцеїн адванс у добовій дозі 2 табл. впродовж 3 місяців, з наступним призначенням кальцеїну по 1 табл. 2 рази в день протягом 3 місяців. Для верифікації діагнозу використовували широкий спектр клінічних і лабораторно–інструментальних обстежень (загальний та біохімічний аналізи крові, сечі, копрограма, імуноферментний аналіз крові на виявлення антитіл до Нр, у частини хворих ПЛР на виявлення Нр і вірусів гепатитів В, С, ЕГДФС з гістологічним та цитологічним дослідженням, УЗД органів черевної порожнини, денситометричне обстеження поперекового відділу хребта та проксимального відділу правої стегнової кістки).

Результати й обговорення. Порівняльний аналіз показників мінералізації кістки до і після проведеного загальнозживаного лікування (1–ша група хворих) виявив негативну динаміку змін кісткової тканини. Так, найбільші втрати кісткової маси були на рівні ділянок з найнижчими показниками мінералізації при первинному обстеженні на рівні хребця L1– МЦКТ зменшилась на 0,069 г/см², у зоні трикутника Варда – на 0,089 г/см². Загальнозживана терапія приводить до зниження мінералізації кістки, причому найбільше виражено в ділянках, де була найнижча МЦКТ у вихідному стані. У хворих 2–ої групи відмічалась позитивна динаміка маркерів мінералізації кістки, незалежно від етіологічного чинника ураження печінки. Так, МЦКТ у поперековому відділі хребта зросла в 1,1 разу у хворих на ХВГ та в стільки ж у обстежених на НРГ. Показник Т в одиницях стандартного відхилення зріс у 1,40 та 1,41 разу відповідно.

Висновки:

1. Призначення загальнозживаної терапії хворим на поєднану патологію органів травлення не запобігає втраті кісткової маси поперекового відділу хребта та проксимального відділу правої стегнової кістки, що веде до поглиблення остеодefіциту.

2. Включення в комплексну терапію кальцеїну приводить до поліпшення показників мінералізації кістки.

3. Темпи приросту кісткової маси підвищуються відповідно до ступеня початкового остеодefіциту.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності кальцієвмісних препаратів у хворих на ППОТ з остеопорозом.

УДК: 616.24–002.5–06:616.32–008.87–085.28

Винничук М. О., Климнюк С.І., Покришко О.В., Творко М.С.

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БІОСПОРИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Внаслідок глибоких і стійких порушень обміну речовин та захисних механізмів організму збудники туберкульозу набувають резистентності до антимікотичних препаратів (АМБП), що, в свою чергу, зумовлює ефективність хіміотерапії. Тривала АМБП впливає бактеріостатично не тільки на *M. tuberculosis*, а й на мікробіоту всього організму. Тому лікування хворого на тубер-

кульоз повинно бути комплексним, із врахуванням стану мікрофлори та її корекцією в залежності від ступеню розвитку дисбактеріозу. Біоспорин – пробіотик, в склад якого входять *B. subtilis* і *B. licheniformis*, які володіють антагоністичними властивостями, не діють на резидентну мікрофлору, мають протиалергічну та детоксикаційну дію, що надзвичайно актуально під час прийому АМБП.

Мета роботи: збільшити ефективність комплексного лікування хворих на туберкульоз легень за допомогою пробіотичного препарату Біоспорин.

Матеріали і методи. Обстежено 58 хворих з діагнозом вперше виявленій туберкульоз легень до призначення АМБП та після інтенсивної фази лікування. Першу групу (без прийому препарату Біоспорин) склали 30 хворих, другу (приймали цей пробіотик) – 28 осіб. Прийом препарату проводився протягом двох тижнів у кінці 1–го та 2–го місяців інтенсивної фази лікування по 2 флакони двічі на день. Мікробіологічні дослідження проводили згідно загально прийнятих методів. Статистичну обробку отриманих результатів виконували використовуючи комп'ютерну програму «Excel» з врахуванням середньої геометричної числа колоній, достовірність визначали за непараметричними критеріями.

Результати дослідження та їх обговорення Результати бактеріологічного дослідження слизової оболонки ротоглотки показали, що зі слизової оболонки ротоглотки виділялися асоціації аеробних, факультативно анаеробних та анаеробних бактерій. Після інтенсивної фази терапії АМБП спостерігали зниження як загальної кількості мікроорганізмів, так і кількості виділених штамів (лише 61,7 % від виділених до лікування). Наступні мікроорганізми – в–гемолітичні стрептококи, мораксели, біфідобактерії, лактобактерії, псевдомонади та фузобактерії перестали виділятися. При порівнянні частоти виділення з ротоглотки штамів після прийому АМБП у досліджуваних групах хворих, то видно істотну різницю в кількості штамів грибів роду *Candida spp.* (7,1 %), *S. aureus* (21,4 %) та *Micrococcus spp.* (3,6 %) у хворих, що приймали Біоспорин проти 20,1 %, 46,7 % та 10,0 % відповідно у хворих, що не приймали цього пробіотика. Окрім цього, після прийому Біоспорину визначали дещо більшу кількість г–гемолітичних стрептококів, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *Neisseria spp.*, *Bifidobacterium spp.*, *Lactobacterium spp.* та *Peptostreptococcus spp.*, що в основному належать до власної мікрофлори людини та є нечутливими чи малочутливими до антагоністичних продуктів метаболізму мікроорганізмів–складників Біоспорину.

Висновок. Таким чином, виявлено суттєві зміни в мікробіоценозі ротоглотки після прийому АМБП – зниження кількості виділення штамів спостерігається практично у всіх мікроорганізмів, крім грибів роду *Candida*. У хворих, що приймали Біоспорин, відзначано зниження частоти виділення штамів, що часто спричиняють захворювання верхніх дихальних шляхів – грибів роду *Candida* та *S. aureus* і відносно частіше виявлення типових представників нормофлори ротоглотки – г–гемолітичні стрептококи, *Neisseria spp.* та *Lactobacterium spp.* Враховуючи, що препарат Біоспорин проявляє ще й анти алергенну, детоксикаційну дію, його можна рекомендувати для призначення в комплексній терапії туберкульозу легень, як під час прийому АМБП, так і після, для відновлення нормофлори верхніх дихальних шляхів і шлунково–кишкового тракту.

УДК 615.272+616.24–002

Глушко Л.В., Гавриш Т.Ю., Позур Н.З., Маковецька Т.І., Рудник В.Т., Симчич Х.С.

ЗАСТОСУВАННЯ ТІОТРИАЗОЛІНУ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ

ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»

Негоспітальна пневмонія – важлива медико–соціальна проблема, що характеризується високою захворюваністю і смертністю. Інфекційний запальний процес при пневмонії супроводжується порушенням метаболічного гомеостазу. При даній патології має місце ендотоксемія, яка порушує тонус периферичних судин, реологію крові, кінетичні та механічні властивості

формених елементів крові, що призводить до розвитку тканинної гіпоксії. Остання викликає гіперліпідемію, гіперглікемію, активацію вільнорадикальних реакцій, накопичення запальних цитокінів, простагландинів. Гостра гіпоксія є однією з важливих ланок патогенезу синдрому ендогенної інтоксикації, перебіг якого поглиблює депресію функції органів природної детоксикації і екскреції.

Мета: підвищення ефективності лікування хворих на негоспітальну пневмонію при застосуванні традиційного лікування і включення до лікувального комплексу метаболічного препарату тіотриазоліну.

Методи дослідження: обстежено 56 хворих на негоспітальну пневмонію третьої групи, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні обласного фтизіопульмонологічного центру. Серед обстежених 37 (66,1 %) жінок та 19 чоловіків (33,9 %). Середній вік пацієнтів склав $(53,6 \pm 1,7)$ роки. Контрольну групу склали 20 пацієнтів, які отримували традиційну терапію згідно наказу МОЗ України №128 від 19.03.2007 р., яка включала антибактеріальну терапію, муколітики. Пацієнтам основної групи на фоні базової терапії додатково призначали тіотриазолін: 2,5% – 4,0 у 150 мл фізіологічного розчину в/в краплинно на протязі 5 днів, далі 2,5% – 2,0 в/м 2 р/день протягом 5 днів.

Результати: У результаті проведеного лікування відзначено позитивну динаміку перебігу негоспітальної пневмонії. Проте, у групі пацієнтів, які додатково отримували тіотриазолін, на 10–у добу лікування достовірно знизився лейкоцитарний індекс інтоксикації $(0,56 \pm 0,04)$ у.о., $p < 0,05$, у порівнянні з контрольною групою – $(1,13 \pm 0,08)$ у.о., сорбційна здатність еритроцитів $(35,3 \pm 0,4)$ %, $p < 0,05$ проти $(52,4 \pm 0,9)$ % контрольної групи.

Критерієм ефективності проведеного лікування пацієнтів була динаміка рентгенологічної картини органів грудної клітки. Так, повне розсмоктування інфільтративних змін у легенях відмітили у 76 % пацієнтів основної групи та у 64 % – контрольної групи.

Отже, включення до лікувального комплексу пневмонії метаболічного препарату тіотриазоліну сприяло зменшенню показників ендогенної інтоксикації, покращенню клінічної, рентгенологічної динаміки.

УДК 616.89–008.454+616.8–085.2/.3

Глушко Л.В., Симчич Х.С., Гавриш Т.З., Позур Н.З., Маковецька Т.І., Рудник В.Т.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ І МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»

Постановка проблеми. Психоемоційні порушення виявляються у 30–57% пацієнтів у амбулаторних умовах. Кожен третій пацієнт, який звертається до сімейного лікаря, має підвищений рівень тривожності. Найбільш частими психопатологіями у пацієнтів, які страждають на метаболічний синдром (МС) є депресія (14,4–32,5%) та тривожність (14–40%). Почуття тривожності і депресивний стан розглядають, як прояви одного розладу. Тривожно–депресивний розлад – хвороба сучасності, яка суттєво знижує якість життя людини і за прогнозами епідеміологів до 2020 року буде причиною інвалідизації на другому місці після ішемічної хвороби серця.

Мета дослідження: Визначити психоемоційні особливості хворих з метаболічним синдромом та вивчити можливості його корекції на фоні базової терапії.

Матеріали і методи: В дослідження включено 40 хворих на МС та 10 практично здорових осіб, які склали контрольну групу. Середній вік обстежуваних $58,23 \pm 8,56$ років. Тривалість захворювання $7,65 \pm 3,35$ років. Діагноз встановлювали на основі міжнародних рекомендацій за даними клініко–лабораторних та інструментальних методів обстеження. Психоемоційний стан оцінювали за шкалами Зунге, Тейлора, тривоги й депресії (HADS). Хворі були розділені на 2

групи: пацієнти I-ої групи отримували базисну терапію, а пацієнтам II-ої групи на фоні такого ж лікування призначено Адаптол 300 мг двічі на день. Термін спостереження – 4 тижні.

Результати. У більшості хворих обох груп мав місце чотирьох компонентний метаболічний синдром. На тлі МС у досліджуваної когорти переважали високий (у 30 і 25% I-ої та II-ої груп відповідно) та середній з тенденцією до високого (у 50% пацієнтів двох груп) рівень тривоги. При оцінці депресивних розладів в обох групах превалював субдепресивний рівень (55 і 65% відповідно, середній бал $64,8 \pm 3,7$). За наявністю клінічного та субклінічного рівня тривоги і депресії пацієнти розподілилися наступним чином: клінічний рівень тривоги був виявлений у 12 (60%) хворих I-ої групи, (середній бал $12,5 \pm 1,2$), у 11 (55%) хворих II-ої групи з середнім балом $12,8 \pm 1,3$, що було достовірно вище, ніж у осіб контрольної групи ($p < 0,05$); субклінічний варіант тривоги мав місце у 8 (40%) хворих I-ої групи (середній бал – $8,9 \pm 1,2$) та у 9 (45%) хворих II-ої групи (середній бал – $9,0 \pm 1,1$), що достовірно вище ($p < 0,05$), ніж у групі контролю (середній бал – $7,3 \pm 1,1$); рівень клінічної депресії у першій групі спостерігався у 3 (15%), субклінічної депресії – у 10 (50%) хворих (середній бал $12,0 \pm 1,2$ й $8,2 \pm 1,1$ відповідно), у другій групі симптоми клінічної депресії мали місце в 5 (25%), субклінічної – у 9 (45%) випадках (середній бал – $13,2 \pm 1,3$ і $9,1 \pm 1,2$ балу відповідно). Через 4тижні лікування в II групі переважав середній з тенденцією до високого (40%) і середній з тенденцією до низького (50%) рівень тривоги, ($p < 0,05$) в порівнянні з I-ою групою. За шкалою Зунге в основній групі субдепресивний рівень знизився на 30% і переважала депресія ситуативного генезу (середній бал $53,9 \pm 4,82$). За даними HADS в II-ій групі превалювали субклінічний варіант тривоги та субклінічний рівень депресії (60 та 55% відповідно).

Висновки: Застосування адаптолу в комплексній терапії сприяє достовірному зменшенню тривожно-депресивних розладів, покращенню психоемоційного стану та якості життя хворих на метаболічний синдром.

Перспективи подальших досліджень: вивчити можливості диференціального підходу до лікування тривоги та депресії в амбулаторних умовах.

УДК 616.441–008.64

Городинська О.Ю.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ГІПОТИРЕОЗУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Стаття присвячена вивченню актуальної проблеми – гіпотиреозу. Гіпотиреоз – одна з найчастіших патологій ендокринної системи, що викликана дефіцитом тиреоїдних гормонів або зниженням їх біологічного ефекту на тканинному рівні. В статті представленні сучасні аспекти етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування даної патології.

Ключові слова: щитовидна залоза, гіпотиреоз, тиреотропний гормон, тироксин.

Захворювання щитовидної залози (ЩЗ) є актуальною медико-соціальною проблемою сучасного суспільства. Це пов'язано як з постійно зростаючою поширеністю патології ЩЗ, так і з обумовленим, при її дисфункції, негативним впливом на соматичне, репродуктивне, психічне здоров'я населення. За даними ВООЗ, серед ендокринних порушень захворювання ЩЗ займають друге місце після цукрового діабету [1].

Гіпотиреоз – одна з найчастіших патологій ендокринної системи, що викликана дефіцитом тиреоїдних гормонів або зниженням їх біологічного ефекту на тканинному рівні. Станом на 01.01.2014 року в Україні зареєстровано понад 103 тис. хворих на гіпотиреоз. Поширеність гіпотиреозу в загальній популяції досягає 3,7% [2], залежить від віку, статі, рівня споживання йоду. Частота маніфестного гіпотиреозу в популяції становить 0,2–2,0%, субклінічного – до 10% у жінок і до 3% – у чоловіків. Максимальної частоти гіпотиреоз досягає серед жінок старшої вікової групи, де показник поширеності збільшується до 12% [3].

Патогенетично синдром гіпотиреозу неоднорідний [4], залежно від рівня порушення біосинтезу тиреоїдних гормонів розрізняють:

1. Первинний (тиреогенний) гіпотиреоз, зумовлений первинною патологією ЩЗ:
 - а) внаслідок зменшення кількості функціонально активної її тканини;
 - б) внаслідок різних дефектів біосинтезу тиреоїдних гормонів;
2. Вторинний (гіпофізарний) гіпотиреоз – унаслідок зниження чи випадіння продукції ТТГ;
3. Третинний (гіпоталамічний) гіпотиреоз – унаслідок зниження чи випадіння продукції тиреоліберину. На сьогодні цю форму нерідко приєднують до другої – вторинного гіпотиреозу;
4. Периферичну (тканинну) резистентність до дії тиреоїдних гормонів.

Найчастішою причиною первинного гіпотиреозу вважається автоімунний тиреоїдит (АІТ). Поширеність гіпотиреозу серед цих хворих становить близько 20 %. До їх числа належать хворі як із наявністю зоба, так і з його відсутністю. Однак слід зазначити, що найбільша кількість хворих на гіпотиреоз, що досягає 90 %, діагностується при атрофічній формі АІТ (ідіопатичний гіпотиреоз). Значно рідше клінічні прояви гіпотиреозу виникають у хворих на підгострий тиреоїдит (тиреоїдит де Кервена) і мають транзиторну форму. Однак, за даними літератури, у 10 % таких хворих розвивається стійкий гіпотиреоз. Причиною деструктивного процесу при цьому є вірусна інфекція.

Післяопераційний гіпотиреоз розвивається у 35–48 % хворих після операції на ЩЗ. Тиреоїдектомія у 100 % випадків супроводжується стійким гіпотиреозом. Післяопераційний гіпотиреоз розвивається зазвичай упродовж року; більш віддалені за строками форми трапляються рідше.

Пострадіаційний гіпотиреоз (після лікування ДТЗ 131I) спостерігається у 20–30 % хворих. При цьому їх кількість зростає паралельно збільшенню строку життя після прийому лікувальної дози радіоактивного йоду. Застосування малих, розрахованих за різними критеріями найбільш ефективних доз радіофармпрепарату особливо не впливає на частоту гіпотиреозу. Очевидно, все визначається індивідуальною чутливістю клітин ЩЗ до впливу іонізуючої радіації. Крім того, вплив I31 пригнічує здатність ЩЗ до регенерації, що в пацієнтів віком понад 40 років проявляється гіпотиреозом [3,4,5].

Особливо яскраво дефіцит функціонально активної тканини ЩЗ проявляється при порушенні її ембріонального розвитку (ембріопатія), що полягає в повній відсутності (агенезії) чи гіпоплазії залози.

Однією з причин гіпотиреозу, здебільшого в дорослих, є різні злоякісні пухлини ЩЗ чи метастази до неї з інших органів, а також деякі рідкісні захворювання (амілоїдоз, сифіліс) ЩЗ.

Інша група етіологічних факторів при первинному гіпотиреозі представлена різними порушеннями біосинтезу тиреоїдних гормонів. Однією з причин зниження функції ЩЗ у цій групі етіологічних чинників є дефіцит йоду в довкіллі (грунт, вода), що призводить до виникнення ендемічного зоба – захворювання, що характеризується збільшенням розмірів залози (зоб) серед населення в певних географічних районах.

Багато лікарських препаратів здатні пригнічувати функцію ЩЗ, спричинюючи транзиторний гіпотиреоз. У першу чергу це стосується препаратів, які використовуються для лікування тиреотоксикозу. Мають здатність пригнічувати продукцію тиреоїдних гормонів карбонат літію, перхлорат калію, сульфаніламід, тіоціанати, етіонамід, парааміносаліцилова кислота, фенілбутанон, кобальт, резорцин [3,4,6,7].

Діагноз гіпотиреозу часто буває несвоєчасним, оскільки в початковій його стадії виявлені симптоми вкрай неспецифічні. Крім того, синдром гіпотиреозу може імітувати різні нетиреоїдні захворювання, що пов'язано з поліорганністю ураження, які виявляються в умовах дефіциту гормонів щитовидної залози. Клінічна картина гіпотиреозу представлена в таблиці 1 [8].

Регуляція синтезу і секреції тиреоїдних гормонів, з одного боку, здійснюється ефектами тиреотропного гормону (ТТГ) гіпофіза, а з іншого – ауторегуляторними процесами, що відбуваються в самій ЩЗ, які залежать від споживання йоду і синтезу тиреоїдних гормонів. ТТГ є глікопротеїдним гормоном, який складається з двох ковалентно пов'язаних субодиниць альфа і бета. Зв'язування ТТГ з рецептором на мембрані тироцита призводить до активації аденілатциклази і ряду інших пострецепторних механізмів. В результаті стимулюються різні функції тиро-

цита, зокрема захоплення йоду і його активний транспорт через базальну мембрану, синтез тиреоглобуліну і вивільнення тиреоїдних гормонів у кров [7].

Діагностику та оцінку дисфункції щитовидної залози потрібно проводити у всіх хворих з симптомами гіпотиреозу. Американська академія сімейних лікарів не рекомендує скринінг на гіпотиреоз у дорослих пацієнтів при відсутності симптоматики, оскільки не знайшла достатніх доказів для рутинного скринінгу дорослого населення. [9]. Скринінг безсимптомних пацієнтів показаний при наявності факторів ризику гіпотиреозу: аутоімунні захворювання в анамнезі, опромінення голови і шиї, попередня терапія радіоактивним йодом, наявність зоба, наявність захворювання щитовидної залози у родичів, лікування препаратами, які впливають на функцію щитовидної залози [8].

На сьогоднішній день визначення рівня ТТГ розглядається як найбільш чутливий тест для оцінки продукції гормонів ЩЗ та оцінки якості компенсації первинного гіпотиреозу. Логлінійний взаємозв'язок продукції ТТГ і вільного Т4 на досить широкому діапазоні концентрацій дозволяє виявляти навіть мінімальні зміни функції ЩЗ. У загальній популяції поширеність різних концентрацій ТТГ в крові характеризується логнормальним розподілом: у 70–80% людей рівень ТТГ знаходиться в межах 0,3 і 2 мОд / л, при цьому у 97% – менше 5,0 мОд / л [10]. Якщо рівень ТТГ в сироватці крові підвищений, потрібно провести тест на вимірювання рівня сироваткового вільного тироксину (Т4) (рис. 1). Явний первинний гіпотиреоз діагностується при наявності підвищеного рівня ТТГ і низького рівня сироваткового вільного Т4. Підвищений рівень ТТГ при нормальному діапазоні рівня вільного Т4 відповідно вказує на субклінічний гіпотиреозом. Низький рівень вільного Т4 з низьким або нормальним рівнем ТТГ спостерігається при вторинному гіпотиреозі і буде, як правило, пов'язане з подальшою діагностикою гіпоталамо–гіпофізарної недостатності. Для адекватної інтерпретації результатів дослідження тиреоїдних гормонів потрібно враховувати нормативні діапазони відповідного тесту, які специфічні для кожної лабораторії, до того ж, існують добові варіації секреції ТТГ, найнижчий рівень діагностується в ранкові часи [11].

Таблиця 1.

Клініко–лабораторна характеристика гіпотиреозу

Симптоматика гіпотиреозу	Клінічні ознаки гіпотиреозу	Лабораторні показники при гіпотиреозі
Артралгія	Брадикардія	Підвищення С-раєктивного білка
Непереносимість холоду	Діастолічна гіпертензія	Гіперпролактинемія
Запор	Набряк	Гіпонатріємія
Сухість шкіри	Зоб	Підвищення креатинкінази
Міальгія	Гіпотермія	Збільшення ліпопротеїдів низької щільності
Витончення/випадіння волосся	Когнітивні порушення	Збільшення тригліцеридів
Погіршення слуху	Затримка фази релаксації глибоких сухожильних рефлексів	Нормоцитарна анемія
Охриплість голосу	Макроглосья	Протеїнурія
Збільшення ваги	Периорбітальні набряки	Зниження вольтажу зубців на ЕКГ
Порушення уваги	Плевральний і перикардіальний випіт	
Втома		
Порушення пам'яті		
Порушення менструального циклу/безпліддя		
Загальна слабкість		

Для лікування гіпотиреозу як замісна терапія (незалежно від патогенетичної форми хвороби) використовуються лікарські препарати, що містять тиреоїдні гормони. Одні з них містять тироксин, другі – трийодтиронін, а треті – комбінацію зазначених гормонів у різних пропорці-

ях. Препарати одного трийодтироніну для лікування гіпотиреозу зазвичай не використовуються [4].

Замісна терапія необхідна для підтримання нормального обміну речовин у хворих на гіпотиреоз будь-якої етіології. Надійний критерій адекватності та ефективності лікування – зникнення симптомів недостатності функції ЩЗ. Рівень ТТГ і тиреоїдних гормонів у крові при цьому повинен перебувати в межах нормальних значень. Для лікування гіпотиреозу найчастіше використовується L-тироксин, оскільки він має більш тривалу дію (24 години) і забезпечує постійну концентрацію в крові. Оскільки L-тироксин є прогормоном і не має клітинної дії, лікувальний ефект зумовлений перетворенням його в Т3 під дією тканинної дейодинази залежно від потреб організму в Т3. Добова доза L-тироксину для дорослих становить 0,05–0,3 мг/добу, у середньому 0,18 мг/добу. Деякі автори рекомендують розраховувати дозу препарату виходячи з маси тіла, для дорослих це – 2,2 мкг/кг/добу. Трийодтиронін призначають у дозах 0,02–0,1 мг/добу. Усі препарати тиреоїдних гормонів хворі повинні приймати один раз на добу зранку до їжі, що імітує фізіологічний ритм добової секреції тиреоїдних гормонів у здорових людей [3,4].

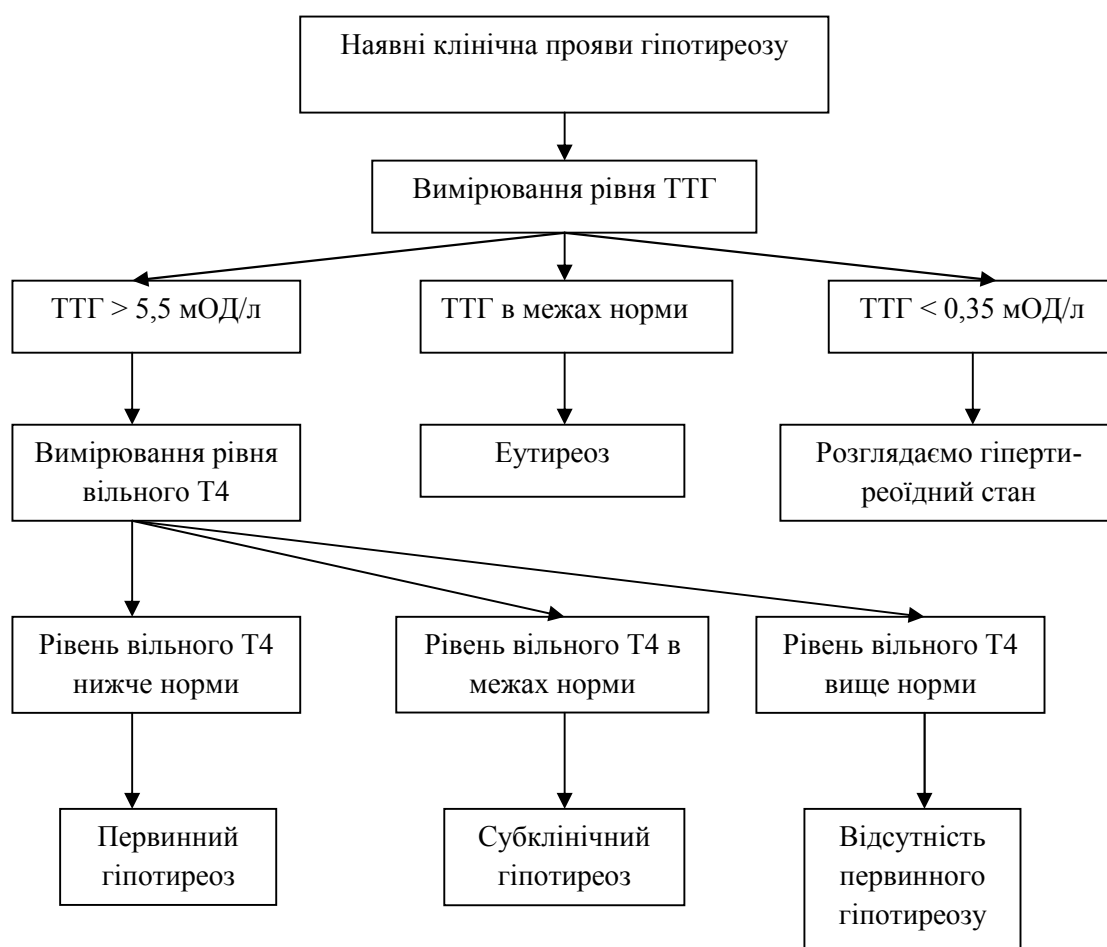


Рис. 1. Алгоритм дій при діагностиці гіпотиреозу.

Отже, при компенсованому гіпотиреозі прогноз для здоров'я і життєдіяльності пацієнта досить сприятливий. Якість життя пацієнтів з гіпотиреозом, що постійно одержують адекватну замісну терапію, незначно відрізняється від такого у осіб без даної патології. Підбір замісної терапії, як правило, нескладний, відновлює працездатність і попереджає розвиток ускладнень. Ефективність лікування зростає при ранній діагностиці гіпотиреозу і призначенню своєчасної медикаментозної терапії.

Література

1. Кравчун Н. А. Гипотиреоз: эпидемиология, диагностика, опыт лечения / Н.А. Кравчун, И.В. Чернявская // Проблемы эндокринной патологии. – 2011. – № 3. – С. 27–34.
2. Aoki Y. Serum TSH and total T4 in the United States population and their association with participant characteristics: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 1999–2002) / Y. Aoki, R.M. Belin, R. Clickner et al. // Thyroid. – 2007. – №17. – P. 1211–1223.
3. Паньків В.І. Практична тиреоїдологія / В.І. Паньків. – Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2011. – 224 с
4. Паньків В.І. Синдром гіпотиреозу / В.І. Паньків // Международный эндокринологический журнал. – 2012. – №5(45). – С. 136–148
5. Бобирьова Л.Є. Тиреоїдна патологія та стан йодної забезпеченості в Полтавській області через 20 років після аварії на ЧАЕС / Л.Є. Бобирьова, О.Ю. Городинська. – Світ медицини та біології, 2013. – Т. 43, № 1. – С. 8–14.
6. Балаболкин М.И. Фундаментальная и клиническая тиреоидология: Руководство. / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Креминская. – М.: Медицина, 2007. – 816 с.
7. Дедов И.И. Эндокринология. Учебник. – 2-е изд. / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. – М.: Медиа, 2009. – 432 с.
8. Gaitonde D. Y. Hypothyroidism: An Update / D.Y. Gaitonde, K.D. Rowley, L.B. Sweeney // American Family Physician. – 2012. – V. 13. – №3. – P 245–251.
9. Helfand M. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for subclinical thyroid dysfunction in nonpregnant adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force / M. Helfand // Ann Intern Med. – 2004. – №140(2). – P. 128–141.
10. Baloch Z., Carayon P., Conte_Devolx B. et al. Laboratory medicine practice guidelines. Laboratory support for the diagnosis and monitoring of thyroid disease / Z. Baloch, P. Carayon, B. Conte_Devolx et al. // Thyroid. – 2003. – V. 13. – № 1. – P. 3–126.
11. Roelfsema F. Thyrotropin secretion profiles are not different in men and women / F. Roelfsema, A.M. Pereira, J.D. Veldhuis et al. // J Clin Endocrinol Metab. – 2009. – № 94(10). – P. 3964–3967.

Summary

CONTEMPORARY VIEW ON THE PROBLEM OF HYPOTHYROIDISM

O.Y. Gorodinsky

Institution of higher education of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava

This article is devoted to studying the actual problem – hypothyroidism. Hypothyroidism – one of the most frequent endocrine pathologies, caused by thyroid hormone deficiency or reduction of their biological effect on the tissue level. The article is presenting contemporary aspects of etiopathogenesis, clinics, diagnosis and treatment of this disease.

Keywords: thyroid gland hypothyroidism, thyrotropic hormone, thyroxine.

Господарський І.Я., Волинець К.В., Коноваленко С.О., Креховська–Лепявко О.М.,
Локай Б.А., Рега Н.І., Мазур Л.П., Зарудна О.І., Усинська О.С., Ястремська С.О.

ВПЛИВ ПРЕПАРАТІВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ ТА АДЕМЕТИОНІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С БЕЗ ОЗНАК ЦИРОЗУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

За оцінками експертів ВООЗ, вірусом гепатиту С у світі інфіковано близько 300 млн. людей, спостерігається постійне зростання захворюваності на вірусний гепатит С. В Україні, за даними МОЗ України Україна належить до країн з середнім ступенем розповсюдження гепатиту С – орієнтовно інфіковано близько 3% громадян, що складає ~ 1 170 000 осіб.

Сучасне лікування хронічного вірусного гепатиту С ґрунтується на застосуванні пегільованого інтерферону у вигляді монотерапії або в комбінації з іншими противірусними засобами, такими як рибавірин або інгібітори протеаз. Проте було доказано, що подібне лікування є недостатньо ефективним у всіх пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом С, а також у всіх пацієнтів з цирозом печінки.

Нами було проліковано 144 пацієнтів з гепатитом С без ознак цирозу та супутньої патології печінки та жовчовивідних шляхів. Пацієнти були розділені на три групи котрим окрім стандартної противірусної терапії до лікування було додано гепаторотектори. Перша група з 42 чоловік приймала лише стандартну противірусну терапію (контроль), друга 46 чоловік – урсодезоксихолеву кислоту, третя 56 чоловік – адеметионін.

Курс лікування гепатопротекторами становив 30 днів

В якості первинної кінцевої точки, що відображає функцію печінки, оцінювали плазмовий рівень АЛТ, як вторинних кінцевих точок – АСТ і ГГТП. Величину даних показників визначали за традиційними методиками. Зразки крові забирали під час періоду спостереження і на 1, 4, 8 і 12-му тижні після початку терапії. У цих точках часу були виміряні плазмові рівні АЛТ, АСТ, ГГТП, альбуміну та загального білірубіну, було підраховано кількість тромбоцитів. Комплаєнс до прийому УДХК та адеметионіну, і розвиток ускладнень оцінювали шляхом опитування пацієнтів або на підставі даних з їх щоденників.

При аналізі результатів відзначений чіткий позитивний ефект від прийому усіх гепатопротекторів. Так вираженість астеничного синдрому, який до кінця лікування повністю зник у 22% в 1 групі хворих і зменшився в інших, на 43% в 2, та на 59% в 3. Шкірний свербіж повністю зник у 24% хворих, що мали його до початку терапії, і зменшився у 30% достовірно лише у 2 групі пацієнтів. Важливо підкреслити, що через 2–3 тижні після закінчення терапії відзначено зменшення свербіжу ще у 15% хворих. Жовтяниця повністю зникла у 18 пацієнтів, що мали її до початку лікування, зменшилася у 82% хворих також достовірно лише у 2 групі.

Вплив на біохімічні показники проявився в зниженні білірубіну на тлі лікування на 21% та активності лужної фосфатази – 18%, також достовірно лише у 3-тій групі, і гамма-глутамілтранспептидази (гамма-ГТП) – на 7% у 1 групі, на 19% у 2-гій, та на 11% у 3-тій. Також відмічено значне зниження активності трансаминаз у всіх трьох групах. Так зниження активності АЛТ в 1 групі становило 22%, в 2 – 58%, в 3 – 41%; АСТ в 1 групі становило 20%, в 2 – 41%, в 3 – 53%. Також був відмічений вплив на показники рівня сечовини в 1 групі становило 22%, в 2 – 31%, в 3 – 35%

При спостереженні за хворими протягом 3 місяців після закінчення терапії відзначений позитивний віддалений результат: вираженість свербіжу, показники білірубіну, гамма-ГТП, АлАТ АсАТ залишалися в тих же межах, що і до кінця курсу терапії, що дає підстави говорити про ефективність у поліпшенні параметрів якості життя у хворих з гепатитом С без ознак цирозу.

Висновки

1. Гепатопротектор на основі УДХ в цілому мав позитивний вплив на клінічний стан хворих і на біохімічні показники функції печінки. Його застосування було більш ефективним щодо зниження рівня білірубіну та холестерину, у порівнянні із адеметионіном
2. Гепатопротектор на основі адеметионіну в цілому мав позитивний вплив на клінічний стан хворих і на біохімічні показники функції печінки. Проте показав більшу ефективність у зниженні рівня трансаминаз та усунення астеничного синдрому у порівнянні із УДХ.
3. Досліджувані препарати у дозуваннях, рекомендованих виробником, не мали побічних реакцій та не зумовили медикаментозної алергії у жодного з обстежуваних хворих.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»

Мета. Виявити особливості показників варіабельності ритму серця (ВРС) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) при релаксаційному та псевдонормальному типах діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ДДЛШ).

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 97 хворих на гіпертонічну хворобу II стадії з 2–3 ступенями АГ віком 38–72 роки. Контрольну групу склали 20 практично здорових людей такого ж віку та статі. У 65 хворих було діагностовано релаксаційний тип ДДЛШ (1 група), у 32 – псевдонормальний тип ДДЛШ (2 група). Окрім загальноприйнятих методів обстеження, пацієнтам було проведено двохвимірну ехокардіоскопію в доплерівському режимі для визначення показників діастолічної функції ЛШ, а також показників ВРС за даними ЕКГ-моніторингу.

Результати. У 2-й групі хворих загальна потужність спектру (TR) становила (1915 ± 130) мс² і була значно нижчою (на 22,4 %, $p < 0,05$) порівняно із показниками у хворих 1 групи і на 52,9 % – від контрольних показників. Низькочастотна компонента LF у пацієнтів 2 групи становила (762 ± 78) мс² і була дещо знижена відносно показників хворих 1 групи, і достовірно зниженою (на 38,5 %) порівняно із контрольною групою. У пацієнтів 2 групи із псевдонормальним типом ДДЛШ дисбаланс між активністю симпатичної та парасимпатичної нервової системи поглиблювався переважно за рахунок вираженого зниження височастотної компоненти HF, яка у цій групі становила (462 ± 33) мс², і була значимо нижчою порівняно із 1 групою, і з контрольною групою. При розрахунку симпато-вагусного індексу LF/HF, у хворих 2 групи він становив $(2,9 \pm 0,42)$ ум. од., і був достовірно вищим як від контрольного значення, так і від даного показника у 1 групі пацієнтів з релаксаційним типом ДДЛШ. У 2 групі хворих виявлений прямий кореляційний зв'язок між LF/HF та E/E' ($r=0,42$, $p < 0,05$), що свідчить про більш виражені прояви гіперсимпатикотонії у хворих на ГХ при псевдонормалізації ДДЛШ.

Висновки. У хворих на ГХ із псевдонормальним типом ДДЛШ відзначаються більш виражений дисбаланс вегетативної регуляції із зниженням спектральних показників ВРС порівняно із пацієнтами із релаксаційним типом ДДЛШ. Значиме зростання показника LF/HF у хворих із псевдонормальним типом ДДЛШ свідчить про усугублення гіперсимпатикотонії при прогресуванні ДДЛШ.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ОЖИРІННЯ – У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Ключові слова: похилий вік, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння.

Резюме: В лікуванні хворих похилого віку з АГ, ЦД та ожирінням перевагу слід надавати агоністам II-імідазолінових рецепторів, інгібіторам АПФ та діуретикам.

Вступ. Ожиріння є істотним фактором ризику для багатьох патологічних станів та спостерігається у значній кількості населення, розвинених країн, боротьба з ним є пріоритетним завданням сучасної медицини.

Основна частина. Згідно Міжнародної класифікації, нормальною масу тіла слід вважати при індексі маси тіла (ІМТ) в межах 18,5–25, а надлишковою – масу тіла 25–30 кг/м². Ожиріння діагностують при перевищенні цих значень (ІМТ >30 кг/м²). Для прикладу: людина зростом 1,8 м повинна важити 97,5 кг, а при зрості 1,6 м – 77 кг. Епідемія цукрового діабету (ЦД) – одна з найважливіших проблем у всьому світі. З урахуванням наростаючої поширеності і високого кардіоваскулярного ризику, що супроводжує розвиток цієї патології, людство, очевидно, стоїть на порозі пандемії діабет–асоційованих серцево–судинних ускладнень. Ця проблема надзвичайно актуальна і для України, де пацієнтів з ЦД нараховується понад 1млн. На сьогодні цукровий діабет (ЦД) і артеріальна гіпертензія (АГ) розглядаються як взаємопов’язані хвороби, кожна з яких є додатковим чинником ризику розвитку атеросклерозу та серцево–судинних захворювань. Внаслідок їх поєднання посилюється дисфункція ендотелію, виникають мікро– і макросудинні порушення, підвищується артеріальний тиск (АТ), розвиваються гіпертрофія міокарда, ішемія та серцева недостатність (СН). Наявність діабетичної нефропатії посилює підвищення АТ, замикаючи «vicious circle». У зв’язку з цим Європейською асоціацією з вивчення діабету та Європейським кардіологічним товариством було розроблено спільний документ “Наста нова з діабету, предіабету і серцево–судинних захворювань” в якому розроблені рекомендації для кардіологів і діабетологів, що полегшать лікування цих хворих. Згідно з новою концепцією будь–який пацієнт із кардіоваскулярними захворюваннями та метаболічними порушеннями повинен постійно диспансеризуватись, бути підданий систематичному лікуванню з метою мінімізації ризику та покращення якості життя як кардіологами і ендокринологами, так і сімейними лікарями. Особливістю лікування хворих з АГ та цукровим діабетом є необхідність більш «жорсткого» контролю АТ, застосування комбінацій антигіпертензивних препаратів, систематичного контролю ліпідограми та призначення статинів і омега 3–поліненасичених жирних кислот. Одним із ефективних напрямків лікування хворих з АГ, ЦД та ожирінням є призначення їм агоністів ІІ–імідазолінових рецепторів. Доведено, що ця група медикаментів викликає зворотній розвиток гіпертрофії лівого шлуночка, сприятливо впливає на обмін ліпідів і вуглеводів. Представник цих препаратів – моксонідин існує у продажу під назвою «фізіотенс» та «моксогома» та випускається у дозах 0,2 мг–0,3 мг та 0,4 мг. Перебіг АГ при ЦД, ускладненому нефропатією часто набуває важко контрольованого характеру, що спричиняє необхідність призначення трьох, а то і чотирьох медикаментів. Згідно з вищезазначеним документом схеми гіпотензивної терапії при ЦД повинна включати інгібітори АПФ або блокатори рецепторів ангіотензину ІІ (БРА), при переважанні об’ємом призначаються діуретики (тіазидні та тіазидоподібні або антагоністи альдостерону), бета–адреноблокатори та антагоністи кальцієвих каналів. Попри беззаперечну користь лікування хворих з АГ та ЦД бета–блокаторами та діуретиками слід зважено підходити до їх призначення, враховувати той негативний вплив, який вони мають на вуглеводний та ліпідний обмін. У пацієнтів з ожирінням максимум переваг мають інгібітори АПФ, що характеризуються вираженими гідрофільними властивостями і становлять собою активну лікарську форму, що дозволяє уникнути можливої модифікації ефекту препарату на етапі печінкової біотрансформації в умовах порушення її функції у пацієнтів з явищами дисметаболізму. У пацієнтів з ожирінням призначення іАПФ дає можливість стабілізувати АТ у 60% випадків. (Reisin E., 1997). Серед комбінованих форм перевагу мають засоби, що містять іАПФ та індапамід (як більш метаболічно нейтральний препарат). Перевагою цих медикаментів є швидкий ефект, зручність у застосуванні (немає потреби титрувати дозу, однократний прийом). Крім цього при регулярному вживанні індапаміду спостерігається тенденція до зниження маси тіла (Лисунець О.М. та співавт., 2007).

Висновок: Пацієнти з АГ, ЦД та ожирінням відносяться до групи високого кардіоваскулярного ризику та повинні бути піддані систематичному медикаментозному лікуванню з метою мінімізації виникнення ускладнень.

Список використаної літератури:

1. Лисунець О.М., Ханюкова І.Я., Танцюра О.В., (2007) Використання індапаміду в комбінованій терапії артеріальної гіпертензії у жінок з надмірною масою тіла в постменопаузальний період. Укр.терапевт.журн., 4: 69–73
2. Свіщенко Є.П.(2004) Сучасна стратегія лікування хворих з артеріальною гіпертензією з високим ризиком ускладнень. Медична газета “Здоров’я України –XXI сторіччя”, 104
3. Reisin E., Weir M.R., Falkner B. et al.(1997) Lisinopril versus hydrochlorothiazide in obese hypertensive patients: a multicenter placebo– controlled trial. Treatment in Obese Patients With Hypertension (TROPHY) Study Group. Hypertension, 30 (1 Pt.1):140–145

ACTUAL ISSUES OF TREATING HYPERTENSION, DIABETIS MELITUS AND OBESITY IN ELDERLY PEOPLE

O.V. Davydovych, N.Ja. Davydovych, T.R. Voloshhuk, V.O. Lyhac'ka, A.D. Popov

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Key words: advanced age, hypertension, diabetes melitus, obesity.

Summary: In the treatment of elderly patients with hypertension, diabetes and obesity should be preferred agonists Imidazoline receptor, ACE inhibitors and diuretics.

УДК:616.12–008.331.1–053.9–08:615.225.2

Давидович О.В., Давидович Н.Я., Лихацька В.О., Чепой І.В.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РАЦІОНАЛЬНУ ТЕРАПІЮ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ПОЛІМОРБІДНИМИ УРАЖЕННЯМИ

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, похилий вік, поліморбідність.

Резюме: В лікуванні хворих похилого віку з артеріальною гіпертензією та поліморбідними ураженнями перевагу слід надавати комбінованій терапії до складу якої повинні входити інгібітори АПФ, діуретики та антагоністи кальцієвих каналів або бета–адреноблокатори.

Вступ. Поліморбідність – одна із серйозних проблем терапевтичної практики у осіб похилого віку. Згідно з даними медичної статистики у 80% хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) наявні і інші метаболічні порушення: дисліпідемії, цукровий діабет (ЦД) II типу, ожиріння, гіперурикемія.

Основна частина. На сьогодні актуальність проблеми поліморбідності терапевтичних хворих зумовлена тенденцією до загального постаріння населення, що привертає увагу до цієї не лише медичної, а і соціальної проблеми. Поєднана патологія створює труднощі як у встановленні діагнозу, так і при проведенні лікування. Синергізм ушкоджуючої дії кількох патологічних станів значно поглиблює клінічну картину кожного з них, створюючи негативний вплив на органи–мішені. Завдання лікаря – продовжити активне життя людини похилого віку стає особливо важко досяжним у цих випадках.

Поліморбідність включає як випадкову комбінацію в одного пацієнта різних за етіологією і патогенезом захворювань, так і нозологічну синтропію, тобто розвиток закономірно зумовлених комбінацій хвороб. Синтропію визначають як вид поліпатій, коли хвороби йдуть одна за одною або готують підґрунтя одна для іншої (Крылов А.А., 2000). Оскільки, артеріальна гіпертензія, як було зазначено вище, часто зустрічається у осіб похилого віку з поліморбідністю варто детальніше зупинитись на принципах її терапії. Однією з оптимальних груп сучасних препаратів, які можуть бути показані у вищеписаних ситуаціях є інгібітори АПФ. При їх призначенні не виникає у хворих несприятливих змін з боку вуглеводного та ліпідного обміну, не зростає рівень

сечової кислоти, не провокується виникнення аритмій. Доведено сприятливий вплив іАПФ на інсулінорезистентність, деякі показники гемостазу (зниження рівня інгібітора тканинного активатора плазміногену). Порушення функції ендотелію відіграє важливу роль у патогенезі АГ, пов'язаної з метаболічними розладами. Вазодилаторні, антипроліферативні, антисклеротичні ефекти іАПФ можна пояснити ендотелійзалежними реакціями, пов'язаними із запобіганням розщепленню брадикініну, який є потужним стимулятором вивільнення ендотелійзалежних розслаблювальних факторів, таких як оксид азоту та простагліцині.

В ході багатьох досліджень виявлено здатність іАПФ значно покращувати виживання хворих з артеріальною гіпертензією за наявності серцевої недостатності: спостерігається їх позитивний вплив на регрес гіпертрофії лівого шлуночка, виникнення фатальних аритмій та інфаркту міокарда. При обговоренні питання терапії хворих похилого віку з артеріальною гіпертензією та поліморбідністю неможливо обійти групу бета-адреноблокаторів. Ця група препаратів має широкий спектр показань: гострі коронарні синдроми, АГ, аритмії, ХСН, профілактика раптової серцевої смерті, а, отже, логічно обґрунтованим є їх використання у випадках поліморбідності. (Жарінов О. Й., 2007).

Безсумнівні переваги комбінованої терапії стимулюють фармацевтів до розробки нових підходів у цьому напрямку. Клінічна практика свідчить, що серед рекомендованих комбінацій найефективнішим є поєднання інгібіторів АПФ з діуретиком (Пренесса, ензикс дуо) та інгібітори АПФ, діуретика та антагоніста кальцієвих каналів (Трипліксам).

Висновки. Лікування хворих похилого віку з поліморбідними ураженнями ґрунтується на міжнародних узгоджувальних документах в яких виділено раціональні комбінації препаратів.

Список використаної літератури:

1. Крылов А.А. (2000) К проблеме сочетаемости заболеваний. Клиническая медицина, 1:56 – 58
2. Жарінов О.Й. (2007) Місце бета-адреноблокаторів у сучасному лікуванні артеріальної гіпертензії. Газета «Новости медицины и фармации», 216: <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-1258/article-1276/print.html>.
3. Epstein M., Tobe. S (2001) What is the optimal strategy to intensify blood pressure control and prevent progression of renal failure Curr.Hypertens. Rep.,3(5):422–428.

MODERN CONCEPTS OF RATIONAL THERAPY OF PATIENTS WITH HYPERTENSION AND POLYMORBIDITY

O.V. Davydovych, N.Ja. Davydovych, T.R. Voloshchuk, A.D. Popov, I.V. Chepoy
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Key words: hypertension, advanced age, polymorbidity.

Summary: In the treatment of elderly patients with arterial hypertension and polymorbidly defeat preference should be given to combination therapy which must include ACE inhibitors, diuretics, and calcium channel antagonists or beta-blockers.

Давидович О.В., Стаднюк Л.А., Давидович Н.Я., Волощук Т.Р.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В СЕРЦІ ПРИ СТАРІННІ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Резюме. В похилому віці, у зв'язку зі змінами в серцевосудинній системі, виникає порушення ритму і провідності, на початкових потребує медикаментозної терапії, а в подальшому – встановлення постійного електрокардіостимулятора.

Ключові слова: похилий вік, електрокардіостимулятор, порушення ритму.

Вступ. Головною і глобальною проблемою сучасного світу є старіння населення. Старіння охоплює всі системи і органи людини, не міняючи і серце. У людей після 60 років виникають, відбувається перебудова нейрогуморальної регуляції з появою нових компенсаторно-адаптаційних механізмів у системі кровообігу, що являється головною причиною розвитку різних порушень серцевого ритму.

Основна частина. При старінні виникають зміни, як в провідній системі, так і в структурі серця, що веде до виникнення аритмій. Після 75 років у синоатріальному вузлі залишається менше 10% нормальної кількості пейсмеркерних клітин, які відають функцією автоматизму. цих клітин. Збільшується кількість фіброзної тканини, що призводить до атрофії волокон у лівій ніжці пучка Гіса. Дегенеративні зміни в провідній системі серця – причина порушень серцевого ритму. Частіше має місце поява екстрасистол і передсердно-шлуночкових блокад. Зниження процесів реполяризації і депполяризації призводить до зміни зубця Т, розширення комплексу QRS. Подовжується електрична систола серця зі сповільненням провідності й поширенням збудження по міокарду шлуночків.

Зміни вегетативної регуляції серця проявляються ослабленням парасимпатичного впливу з підвищенням активності симпатoadреналової системи, порушується барорефлекторний механізм регуляції. Змінюється реакція міокарда на агоністи і антагоністи, падає кількість функціонуючих бета-адренорецепторів. Переважає альфа-адренергічний механізм регуляції судинного тону, що спричиняє до неадекватне підвищення АТ. З ослабленням нервового впливу на міокард і судини підвищується чутливість до гуморальних факторів регуляції – катехоламінів, ацетилхоліну, гістаміну тощо.

В структурі серця з віком виникають зміни, що характеризується збільшенням кількості щільного колагену в міокарді, що веде до ущільнення клапанного апарату та до порушень гемодинаміки.

Частим компенсаторним механізмом в старості є синдром слабкості синусового вузла, який зумовлений первинними дистрофічними змінами в синоатріальному вузлі. Таким чином, аритмії призводять до порушення гемодинаміки: зниження хвилинного об'єму крові, внаслідок чого значно знижується артеріальний тиск (АТ) та перфузія головного мозку можуть виникати синкопальні стани.

На даний момент відомо, що більшість синкопальних станів невстановленого генезу у пацієнтів літнього віку обумовлене синдромом гіперчутливості каротидного синуса. Головним шляхом лікування даних пацієнтів на початкових етапах є медикаментозна терапія, а в подальшому – встановлення постійного електрокардіостимулятора (ЕКС).

З метою покращення покращення енергетичного метаболізму кардіоміоцитів людям похилого віку призначають триметазидин (предуктал), який попереджує зниження внутрішньоклітинного рівня АТФ, мілдронат (перешкоджає накопиченню активних форм недоокислених жирних кислот), тіотріазолін (проявляє мембраностабілізуючу та антиоксидантну дію), неотон (має антиішемічний та антиоксидантний ефект) та ін.

У випадках, коли прогресування атеросклерозу проявляється появою синоатріальної та атріовентрикулярної блокади виникає необхідність встановлення ЕКС.

Важливе завдання у виборі стимулюючої системи – попередити прогресування порушення автоматизму і провідності, обрати систему, яка найкращим чином запобігає цим порушенням. У зв'язку з цим, необхідно підбирати ЕКС з великими можливостями програмування, ніж це потрібно на момент імплантації і з подвійним сенсором, що реагує на навантаження, частоту дихання, хвилинний об'єм та інші параметри. Це необхідно брати до уваги, так як, у пацієнтів з дисфункцією синусового вузла і іншими порушеннями ритму надалі може розвинути AV-блокада, що є результатом прогресування захворювання. Найбільш вдосконаленою є двокамерна DDD-стимуляція, що надає можливість зберегти передсердно-шлуночкову синхронізацію у випадках зменшення ЧСС нижче встановленого рівня. Однак, цього режиму не достатньо при синдромі слабкості синусового вузла, коли не виникає спонтанного підвищення ЧСС при фізіологічному навантаженні, в таких випадках необхідно використовувати ЕКС з сенсорами, які реагують на різні сигнали, що відрізняються від Р-хвилі, дані функції попереджають виникненню подальших ускладнень у вигляді «синдрому електрокардіостимулятора».

Висновок. Важливе завдання лікаря при лікуванні хворих похилого віку з ІХС – вчасно попередити прогресування порушень гемодинаміки, скориставшись, в разі необхідності, можливістю встановлення електрокардіостимулятора.

Література

1. Амосова К.М. Клінічна кардіологія: У 2 т. – К.: Здоров'я, 2002. – Т. 2. – 992 с.
2. Бендит Д., Римоул С., Ассо А. и др. Электрокардиостимуляция при синдроме каротидного синуса и вазовагальных обмороках. Новые перспективы в электрокардиостимуляции. – СПб.: Сильван, 1995. – С. 31–45.
3. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Мед. информ. агентство, 1999. – 605 с.
4. Лутай М.И. Ведение пациентов с обморочными состояниями. Рекомендации Европейского общества кардиологов//Здоров'я України. – 2005. – № 116 (www.health-ua.com/articles/1039.html).
5. Пономарев В.В., Евстигнеев В. В. Синкопальные состояния: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. – Минск, 2006. – 34 с.

MORPHOLOGICAL CHANGES IN HEART DUE TO AGING AND METHODS OF THEIR CORRECTION

O.V. Davydovych, L.A. Stadnyuk, N.Ja. Davydovych, T.R. Voloshhuk
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Summary. In old age, due to changes in cercevesinde system, there are rhythm and conduction disorders, which require initial drug therapy, and further insertion of a permanent pacemaker.

Key words: old age, a pacemaker, heart rhythm disturbance.

УДК:577.175.1+616.441–008.64

Дідушко О.М.

РІВНІ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МАНІФЕСТНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»

В останні роки намітилася явна тенденція до збільшення частоти захворювань щитовидної залози (ЩЗ), які займають одну з провідних позицій в клінічній ендокринології. Найбільш поширеним варіантом порушення функції щитовидної залози є первинний гіпотиреоз. Дефіцит тиреоїдних гормонів супроводжується порушенням процесів метаболізму з подальшим розвитком змін різного ступеня вираженості у всіх без винятку органах і системах.

Мета дослідження – вивчити рівень прозапальних цитокінів у пацієнтів з маніфестним гіпотиреозом.

Під наглядом перебувало 98 пацієнтів з маніфестним гіпотиреозом (МГ), що знаходяться на диспансерному обліку в ендокринологів поліклінік м. Івано–Франківська, а також в ендокринологічному відділенні Івано–Франківської ОКЛ. У відповідності з поставленими завданнями рівнями прозапальних цитокінів і фактора росту у пацієнтів з гіпотиреозом у порівнянні з контрольною групою осіб, що не мають тиреоїдної патології. В об'єднаній групі пацієнтів з МГ на момент початку дослідження рівні досліджуваних цитокінів сироватки крові і сечі значимо перевищували відповідні показники в групі контролю. Так, у пацієнтів з МГ концентрація ІЛ–6 в сироватці крові була практично в 6 разів вище, ніж у групі контролю, а хемоаттрактантного білка моноцитів–1 (МСР–1) – в 2 рази вище. Підвищення рівнів прозапальних цитокінів ІЛ–6, МСР–1 свідчить про наявність активного запального процесу в групі пацієнтів з МГ та формуванні запальної відповіді. Виявлене ж переважання концентрації сироваткового ІЛ–6 свідчить про порушення балансу між про– і протизапальними цитокінами.

Підвищення концентрації прозапального хемокіну MCP-1 в сечі пацієнтів з АІТ також могло бути пов'язане з гіперпродукцією IL-6, про що свідчать отримані результати (IL-6 у пацієнтів з АІТ значимо перевищує контрольні показники – 16 (14,6; 18,2) пг / мл ($p(U) < 0,001$)). Підвищення IL-6 корелювало з високим титром АТ-ТПО при АІТ ($r = 0,73$, $p < 0,05$), що пов'язано з впливом IL-6 на диференціювання В-клітин, участь в процесі дозрівання В-лімфоцитів в антитілпродукуючих клітин. При досягненні еутиреозу на тлі призначення замісної терапії рівні цитокінів IL-6, MCP-1 у пацієнтів з АІТ достовірно знижувалися. На всіх етапах обстеження відзначалася помірний позитивний кореляційний взаємозв'язок між рівнями ТТГ і MCP-1 (початково $r = 0,63$; через 3 місяці $r = 0,56$; через 6 місяців $r = 0,72$, $p < 0,05$).

Таким чином, маніфестний гіпотиреоз супроводжується прозапальним цитокіновим зсувом у вигляді підвищення рівнів інтерлейкіну-6, хемоаттрактантного білка моноцитів-1. Зниження рівнів цитокінів при післяопераційному гіпотиреозі спостерігається на тлі призначення замісної терапії через 3 місяці, при аутоімунному тиреоїдиті – при досягненні еутиреозу.

Доценко С.Я., Афанасьєв А.В., Гогой Т. М., Токаренко І.І., Самура Б.Б.,
Медведчук Г.Я., Шевченко М.В., Чорна І.В., Сичов Р.О.

РОЛЬ СЕЗОННИХ ТА МЕТЕОРОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ В РОЗВИТКУ ГОСТРИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Загальновідомо про вплив кліматичних, метеорологічних, геліопромінних та інших природних чинників на перебіг серцево-судинних захворювань. Нашу увагу привернули сезонні чинники та можливість їх впливу на виникнення гострих серцево-судинних подій (ГССП) в практиці лікаря невідкладної допомоги.

Основна частина. Досліджені 11 285 карт виїздів лікарів швидкої медичної допомоги по Ленінській станції швидкої допомоги м. Запоріжжя в період з 1 січня по 31 грудня 2014 року. Оцінювалися такі ГССП: гострий інфаркт міокарда і нестабільна стенокардія; пароксизми порушення серцевого ритму; гіпертензивні кризи; транзиторна ішемічна атака і гостре порушення мозкового кровообігу; судинні кризи на тлі хронічного порушення мозкового кровообігу; тромбози та емболії артерій і вен. Виникнення ГССП оцінювався по місяцям і порам року, вивчались наявність днів з сприятливими та несприятливими типами погоди. Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою комп'ютерної програми «Statistica» (version 6.0, StatSoft Inc, США). Статистично достовірними відмінності вважали з $P < 0,05$.

Результати дослідження. Аналіз отриманих даних довів наявність циклічної залежності розвитку ГССП від сезонних чинників. Найбільша частота ГССП спостерігалась в зимні місяці року в межах 9,2 – 12,1 % в місяць від всіх випадків за рік, тоді як найменша частота випадків була в літні місяці з показником в межах 4,5 – 6,9 % в місяць. В цілому перевищення ГССП в зимній період склало 1,45 рази в порівнянні з літнім періодом. Вивчення метеорологічної сприятливості показало, що в зимні місяці спостерігались 53 (66,7 %) дні з несприятливими III та IV типами погоди і тільки 37 (33,3 %) дні з сприятливими I та II типами погоди. В літні місяці, навпаки, переважала наявність 69 (75,0%) днів з сприятливими I та II типами, а днів з несприятливими III та IV типами було тільки 23 (25,0 %). Одночасно, виявлено суттєву перевагу виникнення ГССП в дні з несприятливими типами погоди в порівнянні із днями з сприятливими типами, яка коливалась в межах 1,51 – 1,71 рази, в залежності від сезонів року.

Висновки: Виникнення Розвиток ГССП на протязі року носить циклічний характер, залежний від сезонів року, з акрофазою в зимові місяці та міні-фазою в літні місяці, із коливанням змін в 1,45 рази. Найдений тісний зв'язок зростання ГССП в 1,51 – 1,71 рази в дні з несприятливими III та IV типами погоди, у відміну від днів з сприятливими I та II типами погоди.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ СТІЛЛА

Запорізький державний медичний університет

Хвороба Стілла (ХС) (ювенільний ревматоїдний артрит) визначається як системний запальний процес невідомої етіології та патогенезу, що вражає молодих осіб. ХС у дорослих є ніби віддзеркаленням добре відомого ювенільного артриту з системним варіантом дебюту. Ювенільний артрит був вперше описаний George Frederick Still в 1897 році як «особлива форма хвороби суглобів, що зустрічається у дітей» [1,4]. Характерні прояви ХС включають лихоманку, швидко минулий висип, запалене горло, артрит, полісерозит і серонегативність за ревматоїдним фактором. Варіанти клінічного перебігу виражаються або системними рецидивами, або загостреннями хронічного поліартриту. Більш ніж у 70% хворих процес дебютує із запалення в горлі (що нагадує ангіну) та інших загальних симптомів, схожих з проявами вірусної інфекції. Загальні симптоми можуть виступати на перший план. Вони включають в себе міалгії, артралгії, слабкість, анорексію, нудоту, швидко втрату ваги. Міалгії, слабкість, висип та серозити мають денний ритм і наростають під час фебрильних пароксизмів. У більшості хворих характерні лихоманка і висип, які з'являються через 2–3 тижні після фарингіту. Артрити розвиваються одночасно з лихоманкою і висипом або незабаром після цього. Більше 99% хворих мають лихоманку більше 39° С. Пароксизму передують приголомшливий озноб, потім протягом 2–4 годин температура зростає до максимальних цифр і закінчується падінням з рясним потовиділенням. Однак більш важливим у клінічному відношенні є той факт, що у кожного хворого лихоманка з'являється в один і той же час. Специфічний висип зустрічається в 86% спостережень. Він характеризується певною періодичністю, проявами і локалізацією [1–4]. Наявність суглобового синдрому у вигляді артриту завершує діагностичну тріаду ХС у дорослих. Ранкова скутість, міалгії, артралгії відзначаються вже на ранніх стадіях захворювання. Лімфаденопатія проявляється помірним збільшенням лімфовузлів.

Лабораторні дослідження. Кількість лейкоцитів може бути від 12,5–40,0x10⁹/л. Білки гострої фази запалення реагують дуже чутливо, включаючи збільшення С-реактивного протеїну, плазмового білка амїлоїду А та плазмового феритину. Більш ніж у 90% хворих ШОЕ перевищує 50 мм/ годину. Зниження сироваткового альбуміну спостерігається у 75% хворих. Інші описані лабораторні відхилення включають в себе: еозинофілію, гіпергамаглобулінемію, дефіцит IgA, збільшення титру антистрептолізину О [5–6]. **Клінічний випадок:** Хвора С., 18 років студентка ВПУ №38 м. Енергодар поступила до відділення ревматології ЗОКЛ 20.01.15 зі скаргами на виражену загальну слабкість, підвищення температури тіла до 41°С, задишку при мінімальному фізичному навантаженні, біль в колінних суглобах, литкових м'язах, які посилюються при рухах. З анамнезу: вважає себе хворою з 29.12.14, коли з'явилися біль у горлі, закладеність у вухах, нежить. З 02.01.15–08.01.15 – знаходилася на стаціонаром лікуванні в СМЧ №1 м. Енергодар, в ЛОР-відділенні. З діагнозом: «двобічний отит». Відзначається прискорене ШОЕ до 56 мм/год, лейкоцитоз, анемія. Отримувала наступне лікування: цефепім, левофлоксацин, цефепіразон – без належного позитивного ефекту; у зв'язку з чим була направлена для подальшого лікування до ЛОР-відділення ЗОКЛ. З діагнозом: «Гострий ларингіт». Після лікування, відзначалася позитивна динаміка (біль у горлі, нежить не турбують), проте зберігалися скарги на підвищення температури тіла до 39–40°С, біль в колінних суглобах, литкових м'язах, виражена загальна слабкість, зміни в лабораторних аналізах. Враховуючи вище перелічені скарги, проводився диференційний діагноз з вірусними гепатитами «В» і «С», ВІЛ, малярією, патологією щитоподібної залози. Хвора оглянута інфекціоністом – даних за гостру інфекційну патологію не виявлено. 20.01.15 – з підозрою на бактеріальний ендокардит хвора була госпіталізована в кардіологічне відділення ЗОКЛ, проводиться ЕХО-КС: бактеріальний ендокардит виключений; виключена онкопатологія за допомогою КТ-онкоскринінгу; спостерігалась помірна лімфоаденопатія медіастінальних, пахвинних, заочеревинних лімфовузлів.

При надходженні до ревматологічного відділення ЗОКЛ: стан хворої важкий, температура тіла 38,5°C. Шкірні покриви і слизові оболонки чисті, гіперемії, висипки не має. Переферичні лімфовузли збільшені. АД 100/ 70мм.рт.ст, ЧСС 125ударів за хвилину, ЧДД 20 за хвилину. Аускультативно: дихання над легеньми везикулярне, симетрично, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, тони звучні. Живіт при пальпації м'який, безболючий. Край печінки м'яко-еластичної консистенції, безболючий, гострий, біля краю реберної дуги. Селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення – без особливостей.

На підставі скарг хворої, анамнезу та об'єктивного обстеження було встановлено попередній діагноз: «Хвороба Стілла».

Розпочато лікування (Реосорбілакт 200,0в / в кап., Інфулган в / в кап. – при підвищенні температури тіла вище 390С, мелбек в/м – при підвищенні температури тіла вище 38°C, дексаметазон – 8мг в/в кап., лоратадин –1т. / д рег/ос, призначено обстеження (ОАК, ОАМ, цукор крові, печінкові проби, УЗД ОЧП), цукор крові (20.01.15) – 4,8ммоль / л.

Біохімічні аналізи крові: протеїнограма, печінкові показники, коагулограма (21.01.15) – без патології.

Маркери аутоімунних захворювань (21.01.15): АТ–ДНК (dsDNA), сумарні – 29,6 од/мл; (ANA) IgG–0,74Ед.; АТ до фосфоліпідів, IgM–4,9 од/мл; АТ до фосфоліпідів, IgG–5,3 од/мл. Ревматоїдний фактор–9,7МЕ / мл. **СРБ (30.01.15) – 33,2 мг/л (21.01.15):** АТ до мієлопероксидази–0,92 од/мл (Anti–MPO); АТ до протеїназ – 0,7од/ мл (Anti–PR3); АТ до цитоплазми нейтрофілів (ANA) – 0,4 ІА

(21.01.15): Залізов'язувальна здатність –24,46мкмоль / л; залізо–8,4мкмоль / л; ферритин–1157,53нг / мл.

Загальний аналіз крові:

Дата	Нbg/л	Эр.	Тромб.	Le	ШОС	п/я	С.	Л.	М.
26.01.15	90	2,7	220	17,5	56	6	76	16	2

Загальний аналіз сечі (21.01.15)– без патології.

ФГОГК (22.01.15): Легені без інфільтративних змін. Корені розширені, малоструктурні, синуси вільні. Серце – мітральна конфігурація, збільшене в розмірах, більше вліво. Гіпоплазія аорти.

ЕКГ(22.01.15): Вольтаж – збережений, ритм – синусовий, електрична вісь серця – не відхилена. Синусова тахікардія, ЧСС–125 ударів на хвилину.

КТ ОЧП та малого таза (23.01.15): Висновок: Невиражена медиастинальна, пахвова, за очеревинна, лімфоаденопатія. **ЕХО–КС (21.01.15):** Висновок: Камери серця не розширені. Потовщення стінки МК (фіброз?), Мітральна регургітація Іст. Патологічних скидів через МПП, МШП і в стовбур ЛА не з'являлися. Регургітація на ЛА Іст. Вегетацій на клапані серця не виявлено. Даних за КоА немає. **УЗД ОЧП (20.01.15):** Висновок: Ехо–ознаки деформації жовчного міхура, помірних дифузних змін паренхіми обох нирок. **Консультації: Невролог (21.01.15):** Даних за неврологічну патологію немає. **Окуліст (22.01.15):** міопія слабого ступеню. **Гематолог (23.01.15):** Анемія хронічного хворого, ознаки запалення, імовірно бактеріальної природи.

Перебуваючи, у відділенні ревматології ЗОКЛ хвора отримувала солумедролом в/в кап. (Сумарно 2,5 г), проксіум 40мг; Ревмоксикам–1,5мл в/м №5; Медрол–32мг/добу. На тлі проведеного лікування стан хворої покращився – нормалізувалася температура тіла, куповані артрологічний та міалгічний синдроми. Покращилися біохімічні показники крові. Хвора в задовільному стані виписана з ревматологічного відділення, досягнута клінічна ремісії.

prof Docenko S.Ya., assist. prof. Schevchenko M.V., assoc. prof Medvedchuk, assoc. Prof. Kravchenko, assist. prof Kravchenko, clinical ord., Gogoy T.M.,
st. Buroviy M.Yu.

Clinical case Still's disease.

Zaporizhzhya State Medical University

Резюме

Незважаючи на величезну кількість досліджень, при хворобі Стілла досі не виявлено специфічного маркера, і тому хвороба Стілла залишається діагнозом виключення. З великою ймовірністю хвороба Стілла можна запідозрити на ранніх стадіях процесу при наявності тріади: лихоманка, дерматит і артрит. Діагноз цього захворювання у дорослих залишається одним з найважчих в ревматології через рідкість нозології, різноманіття клінічних проявів і відсутності патогномонічних діагностичних тестів.

Summary

Nevertheless plural studies there are still no specific marker in Still's syndrome diagnostics. As a result Still's syndrome remains an exception diagnosis.

Still's disease may be supposed with great probability on early stage using triad: fever, dermatitis, arthritis. Diagnostics of this disease in adults remains one of the most difficult in rheumatology, because of rarity, variety of clinical features and absence of pathognomonic diagnostic tests.

Література:

1. Carri L., Rizelli G.M.L., d'Ascanio A. et al. Adult onset Still'disease: analysis of a monocentric cohort. *Ann Rheum Dis* 2010;69(Suppl. 3):716.
2. Yoshimura M., Makiyama J., Кода Т. et al. Successful treatment with tocilizumab in a patient with refractory adult-onset Still's disease (AOSD). *Clin Exp Rheumatol* 2010;28:141–2.
3. Salvin S., Quartuccio L., Moroldo T. et al. Clinical characterization and treatment outcome in a monocentric cohort of 45 patients with adult onset Still's disease. *Ann Rheum Dis* 2010;69 (Suppl. 3):710.
4. Національний підручник з ревматології / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, В. К. Казимирко [та ін.]; за ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. – К. : МОПІОН, 2013. – 671 с
5. Caramaschi P, Biasi D, Carletto A, Bambara L. A case of adult onset Still's disease treated with infliximab. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20: 113.
6. Fautrel B, Le Moel G, Saint-Marcoux B, Taupin P, et al. Diagnostis value of ferritin and glycosylated ferritin in adult onset Still's disease. *J Rheumatol* 2001; 28: 322–328.

УДК 616.37–002–036.12–08.487

Дроняк Ю.В., Бабінець Л.С.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ТЛІ АСКАРИДОЗУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Коморбідність хронічного панкреатиту та аскаридозу є досить актуальною в наш час. Поширеність захворювань підшлункової залози (ПЗ) та їх місце в загальній структурі хвороб органів шлунково–кишкового тракту складно оцінити. Хронічний панкреатит (ХП) – частий супутник осіб з гельмінтами, особливо аскаридами. При поєднанні цих нозологій у пацієнтів, крім стандартної терапії ХП, рекомендується проведення протигельмінтних курсів лікування та сорбційно–детоксикаційної терапії, що потребує чіткого обґрунтування.

Мета дослідження: оцінити ефективність комплексного лікування хворих на ХП із супутнім аскаридозом із включенням до нього протигельмінтного препарату альбендазолу та сорбційно–детоксикаційного – ЛактоБіоЕнтеросгелю.

Матеріали та методи. Ефективність корекції супутнього аскаридозу при ХП альбендазолом та ЛактоБіоЕнтеросгелем оцінювалася в 33 таких хворих; з них 22 – жінки (66,6%) та 11

– чоловіків (33,3%). Хворі отримували загальноприйнятий в гастроентерології лікувальний комплекс за вимогою, згідно із станом пацієнтів. Він включав харчування за принципами дієти №5п за Певзнером, омепразол 20 мг 1 р/добу, Ерміталь 25000 3 р/добу під час їжі, но-шпу форте 80 мг 2 р/добу, мотиліум 10 мг 3 р/добу до їжі, а також альбендазол, який приймали разом з їжею у дозі 400 мг 1 р/добу (1 таблетка) одноразово та ЛактоБіоЕнтеросгель у середньотерапевтичній дозі – 15 г (1 столова ложка або 1 пакет саше) 3 рази на день за 10–15 хв до їжі. Оцінку ефективності лікувальної програми проводили до і після лікування (через 1 місяць від початку лікування).

Результати та обговорення. Порівняльний аналіз клінічних проявів у хворих групи дослідження до та після лікування показав, що больовий синдром спостерігався у 33 пацієнтів (100%) та 7(21,2%) після лікування. Диспепсичний – відповідно склав 30 (90,9%) та 4 (12,2%). Порушення зовнішньої секреції ПЗ – 28 (84,8%) і 5 (15,1%) відповідно. Астенічний синдром склав 31 (93,9%) до лікування та 3 (9,0%) після проведеного курсу лікувальних заходів. Показники копрограми та УЗД ПЗ оцінювали у балах. Сума балів УЗД ПЗ до лікування становила $3,69 \pm 1,1$; після нього – $2,1 \pm 0,75$. Показники копрограми – $8,48 \pm 0,97$ до лікування і після лікування – $2,6 \pm 0,95$.

Була достовірно встановлена позитивна динаміка показників копрограми. Дисбактеріоз мали 33 пацієнта (100%) та 6 (18,8%) після програми корекції; запальний синдром – 30 (90,9%) та 5 (15,1%) відповідно. Креаторея спостерігалася відповідно у 28 (84,8%) та 4 (12,2%); стеаторея – 31 (93,9%) і 7 (21,2%).

Висновок: Було доведено, що застосування протигельмінтного препарату альбендазолу та сорбційно–детоксикаційного – ЛактоБіоЕнтеросгелю при лікуванні хворих на ХП на тлі аскаридозу є ефективним доповненням до стандартної терапії ХП, що сприяло швидкій позитивній динаміці клінічної картини, показників копрограми та структурного стану ПЗ ($p < 0,05$).

У перспективі подальших досліджень плануємо дослідження імунного статусу хворих на ХП на тлі аскаридозу та обґрунтування адекватного комплексу їх лікування.

УДК 616.12–008.46–002.2–08

Ждан В.М., Кітура О.Є., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Ткаченко М.В., Іваницький І.В.

АСПЕКТИ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія»

Резюме: В статті висвітлюються питання фармакотерапії хронічної серцевої недостатності і, зокрема, розглядаються особливості патогенетичної терапії β -адреноблокаторами і інгібіторами АПФ.

Ключеві слова: серцева недостатність, β -адреноблокатори, інгібітори АПФ.

Клінічний випадок. Хворий С, 68 р, скарги на серцебиття задишку в спокої, набряки нижніх кінцівок, збільшення живота.

Об'єктивно: положення ортопное, акроціаноз, набряки нижніх кінцівок, АТ – 145/85 мм рт.ст., пульс 110 уд./хв., аритмічний, ліва межа серця по передній аксиллярній лінії, права – по парастернальній, тони ослаблені, аритмічні, систолічний шум над верхівкою. Печінка виступає на 7–8 см нижче краю реберної дуги. ЗАК – ер. $4,5 \cdot 10^{12}/л$, ШОЕ 8 мл/год.

ЗАС – білок сліди; креатинін – 140 мкмоль/л; ЕХОКС – КДР – 70 мм, КСР 62 мм, ЛП – 46 мм, ФВ – 27%; Rtg органів грудної клітки – кардіомегалія за рахунок збільшення лівого і правого шлуночків, ЕКГ – знижений вольтаж, фібриляція передсердь із ЧСС 100–120/хв.

Діагноз: ІХС. Кардіосклероз післяінфарктний (Q–ІМ в 2009р.), фібриляція передсердь. СН ІА, ФК ІІ із систолічною дисфункцією ЛШ.

Хворому призначена терапія: торасимід 80 мг/ добу внутрішньовенно, дігосин 0,25 мг/добу, верошпірон 100 мг/добу, раміприл 2,5 мг/добу; на 6-ий день терапії дозу збільшено до 5 мг, на 8-ий день – до 10мг, через 7 днів після стабілізації стану хворому було назначено β-АВ бісопролол, починаючи з дози 1,25 мг, кожні 10 днів збільшуючи дозу (2,5 мг, 3,75 мг і 5 мг).

За даними епідеміологічних досліджень останніх років розповсюдженість ХСН серед дорослого населення складає від 1% до 5% і збільшується пропорційно віку, досягаючи 5–10% серед осіб похилого віку (75 років і вище). Згідно даних Американської Асоціації кардіологів ХСН є основною причиною 12–15 млн. амбулаторних візитів до лікаря щорічно. Подібна ситуація спостерігається і в нашій країні.

У великих контрольованих клінічних дослідженнях доведено, що тривала блокада ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) та симпато-адреналової системи (САС) за допомогою фармакологічних антагоністів (інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), β-адреноблокаторів (β-АВ), блокаторів альдостерону, антагоністів рецепторів ангіотензину II дозволяє уповільнити прогресування ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) та інших системних змін при ХСН, наслідком чого є зменшення або усунення її клінічних симптомів, збільшення тривалості життя хворих [4, 5]. Фармакотерапія є однією із основних складових терапії при ХСН.

На сьогодні є загальноприйняте, що ІАПФ і β-АВ є основними засобами патогенетичної терапії ХСН, оскільки тільки вони реально впливають на темпи прогресування порушення функцій серця і на смертність від ХСН [5,6].

Вперше сприятливий вплив ІАПФ на прогноз життя хворих з ХСН продемонстровано на прикладі еналаприлу в дослідженні CONSENSUS. Основні дослідження, які доказали здатність ІАПФ покращувати прогноз хворих із ХСН проводились великими дозами препаратів. В повсякденній практиці лікарі коли і призначають ІАПФ, то в істотно менших дозах.

- ІАПФ показані всім пацієнтам незалежно від етіології, стадії, типу декомпенсації.
- ІАПФ ефективні навіть при початкових стадіях ХСН при безсимптомній дисфункції ЛШ, а також при ХСН із збереженою систолічною функцією серця.
- Не призначення ІАПФ хворим ХСН не може вважатися оправданим і веде до свідомого підвищення ризику смерті хворих.
- ІАПФ рекомендовані, як препарати першої лінії у пацієнтів із зниженою систолічною функцією ЛШ (ФВ <40–45%) як при наявності, так і при відсутності симптоматики (Клас I, рівень А).
- Терапію ІАПФ слід починати із низьких доз, поступово (не частіше одного разу в 2–3 дні, а при системній гіпотонії ще рідше – 1 раз в тиждень, титруючи їх до досягнення оптимального ефекту, тобто до цільових.
- Асимптомним пацієнтам з документованою дисфункцією ЛШ повинні одержувати ІАПФ з метою сповільнення/попередження розвитку СН. ІАПФ знижують ризик ІМ і раптової смерті у таких пацієнтів (Клас I, рівень А).

При повільному темпі титрування із дотриманням загальноприйнятих мір безпеки приблизно 90% хворих добре переносять тривалу терапію ІАПФ. На сьогодні Європейське товариство кардіологів рекомендує призначати β-АВ всім пацієнтам із стабільною ХСН II – IV ФК в якості стандартного лікування разом з ІАПФ і діуретиками при відсутності протипоказань. Проте на практиці багато лікарів не виконують дані рекомендації – тільки 1/3 хворих з ХСН одержують β-АВ тоді як ІАПФ призначають 2/3 хворих [4, 5, 6].

Зокрема, β-АВ часто не призначають літнім пацієнтам, особливо з супутньою патологією, хоча дана група пацієнтів має високий ризик і особливо потребує такої терапії. Рекомендовано використовувати карведілол, бісопролол, метопролол пролонгованої дії, небіволлол.

Лікування β-АВ при ХСН необхідно починати з обережністю. Дози слід збільшувати повільно (не частіше 1-го разу в тиждень, а при сумнівній переносимості і надмірному зниженні АТ – один раз в 2 тижні або навіть місяць) [5,6].

В таких випадках необхідно намагатися оптимізувати іншу терапію – збільшити дозу діуретиків і, коли можливо, ІАПФ, а також більш повільно титрувати дози β-АВ. Слід уникати

повної відміни β -АВ, так як це може привести до погіршення перебігу ХСН. Після стабілізації стану пацієнта лікування β -АВ повинно бути відновлено в більш низьких дозах.

Необхідно пам'ятати, що титрування дози β -АВ процес сугубо індивідуальний і у кожного пацієнта є своя оптимальна доза.

Орієнтовна схема титрування β -АВ:

– початкова доза бісопролола 1,25 мг, цільова доза 10 мг (1,25 мг, 2,5 мг, 3,75 мг, 5 мг, 10 мг);

– початкова доза карведілолу 3,125 мг (6,25, 6,25 мг, 12,5, 12,5 мг) 25 мг, 50 мг, цільова доза 50 мг.

Відомо, що як правило, у пацієнтів із ХСН зустрічається постійна форма фібриляції передсердь, а β -АВ є препаратами вибору для контролю ЧСС при тахісистоличній формі [5,6].

Таким чином, β -АВ і інгібітори АПФ є найбільш діючими препаратами, що дозволяють покращити прогноз пацієнтів із СН і тому вони повинні використовуватися більш широко в загальнолікарській практиці.

Література

1. Bristow M.R. (2000) β -adrenergic receptor blockade in chronic heart failure. *Circulation*, 101(5): 558–569.

2. Packer M., Poole–Wilson P.A., Armstrong P.W. et al. (1999) Comparative effects of low and high doses of the angiotensin–converting enzyme inhibitor, lisinopril, on morbidity and mortality in chronic heart failure. ATLAS Study Group. *Circulation*, 100(12): 2312–2318.

3. Гуревич М.А. Хроническая сердечная недостаточность: Руководство для врачей. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Практическая медицина, 2008. – 414 с.

4. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology / McMurray J.J.V., Adamopoulos S., Anker S.D. [et al.] // *Eur. Heart J.* – 2012. – doi:10.1093/eurheartj/ehs104.

5. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності / Воронков Л.Г., Амосова К.М., Багрій А.Е. та ін. // *Серцева недостатність.* – 2012. – № 3. – С. 60–97.

6. Жарінов О.Й., Кітура О.Є. Переносність та ефективність метопрололу та бісопрололу у хворих з хронічною серцевою недостатністю залежно від віку // *Кардіологу–практику.* – 2006 р. – Випуск №1 (4). – С.6–16.

Aspects of rational pathogenetic therapy of chronic heart failure in a general practice

VM Zhdan, OE Kitura, EM Kitura, MY Babanina, MV Tkachenko,

IV Iwanytskyi

Chair at Higher State Educational Establishment of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»

Summary: The article deals with questions of pharmacotherapy of chronic heart failure, in particular it's said about the features of pathogenetic therapy β -blockers and ACE inhibitors.

Keywords: heart failure, β -blockers, ACE inhibitors.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ПРИ ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРИТОМ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія»

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – хвороба 21 століття. ХОЗЛ страждає 210 мільйонів чоловік у всьому світі, і щороку від цієї хвороби помирає 3 млн. людей. Під впливом різноманітних факторів (тютюнопаління, повітряні поллютанти, газы та пари хімічних сполук, продукти згорання палива) розвивається запальний процес в тканинах легень, тривале існування якого на тлі морфологічних змін у легенях забезпечує розвиток системних запальних проявів. Системне запалення в даний час розглядається як значуща складова патогенезу ХОЗЛ, яка здатна слугувати фактором ризику розвитку і прогресування численних ускладнень захворювання.

Серед системних ефектів ХОЗЛ досить часто виділяють розвиток остеопорозу як основи для розвитку остеоартриту (ОА).

В комплексному лікуванні ХОЗЛ у поєднанні з ОА все частіше приділяється увага проти-запальній дії фенспіриду. Включення фенспіриду гідрохлориду до схеми лікування дозволяє зменшити та стабілізувати основні клінічні прояви, пролонгувати термін ремісії даної кон-стеляції хворих.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, остеоартрит, коморбідність, протизапальна терапія, фенспірид.

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) на сьогодні є одним із най-поширеніших захворювань людини, яким за даними ВООЗ уражено 0,8% населення планети [1]. Коморбідності ХОЗЛ із іншими захворюваннями належить важливе значення при підборі терапії. Супутні захворювання змінюють перебіг ХОЗЛ, спостерігається розвиток системних ефектів захворювання, таких як прогресуюча кахексія, вторинна анемія, системне запалення, системний остеопороз [2]. Останній, поряд із системним запаленням, може бути несприятливим предиктором розвитку остеоартриту (ОА).

Найбільш небезпечним станом при ХОЗЛ є інфекційне загострення, яке значно погіршує якість життя хворого, потребує збільшення обсягу визначених базисних засобів, погіршує про-гноз захворювання. Цитокіни, простагландини і лейкотрієни є важливими учасниками місцево-го та системного запалення. Оцінка виразності запалення може проводитися за динамікою кон-центрації інтерлейкіну-1 (ІЛ-1в). Інтерлейкін-1 в виконує ряд функцій в імунній системі: іні-ціює і регулює імунні процеси, бере участь у розвитку гострого і хронічного запалення, в кіст-ковій резорбції [3].

Системному низькоінтенсивному запаленню при ОА приділяється суттєве значення. Ци-токіновий механізм є учасником будь-якого запалення, в тому числі і при ОА [4]. Проте, вміст ІЛ-1, зокрема ІЛ-1в, є недостатньо вивченим не тільки при загостренні ХОЗЛ, але і при загост-ренні ХОЗЛ у поєднанні з ОА.

Лікування при ХОЗЛ здійснюється із використанням комплексу базисних засобів, рекоме-ндованих існуючими протоколами (Наказ МОЗ України № 555 від 30.10.2013 р.) із переважно місцевою дією у трахеобронхіальному дереві. При ОА застосовуються нестероїдні протизапа-льні препарати (НПЗП), хондропротектори, місцеве лікування тощо. НПЗП є інгібіторами цик-лооксигенази-2. Ось чому пошук та розробка методів лікування поєданого перебігу ХОЗЛ та ОА з урахуванням додаткового впливу на всі механізми, що підтримують запалення, є актуаль-ним.

На сьогоднішній день одним з найбільш ефективних протизапальних засобів для лікуван-ня ХОЗЛ є фенспірид. Провідними перевагами даного препарату в порівнянні з традиційними нестероїдними протизапальними засобами при лікуванні ХОЗЛ є його висока ефективність, цілеспрямованість дії і мінімальна кількість побічних ефектів. Фенспірид надає протизапальну дію шляхом пригнічення продукції ряду цитокінів (фактора некрозу пухлин (ФНП)-б, інтер-

лейкінів (ІІ)–1, ІІ–2, ІІ–6, ІІ–8 та інтерферону), що мають значення у розвитку запалення та імунної відповіді організму, має антиагрегантну дію, що поліпшує стан мікроциркуляторного русла [5].

Метою роботи було вивчення ефективності використання фенспіриду гідрохлориду при поєднаному перебігу ХОЗЛ та ОА.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 33 хворих із середнім віком ($54,4 \pm 3,1$) років із загостренням ХОЗЛ (клінічна група В – GOLD II), поєднаним з ОА – основна група. Тривалість захворювання на ХОЗЛ складала ($16,2 \pm 2,1$) роки. Серед хворих чоловіків було 28 (84,8 %), жінок – 5 (15,2 %). Всі хворі були курцями, стаж паління складав ($32,4 \pm 2,9$) пачко–років. При ОА, який був у пацієнтів основної групи у фазі нестійкої ремісії, у патологічний процес у пацієнтів були залучені великі суглоби – колінні, плечові, гомілковостопні. Залежно від обраного варіанту лікування пацієнти основної групи були розподілені на 2 репрезентативні підгрупи – А та В. Пацієнти підгрупи А отримували тільки базисні засоби лікування ХОЗЛ згідно з існуючими протоколами (комбіновані короткодійчі бронходилататори, бронходилататори тривалої дії, муколітики, антибіотики–макроліди, за необхідності – системні кортикостероїди коротким курсом, а також – хондропротектори), а підгрупи В – до базисних засобів додавали фенспіриду 80 мг 2 рази на добу протягом 10 днів.

Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб у тому ж віковому діапазоні. Визначення ІІ–1в в сироватці крові досліджених хворих проводилось методом імуноферментного аналізу. ФЗД вивчалась за допомогою спірографу «Spirobank» (MIR, Італія). Результати одержаних досліджень були опрацьовані на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS для Windows.

Результати дослідження та їх обговорення. Всі пацієнти із інфекційним загостренням ХОЗЛ, поєднаним з ОА, скаржилися на виражену постійну задишку в спокої, яка посилювалася при незначному фізичному навантаженні, підвищену температуру тіла до $37,4\text{--}37,8^\circ\text{C}$, надсадний кашель із гнійною мокротою, слабкість, дратівливість. Рівень об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) у пацієнтів становив ($53,4 \pm 3,9$) %, тест на зворотність бронхіальної обструкції в тесті з бронхолітиком перед лікуванням надав результат ($2,9 \pm 0,3$) %, сатурація кисню – ($92,3 \pm 2,4$) %.

Концентрація ІІ–1в в сироватці крові в осіб основної групи була вищою за аналогічну у практично здорових осіб у 14,6 рази ($p < 0,001$). Між вмістом ІІ–1в у сироватці крові хворих із ХОЗЛ, поєднаним із ОА, та значеннями їх ОФВ₁ був наявним міцний негативний кореляційний зв'язок ($r = -0,812$; $p < 0,05$), що вказувало на тісний зв'язок маркерів запалення із станом бронхіальної прохідності. Перед випискою із стаціонару у всіх пацієнтів покращився загальний стан – зменшилась задишка, епізоди виникнення задухи, зменшилась виразність кашлю, кількість мокротиння у пацієнтів, яке стало слизово–гнійним або слизовим.

ОФВ₁ перед випискою у пацієнтів підгрупи А став дорівнювати ($57,6 \pm 4,2$) %, підгрупи В – ($58,1 \pm 3,9$) %, зворотність бронхіальної обструкції в обох підгрупах дещо підвищилася: в підгрупі А до ($3,2 \pm 0,7$) %, в підгрупі В – до ($3,6 \pm 0,5$) %.

Після курсу терапії у пацієнтів підгрупи А рівень ІІ–1в знизився у 1,7 рази ($p < 0,01$). Після проведення лікування із додаванням до базисних засобів фенспіриду в осіб підгрупи В це зниження було більш значущим – у 2,8 рази ($p < 0,001$). Зменшення концентрації інших медіаторів запалення під впливом вказаних препаратів спостерігалось і в інших дослідженнях. Очевидно, плейотропний протизапальний ефект фенспіриду гідрохлориду забезпечив і зниження продукції ІІ–1в. Міцний негативний кореляційний зв'язок ($r = -0,812$; $p < 0,05$) між вмістом ІІ–1в у сироватці крові хворих основної групи, та значеннями їх ОФВ₁, який був наявним до лікування, після лікування став середньо негативним у хворих підгрупи А ($r = -0,681$; $p < 0,05$) та слабким – у осіб підгрупи В ($r = -0,475$; $p < 0,05$). Термін госпіталізації пацієнтів підгрупи А складав ($14,3 \pm 0,4$) днів, підгрупи В – дещо менше і становив ($12,9 \pm 0,5$) днів.

Важливим результатом проведення терапії загострення ХОЗЛ, поєднаної із додатковим застосуванням фенспіриду, був час до наступного загострення ХОЗЛ, тому що саме частота загострень визначає прогноз захворювання. У підгрупі А цей час дорівнював ($10,3 \pm 0,9$) міс., у підгрупі В – ($15,7 \pm 1,1$) міс.

Таким чином, додаткове застосування фенспіриду гідрохлориду під час загострення ХОЗЛ, поєданого із ОА, сприяє зменшенню концентрації ІЛ–1в у сироватці крові пацієнтів, що вказує на зменшення виразності системного запалення, і сприяє подовженню ремісії, поліпшенню результату лікування пацієнтів із вказаною коморбідністю.

Висновки.

1. У пацієнтів із загостренням ХОЗЛ у поєднанні із ОА, сироватковий вміст ІЛ–1в перевищує рівень здорових осіб у 14,6 рази ($p < 0,001$).

2. Додаткове до базисних засобів застосування фенспіриду гідрохлориду більш суттєво знижує вміст ІЛ–1в у сироватці крові, ніж застосування тільки базисних засобів, що сприяє зменшенню виразності та інтенсивності системного запалення у пацієнтів і асоційоване зі збільшенням терміну ремісії даної констеляції хворих.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження будуть присвячені вивченню факторів, що визначають стан мікроциркуляції у пацієнтів із ХОЗЛ у поєднанні з ОА.

Література.

1. Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких // Доклад рабочей группы Национального Института Сердца, Легких и Крови и ВОЗ, 2014.

2. Garcna–Olmos L. Comorbidity in patients with COPD in family practice / L. Garcna–Olmos, A. Alberquilla, V. Ayala et al. // BMC Fam Pract., 2013. – Jan 16; 14:11.

3. Особенности цитокинового баланса при хронической обструктивной болезни легких // Н.Э. Блюм / Русский медицинский журнал, 2006. – № 22. – С. 1620–1621.

4. Багирова Г.Г. Остеоартрит: современный взгляд на проблему/ Г.Г. Багирова, О.Ю. Майко, О.В. Попова // Учебное пособие для студентов VI курса лечебного факультета, врачей общей практики, интернов – М., 2003. – 178 с.

5. Chodorowski Z. Acute intoxication with fenspiride / Z. Chodorowski, J. Sein Anand, R. Korolkiewicz // Przegl Lek. – 2004. – Vol. 61 (4). – P. 435–436.

EFFICACY OF ANTI-INFLAMMATORY THERAPY IN COPD PATIENTS WITH CONCOMITANT OSTEOARTHRITIS

V.N. Zhdan, M.M. Potyazhenko, G.V. Volchenko,

G.S. Haymenova, M.V. Tkachenko

Higher medical educational institution of Ukraine

"Ukrainian Medical Dental Academy", Poltava

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) – is a disease of the 21st century. COPD suffers 210 million people worldwide, and every year from the disease kills 3 million people. Under the influence of various factors (smoking, air pollutants, gases and steam and etc.) develops inflammation in the tissues of the lung, whose continued existence against the background of morphological changes in the lungs responsible for the development of systemic inflammatory manifestations. Systemic inflammation is now considered as a significant component of the pathogenesis of COPD, which is able to serve as a risk factor for complications and progression of many diseases.

Among the systemic effects of COPD are often distinguished the development of osteoporosis as a basis for the development of osteoarthritis (OA).

In the treatment of COPD with OA increasingly focuses on anti-inflammatory action fenspiride. Inclusion fenspiride hydrochloride for treatment regimens to reduce and stabilize the main clinical manifestations, prolong remission time this constellation of patients.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, osteoarthritis, comorbidity, antiinflammatory therapy, fenspirid.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЕКСКРЕТОРНОЇ ТА ІНКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Хронічний панкреатит (ХП) – патологія з широким спектром клінічних симптомів, основою якого є комбінація зовнішньосекреторної (ЗСН) та внутрішньосекреторної недостатності (ВСН) підшлункової залози (ПЗ). Дотепер не існує єдиного бачення патогенезу ХП, зокрема його ролі у виникненні цукрового діабету (ЦД).

Мета дослідження – оцінити показники екскреторної та інкреторної функції ПЗ у хворих з ХП.

Матеріал і методи дослідження. Було обстежено 42 хворих з діагнозом ХП, з них – 20 з ХП (І група) і 22 – з ХП і ЦД (ІІ група). Середній вік хворих з ХП становив – (44,3±3,9) років, а хворих з ХП і ЦД – (53,5±2,8) років. Для визначення ЗСН ПЗ використовували фекальну α -еластазу, а ВСН – глікозильований гемоглобін (HbA1c). Достовірність відмінностей середніх величин здійснювали за U-критерієм Манна-Уїтні ($p < 0,05$).

Результати й обговорення. На тлі більш вираженого порушення ЗСН ПЗ відмічаються глибші порушення інкреторної функції ПЗ. В ІІ групі показник фекальної α -еластази становив (90,61±5,37) мкг/г ($p < 0,001$), а у І – (157,16±6,43) мкг/г ($p < 0,001$). При аналізі рівня HbA1c, були встановлені достовірно вищі показники у ІІ групі, порівняно з І групою. Рівень HbA1c в ІІ групі хворих становив (8,69±0,34) % ($p < 0,001$), тоді як в І – (4,78±0,18) %.

Висновки. Наростання екскреторної недостатності призводить до виникнення інкреторної недостатності підшлункової залози.

У перспективі подальших досліджень вважаємо за доцільне провести оцінку ефективності результатів лікування ХП із супутнім ЦД.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія»

За даними медичної статистики захворюваність на стеатоз печінки та неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) як в Україні, так і в інших країнах світу має неухильну тенденцію до зростання. Основна частина морфо-функціональних змін при жировій хворобі печінки пов'язана з ефектами перекисного окислення ліпідів як одного з універсальних патогенетичних механізмів захворювання. До складу комбінованого препарату Форслів фізіологічно активні речовинами метаболічної дії, які володіють протіоксидантними властивостями. У зв'язку з чим, можна зробити висновок про обґрунтованість призначення препарату Форслів в лікуванні хворих на жирову хворобу печінки. У дослідження включено 22 хворих на НАСГ. Через місяць проведеної терапії відмічена позитивна динаміка клінічних та біохімічних показників.

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, прооксиданти, Форслів.

Вступ. Жирова хвороба печінки в індустріально розвинутих країнах реєструється у 20–35 % дорослого населення; у жінок віком понад 40 років жирова дистрофія печінки спостерігається в 75% випадків. Щорічно внаслідок росту випадків ожиріння та діабету ІІ типу виникають два нових випадки неалкогольної жирової хвороби печінки і навіть серед донорів печінки з норма-

льним рівнем трансаміназстеатоз виявляється у 20 %. За даними дослідження NHANES III (Third National Health and Nutritional Examination Survey) поширеність жирової дистрофії печінки становить до 16 % випадків у пацієнтів із нормальною масою тіла та до 76% – у хворих із ожирінням [1, 2, 3, 4].

Пояснення патогенезу жирової хвороби було запропоновано С.Р. Day та О.Ф. James у 1998 році. Згідно з теорією двох ударів перший удар (морфологічно – жирова дистрофія) відбувається при надмірному накопиченні ліпідів у гепатоцитах; при другому (морфологічно – стеатогепатит) продукти окислення ліпідів пошкоджують паренхіму. При подовженні впливу негативних факторів відбувається активізація процесів фіброгенезу, що може призвести до розвитку цирозу [5].

Враховуючи значущу роль у розвитку неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) процесів ліпідної пероксидації та оксидативного стресу, доцільним є застосування препаратів із протіоксидантними властивостями.

До складу препарату Форслів (компанії «БазкідФарма») входять адеметіонін – 150 мг, аргінін – 90 мг та тіоктова кислота – 70 мг, які містяться в кислотостійкій капсулі.

Аргінін – амінокислота, що бере участь у біосинтезі білка та метаболізмі сечовини, підсилює дезінтоксикаційну функцію печінки, є попередником процесу біосинтезу оксиду азоту, має антиоксидантні властивості, покращує мікроциркуляцію в печінці, знижує гіпоксію, протидіє запаленню.

Гепатопротекторна дія адеметіонінзаснована на властивості S-аденозил-L-метіоніну поставляти метильну групу в реакціях метилювання фосфоліпідів клітинних мембран для стимуляції синтезу фосфатидилхоліну. Завдяки тому, що адеметіонін є попередником фізіологічних тіолових сполук, він забезпечує окислювально-відновний механізм клітинної детоксикації в реакціях транссульфатування. Крім того, адеметіонін бере участь у реакціях регенерації клітин, проліферації гепатоцитів [6].

Тіоктова кислота безпосередньо інактивує вільні радикали, збільшує клітинний та тканинний рівні глутатіону, володіє антирадикальними властивостями, які обумовлені протиішемичною та антигіпоксичною активністю. Також тіоктова кислота проявляє детоксикуючу дію, покращує кровопостачання печінки [7].

Мета роботи. Оцінити ефективність комплексного препарату Форслів в лікуванні хворих на НАСГ.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням перебували 22 хворих на НАСГ віком від 40 до 60 років, з них 12 чоловіків (54,5 %) та 10 жінок (45,%). Критерії включення в дослідження:

- наявність ожиріння, цукрового діабету 2-го типу або підвищення толерантності до глюкози, гіперліпідемія, гіпертригліцеридемія, гіперхолестеринемія;
- підвищення рівнів аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатаміно-трансферази (АсАТ), γ -глутамілтранспептидази (ГГТП) при біохімічному дослідженні крові;
- наявність дифузного або вогнищового стеатозу за даними ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії;
- відсутність маркерів вірусних гепатитів ;
- відсутність вживання алкоголю, наркотичних речовин, тривалого прийому медикаментів.

Діагноз НАСГ встановлено відповідно до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (наказ МОЗ України № 826 від 06.11.2014 р.) на підставі даних анамнезу, клінічного та інструментального обстеження, з обов'язковим урахуванням загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки [8].

Всім пацієнтам призначали препарат Форслів по 2 капсули зранку всередину. Тривалість лікування склала 1 місяць. На початку та в кінці лікування проводилась оцінка клінічного стану пацієнтів та динаміка біохімічних показників: АлАт, АсАТ, ГГТП, лужної фосфатази (ЛФ).

Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica.

Результати та їх обговорення. Проводячи оцінку клінічного стану хворих на НАСГ у 12 (54,5 %) пацієнтів виявлено ознаки астеничного синдрому, у 9 (40,9 %) пацієнтів – диспепсичного синдрому, у 8 (36,3 %) – больового синдрому. В результаті проведеного дослідження виявлено позитивний вплив препарату Форслів на динаміку астеничного та диспепсичного синдромів. Лише у 2 (9,1 %) пацієнтів зберігалися ознаки астеничного синдрому та у 2 (9,1 %) пацієнтів ознаки диспепсичного синдрому. Больовий синдром спостерігався у 3 (13,6 %) пацієнтів.

Аналізуючи вплив препарату Форслів на біохімічні показники хворих на НАСГ, необхідно відмітити зниження маркерів цитолізу та холестазу. Так, рівень АлАТ на початку лікування становив $79,4 \pm 6,2$ Од/л, в кінці лікування – $56,8 \pm 7,3$ Од/л ($p < 0,05$), рівень АсАТ, відповідно, знизився з $64,3 \pm 5,3$ Од/л до $42,3 \pm 4,9$ Од/л ($p < 0,05$). Динаміка показників холестазу була більш вираженою: ГГТП на фоні проведеного лікування знизився з $89,3 \pm 8,6$ Од/л до $56,5 \pm 6,4$ Од/л ($p < 0,01$), ЛФ – з $290,4 \pm 10,3$ Од/л до $234,8 \pm 6,8$ Од/л ($p < 0,001$). Оцінюючи показники ліпідного обміну, на фоні місячного лікування препаратом Форслів, відмічено лише тенденцію до зниження цих показників: рівень холестерину знизився з $6,3 \pm 1,2$ ммоль/л до $5,4 \pm 0,6$ ммоль/л ($p > 0,05$), рівень тригліцеридів – з $2,6 \pm 0,6$ ммоль/л до $2,2 \pm 0,3$ ммоль/л ($p > 0,05$), рівень фосфоліпідів, відповідно, з $3,9 \pm 0,5$ ммоль/л до $3,2 \pm 0,3$ ммоль/л ($p > 0,05$).

Висновки.

1. Використання препарату Форслів у хворих на НАСГ протягом місяця призводить до покращання клінічного стану за рахунок зменшення астеничного та диспепсичного синдромів.

2. Застосування препарату Форслів призводить до вірогідного зменшення цитолітичного та холестатичного синдромів у хворих на НАСГ.

Перспективи подальших досліджень. Планується подальше вивчення ефективності застосування препаратів з протиоксидантними властивостями в лікуванні пацієнтів з патологією травної системи.

Література.

1. Hu X. Prevalence and factors associated with nonalcoholic fatty liver disease in Shanghai workunits /X. Hu, Y. Huang, Z. Bao et al. // BMC Gastroenterol. – 2012 Sep. – 123 p.

2. Angulo P. Epidemiology: nonalcoholic fatty liver disease // Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 2007. – V. 25. – P. 883–889.

3. Amarpurkar D. Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease: population based study/ D. Amarpurkar// Ann. Hepatol. – 2007. – V. 6. – P. 161–163.

4. Oh M.K. Review article: diagnosis and treatment of nonalcoholic fatty liver disease / M.K. Oh // Ailment. Pharmacol. Ther. – 2008. – Vol. 28. – P. 503–522.

5. Systematic review of risk factors for fibrosis progression in nonalcoholic steatohepatitis / [Argo C.K., Northup P.G., AlOsaime A.M. et al.] // J. Hepatol. – 2009. – V. 51. – P. 371–379.

6. Purohit V. Role of adenosylmethionine, folate, and betaine in the treatment of alcoholic liver disease: summary of a symposium / V. Purohit, M.F. Abdelmalek // Am. J. Clin. Nutr. – 2007. – Vol. 86. – P. 14–24.

7. Звягинцева Т.Д. Альфа-ліпоевая кислота и эссенциальные фосфолипиды: синергизм при алкогольных поражениях печени / Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай // Здоров'я України, 2005. – № 20. – С. 56–57.

8. Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.2014 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічних неінфекційних гепатитах».

EFFICACY OF COMBINED THERAPY OF NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS

O.Ye.Kitura, N.O.Lyulka, N.L.Sokolyuk, T.V.Nastroha, Ye.O. Velichko

Higher educational institution of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy", Poltava

According to medical statistics, the incidence of hepatic steatosis and nonalcoholic steatohepatitis (NASH) both in Ukraine and in other countries has steady upward trend. The bulk of morphological changes in fatty liver disease associated with the effects of lipid peroxidation as one of universal pathogenetic mechanisms of disease. The combined drug Forsliv contains physiologically active substances metabolic actions that have protyoksydantnymy properties. In this connection, we can conclude Forsliv validity of the drug in the treatment of patients with fatty liver disease. The study included 22 patients with NASH. After a month of therapy positive dynamics of clinical and biochemical parameters was noted.

Key words: nonalcoholic steatohepatitis, pro-oxidant, Forsliv.

УДК 616:093–098:616

Климнюк С.І., Кучмак О.Б., Творко М.С.

АНТАГОНІСТИЧНА АКТИВНІСТЬ МІКРОБІОТИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

На фоні дисбіозу для мікроорганізмів створюються умови, котрі забезпечують реалізацію в них значного арсеналу факторів патогенності, які надають їм здатності протистояти захисним механізмам організму господаря і проявляти свою не завжди сприятливу біологічну дію. Тривалість персистенції бактерій значною мірою обумовлена їх здатністю інактивувати один з факторів неспецифічного захисту макроорганізму – комплемент. У процесі лабораторної діагностики, з метою визначення ступеня прояву антикомплементарної активності мікроорганізмів, із вмісту ротової порожнини та товстої кишки хворих на РА вилучено 47 клінічних штамів різних видів бактерій. Визначення антикомплементарної активності (АКА) проводили фотометричним методом. АКА вважали низькою при рівні менше 5,0 ум. од. анти-СН₅₀; середньою – 5,1–15,0–СН₅₀; високою – понад 15,1 анти-СН₅₀.

Доведено, що найвищу АКА мали штами *Serratia spp.* (9,60±0,49) ум. од., найнижчу АКА – *S. epidermidis* – (2,6±0,12) – (2,7±0,12) ум. од., гемолітичні стафілококи (2,6±0,15) ум. од. Середній ступінь АКА гемолітичних варіантів *E. coli* становив (5,5±0,32) ум. од., *S. aureus* – (6,0±0,26) ум. од., *Pseudomonas spp.* – (5,8±0,66) ум. од., *Klebsiella spp.* – (6,00±1,28) ум. од. Тенденцію до різноманітності показників АКА в межах одного виду спостерігали у *Enterobacter spp.* Половина з них проявила низький ступінь АКА в межах (4,8±0,1) – (4,9±0,1) ум. од., а решта – середній – (5,1±0,1) – (5,0±0,5) ум. од. Вказане вище засвідчує наявність у всіх досліджуваних штамів умовно патогенних мікроорганізмів здатності інактивувати комплемент і засвідчує стан готовності вищевказаних мікроорганізмів проявити свою патогенну дію.

МІСЦЕ КЛІНІЧНО–ЗНАЧУЩИХ ШТАМІВ УМОВНО–ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ У РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ГРВІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Верхні відділи дихальних шляхів анатомічно та фізіологічно пристосовані для осадження мікроорганізмів із вдихуваного повітря, тому часто слугують «вхідними воротами» для інфекції і потенційним джерелом для ендогенних інфекцій. Із порушеннями постійної мікрофлори носоглотки пов'язано виникнення багатьох захворювань, адже цей біотоп є унікальною екологічною системою, яка склалась еволюційно і містить найрізноманітнішими мікроорганізмами: гриби, найпростіші, віруси. Більшість захворювань дихальної системи виникають внаслідок формування дисбіозу у даному мікробіоценозі під впливом різноманітних факторів, зокрема, при вірусних захворюваннях верхніх дихальних шляхів таких як грип, гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ).

Метою нашого дослідження було визначення якісного складу мікробіоценозу носоглотки у хворих з гострими респіраторними захворюваннями (ГРЗ) для подальшого вивчення можливості прогнозування ризику виникнення ускладнень. Мазки з носоглотки від 52 хворих на ГРВІ забирали стерильним ватним тампоном, з наступним ретельним суспендуванням в 1 мл стерильного фізіологічного розчину і подальшим бактеріологічним дослідженням.

У хворих з діагнозом ГРЗ, на слизовій носоглотки серед виділених мікробів домінували стафілококи (80,6 % випадків) та стрептококи (47,2 % випадків). *S. mitis* виявлено у 22,2 % хворих, *S. pyogenes* – у 11,1 %, а коагулазонегативні стафілококи *S. epidermidis* і *S. haemolyticus* – відповідно у 36,1 % і 11,1 % пацієнтів. *S. aureus* ідентифіковано у 11,1 % обстежених. Досить часто у даних хворих висівалися мікроорганізми такі як *Corynebacterium spp.*(25,0 %), *Enterococcus spp.*(13,9 %), *Kokuria kristinae* (8,3 %), *Moraxella cataralis* (5,6 %), *Granilicatella adiacens* (5,6 %). В одиничних випадках виділяли такі мікроорганізми як *Cl. difficile*, *E. coli*, *H.influenzae*, *Micrococcus lylae*, *Neisseria spp.*

У процесі аналізу якісного складу мікрофлори носа та носоглотки у різних категорій обстежуваних зафіксовано деякі відмінності у складі як мікробіоценозу, так і колонізаційних рівнях його складових. Зокрема, у хворих, в яких переважали явища гострого синуситу в матеріалі переважали стафілококи, такі як *S. aureus* (37,5 % випадків), інші стафілококи (31,25 %) та різні види стрептококів (25 %). Також у цих обстежуваних виявлено *Neisseria spp.*(12,5%) та *Rothia mucilaginosa* (12,5%) та по 6,25 % випадків *Granilicatella elegans*, *C. difficile*, *Corynebacterium spp.*, *Moraxella cataralis*, *Ps. fluorescens*.

Таким чином мікробіота слизової оболонки носоглотки хворих на ГРВІ представлена асоціаціями стафілококів, стрептококів, нейсерій, мораксел, гемофільних бактерій, ентеробактерій, псевдомонад та ін., серед яких домінують стрептококи і стафілококи. Певні кількісні відмінності у структурі мікробіоценозів слизової оболонки носоглотки хворих, котрі мають різні супутні захворювання та різний ступінь перебігу основного процесу, дають можливість проаналізувати та спрогнозувати етіологію ймовірних бактеріальних ускладнень а відтак, вчасно їм запобігти.

Концевич В.

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор О.Є. Самогальська

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ АНТИАНГІНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС)

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

За останні декілька років рівень смертності від серцево–судинних захворювань в Тернопільщині став один з самих високих в Україні, що становить майже 72%. Тому дуже актуальним є питання сучасних методів діагностики і принципів лікування стабільної стенокардії, яка на сьогодні посідає одне з головних місць смертності та інвалідизації від серцево–судинних захворювань.

Метою дослідження є визначення ефективності проведення антиангінальної терапії при лікуванні хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Було досліджено 65 хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС), віком від 58 до 89 років, що знаходилися на лікуванні у терапевтичному відділенні 3-ї міської комунальної лікарні м. Тернополя. Серед хворих було 18 жінок і 47 чоловіків. Розподіл хворих відповідно до сучасної класифікації стенокардії був такий: хворі з стабільною стенокардією напруги II ф.к. – 19 (30 %) хворих, хворі з стабільною стенокардією напруги III ф.к. – 46 (70 %) хворих.

Позитивний ефект лікування відзначено у всіх хворих. Усім досліджуваним хворим були призначені антиагрегантні засоби. Серед досліджених хворих була призначена монотерапія однією із груп антиангінальних препаратів, а саме: нітрати – 20%, інші – 10 %. Комплексна антиангінальна терапія була призначена у досліджуваних хворих у такому співвідношенні: нітрати + блокатори кальцієвих каналів – 20 %, нітрати + блокатори кальцієвих каналів + в–адреноблокатори – 5 %, нітрати + в–адреноблокатори – 10 %, блокатори кальцієвих каналів + інші – 5 %, нітрати + блокатори кальцієвих каналів + інші – 5 %, нітрати + в–адреноблокатори + інші – 5 %.

Основні завдання при лікуванні ІХС полягають у профілактиці нападів стенокардії. Стандартними засобами антиангінальної терапії у хворих з ІХС залишаються в–адреноблокатори, нітрати й антагоністи кальцію.

УДК: 616.25–002.5–06:616.1

Корнага С.І., Корнага Т.В., Тхорик Н.В.

СЕРЦЕВО–СУДИННА СИСТЕМА ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ ПЛЕВРИТІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Захворювання плеври, їх діагностика і лікування завжди були серйозною проблемою в медичній практиці. Ускладнення з боку плевральної порожнини можуть спричинювати понад 70 різних захворювань. Плеврити туберкульозної етіології в структурі інших уражень плеври посідають провідне місце. Плеврити ускладнюють туберкульозний процес, в середньому, в 14% випадків та є однією з найпоширеніших форм позалегеневого туберкульозу.

Метою роботи було дослідити наявність та закономірності змін серцево–судинної системи, що виникають у хворих із плевритами туберкульозної етіології.

Обстежено 50 хворих на плеврити туберкульозної етіології, які знаходилися на лікуванні у фтизіо–хірургічному відділенні Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру протягом 2014 року.

Проаналізовано статеві віковий склад 50 хворих з плевритами із групи дослідження. Згідно отриманих даних, серед хворих переважали чоловіки – 64,0% (n=32), жінки становили

36,0% (n=18). При цьому, кількість осіб віком до 50 років склала 60,0 % (n=30), понад 50 років – 40,0 % (n=20). За місцем проживання пацієнти розподілилися з такою частотою: сільські жителі становили 70,0 %, а міські – 30,0 % із 50 обстежених. У всіх пацієнтів, було підтверджено діагноз туберкульозу, а саме: ВДТБ – 68,0 % (n=34), РТБ – 16,0 % (n=8), МРТБ – 16,0 % (n=8). Усім пацієнтам були проведені загально-клінічні, бактеріологічні, рентгенологічні, лабораторні дослідження, а також аналіз плевральної рідини, з метою виявлення мікобактерій туберкульозу (МБТ) та визначення чутливості до протитуберкульозних препаратів. Серед усіх обстежених, МБТ у харкотинні було виявлено у 20,0 % (n=10) пацієнтів, а у плевральній рідині МБТ були виявлені у 80,0 % (n=40) випадків.

Найчастіше зустрічалися правобічні плеврити – 64,0 %, рідше – лівобічні 30,0 %, ураження було двобічним у 6,0 %. Відповідно до цього, ми поділили пацієнтів на дві групи. До групи I було віднесено всіх хворих з правобічними плевритами, до групи II – з лівобічними. Частота пульсу та рівень артеріального тиску суттєво не відрізнялися у цих групах. Після статистичного аналізу даних ЕКГ було встановлено, що порушення ритму вірогідно частіше зустрічаються у хворих II групи – у 40% випадків, серед них 30% – епізоди миготливої аритмії, шлуночкові та передсердна екстрасистолія, зміна відхилення електричної вісі серця, порушення процесів реполяризації та дифузні зміни в міокарді. Для порівняння у I групі, порушення ритму зустрічалися лише у 10,0 %, і представлені вони були, найчастіше, синусовими аритміями.

В залежності від типу туберкульозного процесу, хворі лікувалися згідно I, 2 чи 4-ї категорії. Ефективність лікування була найвищою у хворих на ВДТБ: ліквідувалися явища туберкульозної інтоксикації, припинилося бактеріовиділення, ліквідований плеврит. З незначними залишковими змінами хворі переведені у 5-у категорію. За електрокардіографічними даними у хворих після завершення основного курсу хіміотерапії, незалежно від локалізації процесу, могли спостерігатися лише порушення процесів реполяризації та дифузні зміни в міокарді.

Висновок. За даними отриманих результатів встановлено, що при лівобічному плевриті патологічні зміни на ЕКГ розвиваються частіше та є суттєвішими, ніж при правобічній локалізації процесу. В подальшому буде аналізуватися стан серцево-судинної системи у хворих з туберкульозною емпіємою плеври.

УДК 616. 37– 002 – 036. 11 – 06: 616. 12 – 008

Коробко Л.Р., Зима І.Я., Бобяк І.Г., Герасимець Ю.М., Невгадовська П.М.

ПОЛІОРГАННА ДИСФУНКЦІЯ В ПРОГНОЗІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ФОНІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ

*ДВНЗ « Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України »*

Вступ. Особливістю клінічного протікання гострого панкреатиту є раннє виникнення синдрому поліорганної недостатності (СПОН), причиною якого є нервоворефлекторні реакції з пошкодженням підшлункової залози та виражена ензимна інтоксикація, яка обумовлює тяжкі гемодинамічні, метаболічні, імунні та дихальні порушення. При гострому панкреатиті (ГП) поліорганну дисфункцію виявляють у 25 % хворих, яка зв'язана із системною запальною реакцією (Н.У. Veger et al., 2004).

Мета дослідження: З метою покращення результатів лікування хворих на гострий панкреатит із супровідною серцево-судинною патологією, дослідити критерії СПОН та з'ясувати вплив поліорганної дисфункції на серцево-судинну систему.

Матеріал та методи дослідження. Нами було проведено порівняльний аналіз результатів обстеження та лікування 103 пацієнтів із різними формами гострого панкреатиту. 53 хворих мали супутні серцево-судинні захворювання. В комплекс обстеження включали загально-клінічні, біохімічні, ЕКГ, ехокардіографію, дослідження малонового діальдегіду (МДА) та ста-

ну системи антиоксидантного захисту та лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), комп'ютерна томографія та лапароскопічні обстеження.

Для оцінки прогностичної значимості СПОН використовували критерії, запропоновані А.П. Зільбером (1995). Ступені тяжкості поліорганної недостатності (ПОН) визначали згідно рекомендацій (R. Govley and al., 1992).

Отримані результати. Аналіз клініко–морфологічного діагнозу показав, що у 35 (33,98%) хворих була виявлена інтерстиціальна форма гострого панкреатиту, у 68 (66,02%) некротична форма, із них 21 пацієнт (20,39 %) мали СПОН.

Встановлено, що I ступінь тяжкості поліорганної дисфункції був у 8,74 % хворих, II ступінь – в 5,83 %, III ступінь – в 3,88 % та IV – в 1,94 %.

Оцінюючи показники поліорганної дисфункції в прогнозі перебігу та тяжкості ГП на фоні серцево–судинної патології, виявлено, що в даній групі пацієнтів гемодинамічні порушення характеризувалися розвитком синдрому «малого серцевого викиду» (зниженням ударного об'єму до $(71,20 \pm 4,53)$ мл, загального периферичного опору на фоні артеріальної гіпотензії, зниження ОЦК на 10 % та більше, розвитку легеневої гіпертензії та порушення продуктивності лівих та правих відділів серця). Інкреторна функція підшлункової залози відзначалася гіперсекрецією глюкагону та гіперглікемією (у 1,26 разу), гіпербілірубінемія спостерігалася у 13 хворих, добовий діурез менше 500 мл – у 18 випадках, парез травного каналу – в 13 пацієнтів, дезорієнтація – у 7, ДВЗ–синдром із зменшенням кількості тромбоцитів на фоні гіпотонії, що не корегуються при проведенні терапії, відмічено у 5–ох хворих. Підвищення рівня МДА (в середньому в 4,5 разу) супроводжувалося виснаженням антиоксидантної системи захисту в 1,24 раза ($p < 0,05$). Рівень загальної рідини був нижчим від норми на 52,6 % ($p < 0,05$), а позаклітинної – на 16,3 %. Рівень середньомолекулярних пептидів був більшим в 5,7 рази, ЛІІ – в 12,9 рази.

Висновок. 1. Розвиток синдрому поліорганної недостатності при деструктивному панкреатиті відображає кризис мікроциркуляції, виникнення гіповолемічного шоку та декомпенсація антиоксидантної системи на фоні активації перекисного окислення ліпідів.

2. Синдром поліорганної недостатності усугубляє супутні кардіоваскулярні зміни, які супроводжується порушенням гемодинаміки (наявність застійних явищ у малому та великому колах кровообігу) та переходу ФК II в ФК III–IV за класифікацією NYHA у 96,28 %.

УДК 616.233-002-092-085.246.2]-053

Лотоцька С.В., Андрейчин С.М.

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Ендогенні токсини, що є результатом дії первинного етіологічного фактора багато в чому зумовлюють особливості клінічного перебігу будь-якої хвороби, в т.ч. і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Для вивчення характеру зв'язку між клінічними симптомами та наростанням ендотоксикозу ми провели аналіз зв'язків між його маркерами та проявами ХОЗЛ у досліджуваних хворих.

Метою нашого дослідження було провести кореляційний аналіз клінічних та лабораторних показників ендотоксикозу (молекул середньої маси (МСМ) при довжинах хвиль 254 і 280, еритроцитарного індексу інтоксикації (ЕІІ), лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), гематологічного показника інтоксикації (ГПІ)), вільнорадикального окиснення (ВРО) (малонового діальдегіду (МДА), супероксиддисмутази (СОД)) й імунотоксикозу (інтерлейкінів (ІІ) 1β і 10, фактору некрозу пухлин α (ФНП-α), циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), лізоциму, імунoglobуліну Е (Ig E)) у хворих на ХОЗЛ різного ступеня тяжкості.

Обробка результатів виконана у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» в програмному пакеті Statsoft STATISTICA. При проведенні кореляційного аналізу застосовували метод параметричної кореляції з визначенням лінійного коефіцієнта кореляції Пірсона (r). Значимість коефіцієнта кореляції оцінювали за допомогою критерію Ст'юдента за вірогідності помилки (p). Під спостереженням були 163 хворих на ХОЗЛ у стадії загострення. Обстежувані були розділені на 4 групи. Першу (контрольна) склали 20 здорових людей, співставних за віком і статтю, другу – 37 пацієнти (22,7 %) з бронхообструкцією легкого ступеня тяжкості (GOLD 1), третю – 65 пацієнти (39,9 %) з бронхообструкцією середнього ступеня тяжкості (GOLD 2), четверту – 61 хворих (37,4 %) з тяжкою бронхообструкцією (GOLD 3).

В результаті проведених досліджень було встановлено, що з клінічних симптомів ХОЗЛ у всіх пацієнтів відмічався кашель. Тому ми провели аналіз кореляційних зв'язків між наявністю кашлю та іншими проявами ендогенної інтоксикації (ЕІ). Відмічався достовірний прямий кореляційний зв'язок середньої сили між кашлем і ступенем тяжкості хвороби ($r = 0,447$, $p < 0,01$) та прозапальними інтерлейкінами ІЛ-1 β ($r = 0,342$, $p < 0,01$) й ФНП- α ($r = 0,305$, $p < 0,01$). Також позитивний слабкий кореляційний зв'язок був між цим клінічним симптомом і такими показниками, як МСМ₂₅₄ ($r = 0,164$, $p < 0,05$) і МСМ₂₈₀ ($r = 0,249$, $p < 0,01$) та Іg Е ($r = 0,154$, $p < 0,05$). Виявлено слабкий від'ємний зв'язок лізоциму з кашлем ($r = -0,165$, $p < 0,05$).

Щодо показників ВРО, то кашель прямо пропорційно корелював з МДА ($r = 0,154$, $p < 0,05$) та обернено пропорційно з СОД ($r = -0,250$, $p < 0,05$), хоча зв'язки мали слабкий характер.

Оскільки наростання показників ЕІ пов'язане з погіршенням функцій зовнішнього дихання у хворих, що проявляється зниженням об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁), ми можемо розглядати його як один з важливих патогенетичних чинників, що впливає на прогресування вентиляційної недостатності та гіпоксії у хворих на ХОЗЛ. У хворих на ХОЗЛ відмічався сильний зворотній кореляційний зв'язок між ОФВ₁ і ступенем тяжкості ($r = -0,912$, $p < 0,01$). Нами виявлені достовірні кореляційні зв'язки середньої сили між ОФВ₁ та такими показниками ЕІ, як МСМ₂₅₄ ($r = -0,429$, $p < 0,01$) і МСМ₂₈₀ ($r = -0,461$, $p < 0,01$), ГПІ ($r = -0,322$, $p < 0,01$).

Кореляційний аналіз імунної реактивності і функцій зовнішнього дихання виявив депресію імунної системи, що проявлялось зворотними кореляційними зв'язками середньої сили між ОФВ₁ і ІЛ-1 β ($r = -0,684$, $p < 0,01$), ІЛ-10 ($r = -0,366$, $p < 0,01$), ФНП- β ($r = -0,629$, $p < 0,01$), ІgЕ ($r = -0,445$, $p < 0,01$) та ЦІК ($r = -0,414$, $p < 0,01$).

Позитивні кореляційні зв'язки середньої сили відмічалися між ОФВ₁ і СОД ($r = 0,448$, $p < 0,01$) та лізоцимом ($r = 0,384$, $p < 0,01$). Такі показники ендотоксикозу, як ЕП і ЛПІ мали слабкий обернений кореляційний зв'язок з функціями зовнішнього дихання ($r = -0,179$, $p < 0,05$).

В результаті проведеного кореляційного аналізу встановлено зв'язок між наростанням маркерів ЕІ та стадіями тяжкості ХОЗЛ. Знайдено достовірний прямий кореляційний зв'язок середньої сили між ступенями тяжкості та рівнем МСМ₂₅₄ ($r = 0,496$, $p < 0,01$), МСМ₂₈₀ ($r = 0,557$, $p < 0,01$) і ГПІ ($r = 0,315$, $p < 0,01$) та слабкої сили з ЕП ($r = 0,253$, $p < 0,01$) і ЛПІ ($r = 0,242$, $p < 0,01$). Це свідчить про вплив ЕІ на вираженість клінічних проявів захворювання.

З прогресуванням ХОЗЛ спостерігалася пряма достовірна кореляція середньої сили між ступенем тяжкості хвороби та рівнем МДА ($r = 0,486$, $p < 0,01$) та обернена із СОД в сироватці крові хворих ($r = -0,500$, $p < 0,01$).

Досліджуючи показники неспецифічної резистентності організму, ми встановили прямий достовірний середньої сили кореляційний зв'язок між ступенями тяжкості з ЦІК ($r = 0,406$, $p < 0,01$), з Іg Е ($r = 0,447$, $p < 0,01$), а також прозапальними інтерлейкінами ІЛ-1 ν ($r = 0,776$, $p < 0,01$) й ФНП- β ($r = 0,683$, $p < 0,01$) та протизапальними інтерлейкінами ІЛ-10 ($r = 0,399$, $p < 0,01$) та зворотній зв'язок між прогресуванням хвороби та лізоцимом ($r = -0,425$, $p < 0,01$).

Узагальнюючи результати нашого дослідження, можемо прослідкувати основні механізми реалізації синдрому ендотоксикозу в патогенезі ХОЗЛ. Встановлено, що наростання ЕІ корелює з наростанням стадій ХОЗЛ, з клінічними проявами хвороби (кашлем, задишкою), ОФВ₁, з показниками неспецифічного захисту організму, оксидантно-антиоксидантного гомеостазу. Характер зв'язків вказує на те, що наростання ендотоксикозу посилює вентиляційну недостатність, що ймовірно є наслідком впливу його запальних компонентів на основну патогенетичну ланку ХОЗЛ. Підвищення ЕІ та збільшення тривалості захворювання корелює з посиленням неспецифічного захисту організму, процесів перекисного окиснення ліпідів та ослабленням антиоксидантного захисту, що сприяє прогресуванню хвороби.

УДК: 616.12–008.331.1–06:616.37–002.2]–085.821.2

Медвідь І.І., Бабінець Л.С., Герасимець І.І.

ПОЗИТИВНИЙ ВПЛИВ ПОВЕРХНЕВОЇ БАГАТОГОЛЧАСТОЇ РІЗНОМЕТАЛЕВОЇ АПЛІКАЦІЇ НА КЛІНІЧНИЙ, ПСИХО–ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ВЕГЕТАТИВНИЙ БАЛАНС ПРИ ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Сьогодні рефлексотерапію як один з немедикаментозних методів застосовують все частіше. Переваги рефлексотерапії (неінвазивність, відсутність больових відчуттів) роблять її приємною та прийнятною навіть для осіб з дуже низьким порогом больової чутливості. У дослідженні розглядалась ефективність методики поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації (ПБРА), що здійснюється за допомогою аплікатора Ляпко, у пацієнтів із коморбідністю гіпертонічної хвороби (ГХ) і хронічного панкреатиту (ХП).

Мета. При включенні до лікування пацієнтів із ГХ і ХП курсу ПБРА визначити характер його впливу на клінічний, психо–емоційний стан та вегетативний баланс.

Матеріали та методи. Обстежено 20 осіб із поєднанням ГХ і ХП в фазі нестійкої ремісії. Половина хворих отримували виключно загальноприйнятій комплекс лікування (ЗКЛ), інша половина додатково проходила курс ПБРА. Пацієнти підлягали клінічному огляду з вимірюванням систолічного артеріального тиску (САТ) і діастолічного артеріального тиску (ДАТ). Використовувались опитувальники Спілбергера–Ханіна, Айзенка та адаптована версія гастроентерологічного спеціалізованого опитувальника (GSRS). Оцінка стану вегетативної нервової системи (ВНС) проводилась за допомогою програмно–апаратного комплексу Cardio US ECG 01 із визначенням стандартних спектральних показників.

Результати. Проведений порівняльний аналіз показав достовірно ($p < 0,05$) вищу ефективність методики ЗКЛ+ПБРА за впливом на клінічний перебіг згідно з даними САТ, ДАТ, GSRS (в середньому покращились на 32,0 %), ніж у групі ЗКЛ (в середньому покращились на 17,7 %). При поєднанні ЗКЛ та ПБРА значення наведених показників нормалізувались. Серед спектральних показників тільки при використанні ПБРА спостерігалось достовірне ($p < 0,01$) збільшення TP (до початку – $(256,9 \pm 46,9)$ мс², наприкінці – $(442,5 \pm 46,8)$ мс²) та покращання сегментарної вегетативної регуляції за даними спектру (до початку – LF/HF/VLF $(16,80 \pm 4,04/10,60 \pm 1,96/72,60 \pm 5,77)$ %, наприкінці – LF/HF/VLF $(\uparrow 24,84 \pm 2,54/\uparrow 21,96 \pm 1,85/\downarrow 53,20 \pm 4,32)$ %). Показники особистісної, реактивної тривожності та нейротизму при додатковому включенні ПБРА зазнали достовірно ($p < 0,01$) більш значних змін (в середньому покращились на 45,2 %), ніж при виключно ЗКЛ (в середньому покращились на 10,0 %).

Висновки. Виявлено достовірно вищу позитивну динаміку клінічної картини, показників ВНС і психо–емоційного стану при комбінації ЗКЛ та ПБРА ($p < 0,05$). У цій групі спостерігалось покращення спектральних показників (зростання загальної потужності спектру на 185,6

мс², відносно зменшення відсоткової долі дуже низькочастотних коливань на 19,4 %). Було констатовано, що використання ПБРА у комплексному лікуванні хворих на поєднання ГХ із ХП в амбулаторній практиці є перспективним і доцільним.

Перспективи подальших досліджень – пошук впливу ПБРА на тривалість ремісії, перебіг розглянутих патологій, визначення ефективності ПБРА при інших поширених захворюваннях та їх поєднанні.

Мелеховець О.К., Коваленко Є.Л.

ІНЦИДЕНТНІСТЬ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ ТА ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ СЕРЕДНЬОМІСЯЧНОЮ ТЕМПЕРАТУРОЮ

Сумський державний університет

Актуальність. Гіпертонічний криз (ГК) – часте і небезпечне ускладнення гіпертонічної хвороби. Результатом гіпертонічного кризу може стати гостра серцева недостатність (набряк легенів), інсульт, інфаркт міокарда, що представляють пряму загрозу життю і здоров'ю людини. Численні наукові роботи вказують на, що геліофізичні та метеорологічні фактори обтяжують перебіг гіпертонічної хвороби і являються однією із причин її загострення. Урахування сезонних «хвиль» погіршення перебігу артеріальної гіпертензії серед населення дозволить проводити корекцію лікування антигіпертензивними препаратами, що зменшить летальність від серцево-судинних захворювань.

Мета роботи – оцінити зв'язок сезонних коливань у виникненні ГК та середньомісячною температурою серед жителів м. Суми

Задачі роботи. Дослідити інцидентність ГК та коливання середньомісячних температур за 2012–2014 роки в м. Суми. На основі отриманих даних зробити висновки про наявність сезонної динаміки у виникненні ГК та їх взаємозв'язків з коливаннями середньомісячних температур.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз виїздів бригад Сумської станції екстреної (швидкої) медичної допомоги до хворих з гіпертонічними кризами за 2012–2014 роки. Використані архівні дані Сумської станції екстреної (швидкої) медичної допомоги за 2012–2014 роки. Опрацьовано 28 115 протоколів викликів до хворих з діагнозом гіпертонічний криз. Проводилося урахування викликів незалежно від статі та віку. Інформацію про середньомісячні температури за 2012–2014 рр. отримано з архіву метеорологічної станції № 33275 (Суми). Температура повітря вимірювалася в градусах Цельсія (°С). Рівень артеріального тиску вимірювався в мм. рт. ст. Статистична обробка отриманих даних здійснена методом кореляційно-регресивного аналізу.

Результати. При дослідженні виїздів бригад Сумської станції швидкої медичної допомоги до хворих з гіпертонічними кризами за 2012–2014 роки відмічаються виражені сезонні коливання кількості ГК.

У 2012 році на зимові місяці припадає 2481 (28,3%) випадків ГК, весняні – 2169 (24,7%), літні – 1902 (21,7%), осінні – 2222 (25,3%). Найбільша кількість викликів припадає на лютий 936 (10,66%), найменша на липень – 607 (6,92%). Загалом викликів – 8774.

У 2013 році на зимові місяці припадає 2782 (27,9%) випадків ГК, весняні 2534 (25,5%), літні – 1991 (20%), осінні – 2647 (26,6%). Найбільша кількість викликів припадає на листопад 993 (9,98%), найменша на червень – 646 (6,92%). Загалом викликів – 9954.

У 2014 році на зимові місяці припадає 2785 (29,7%) випадків ГК, весняні – 2379 (25,3%), літні – 1812 (19,3%), осінні – 2411 (25,7%). Найбільша кількість викликів припадає на лютий 911 (9,7%), найменша на липень – 646 (5,83%). Загалом викликів – 9387.

При вивченні показників середньомісячних температур у 2012–2014 рр. було виявлено сезонну залежність розподілу їх максимальних та мінімальних показників. В 2012 р найнижча середньомісячна температура відмічалася в січні–лютому (–7,1 С та – 9,7 С відповідно), найвища в липні (22,2 С), у 2013 максимальна температура спостерігалася в липні–серпні (24,9 С – 24,2 С

відповідно), мінімальна – в січні – (–11 С), в 2014 році максимальний показник зафіксований в липні – 24,9 С, мінімальний у січні – (–9 С).

При проведенні кореляційно–регресивного аналізу між кількістю гіпертонічних кризів та середньомісячною температурою у всіх досліджуваних роках знайдено обернений зв'язок з високою силою за шкалою Чеддока. Коефіцієнти кореляції між кількістю ГК та середньомісячною температурою за 2012, 2013, 2014 роки склали відповідно $r = -0,846$, $r = -0,845$, $r = -0,877$. Статистична значимість виявленої залежності в 2012 становила ($p < 0.05$), в 2013 – ($p < 0.05$), та 2014 – ($p < 0.01$).

Висновок. Кількість випадків гіпертонічних кризів серед жителів м. Суми на 30% більша в зимові місяці, ніж у літні (січень–лютий – 920 викликів/міс, червень–липень – 600 викликів/міс.). Статистично доведено, що максимальна кількість виїздів бригад швидкої допомоги до хворих з гіпертонічним кризом припадає на зимовий період, мінімальна на літній ($p < 0.05$). Виявлено обернену кореляційну залежність кількості гіпертонічних кризів серед жителів м. Суми від середньомісячної температури ($p < 0.05$). Отже, температурний фактор впливає на частоту виникнення ГК, що вимагає здійснювати корекцію терапії АГ шляхом посилення контролю за її перебігом в зимові місяці.

УДК 616.37–002.2–06:616.12–005.4]–02:616–056.5

Мельник Н.А., Бабінець Л.С., Боцюк Н.Є.

ЧАСТОТА ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Ожиріння є основною причиною підвищеного вивільнення жирних кислот та розвитку інсулінорезистентності, яка, в свою чергу, є основою формування метаболічного синдрому (МС).

Мета: дослідити частоту діагностичних критеріїв МС у хворих на хронічний панкреатит (ХП) на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС).

Вивчено медичні карти 20 хворих на ХП та 32 хворих на ХП у поєднанні з ІХС. Проводили визначення рівня глюкози натще та показників ліпідограми за загальноприйнятими методами. Визначали рівень артеріального тиску (АТ), індекс маси тіла (ІМТ) та окружність талії (ОТ). МС діагностували при наявності трьох або більше діагностичних проявів.

Встановлено, що у всіх хворих групи ХП+ІХС було діагностовано гіпертригліцеридемію, у 26 – порушення вуглеводного обміну (ЦД, транзиторна гіперглікемія), у 18 – абдомінальний тип ожиріння, у 17 – гіпертонічну хворобу (ГХ) і у 12 пацієнтів був знижений показник ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Із категорії хворих на ХП у 9 пацієнтів було виявлено порушення вуглеводного обміну, у 7 – абдомінальний тип ожиріння, у 9 – ГХ і у 1 пацієнта був знижений показник ЛПВЩ. Тому серед пацієнтів групи ХП+ІХС хворих із МС було 18 (56,25 %), а у групі ХП – 8 (40 %).

Висновок: критерії МС при ХП зустрічаються частіше при наявності ІХС.

Перспективи подальших досліджень: продовжити дослідження частоти критеріїв МС у хворих на ХП в поєднанні із ІХС.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЛЬФІДНОЇ БАЛЬНЕОТЕРАПІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ОСТЕАРТРОЗОМ ІЗ ЗНИЖЕНОЮ ЩІЛЬНІСТЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Остеоартроз (ОА) – хронічне прогресуюче захворювання суглобів, яке проявляється не тільки втратою суглобового хряща, але і змінами в кістковій тканині. Доведено взаємообтяжливий характер перебігу остеоартрозу та остеодефіциту, оскільки стан кісткової маси скелета накладає відбиток на клінічні прояви та перебіг остеоартрозу. Не зважаючи на наявність певних розбіжностей у питаннях етіології і патогенезу ОА, немає сумніву щодо перспективності комплексного лікування ОА з пошуком медикаментозних та природних чинників, здатних впливати на основні механізми розвитку патологічного процесу – порушення кісткової та хрящової тканини. Одним з ефективних методів лікування дегенеративно–дистрофічних захворювань опорно–рухового апарату є сульфідна бальнеотерапія. Механізм лікувальної дії сірководневих вод при ОА опосередковується активацією захисно–приспосувальних сил (в першу чергу, стану імунної та гіпофізарно–надниркової систем), і посиленням місцевого крово– та лімфообігу, поліпшенню обмінних, трофічних процесів, активації регенераторних факторів.

Мета роботи – дослідження біохімічних маркерів кісткового метаболізму у хворих на остеоартроз із зниженою щільністю кісткової тканини при застосуванні в реабілітаційному лікуванні сульфідної бальнеотерапії.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 56 осіб жіночої статі з остеоартрозом колінних суглобів із зниженою щільністю кісткової тканини, віком 43–72 років (в середньому $55,92 \pm 1,05$ р.), тривалість захворювання 2–18 років ($7,76 \pm 0,60$ р.). Всі пацієнтки знаходились в менопаузі, тривалість менопаузи від 1 до 18 років ($6,89 \pm 0,64$ р.), не мали супутніх захворювань, що могли вплинути на стан метаболізму кісткової тканини. Рентгенологічна стадія ОА встановлювалась за класифікацією Kellgren J.N. і Lawrence J.S. (I ст. – 12 хворих, II ст. – 38, III ст. – 6). У сироватці крові визначали показники мінерального обміну (вміст загального кальцію та неорганічного фосфору) та маркери кісткоутворення (лужна фосфатаза, паратгормон). Показники мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) визначали за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра (Dual Energy X–Ray Absorptiometry – DXA) фірми Lunar corp. (Madison, WI) – Lunar DPX–A. У 39 пацієнток було діагностовано остеопенію, у 17 – остеопороз. Всі пацієнтки перебували на санаторно–курортному етапі реабілітації і методом рандомізації були розподілені на дві групи. Лікувальні комплекси в двох групах включали процедури згідно стандартів санаторно–курортного лікування та відрізнялись застосуванням бальнеофакторів: в I групі застосовували сірководневі ванни, концентрацією 80 мг/л, тривалістю 15 хвилин при температурі води $36–37^{\circ}\text{C}$, на курс 8 процедур; в II групі – хлоридно–натрієві ванни концентрацією 25 г/л, тривалістю 15 хвилин при температурі води $36–37^{\circ}\text{C}$, на курс 8 процедур.

Результати. Показники мінерального обміну у хворих ОА не мали суттєвих змін і після лікування достовірної динаміки цих показників в обох групах не спостерігалось. Рівень лужної фосфатази під впливом сульфідної бальнеотерапії порівняно з лікувальним комплексом із застосуванням хлоридно–натрієвих ванн знижувався (з $142,39 \pm 2,18$ Од/л до $124,71 \pm 3,60$ Од/л в I групі, в II групі до $135,57 \pm 1,79$ Од/л), рівень ПТГ також мав позитивну динаміку під впливом сірководневих ванн (з $78,9 \pm 3,8$ пг/мл до $63,2 \pm 2,9$ пг/мл в I групі, в II групі до $77,9 \pm 4,3$ пг/мл), що дозволяє припустити про сповільнення процесів ремоделювання кісткової тканини під впливом сульфідної бальнеотерапії.

Висновки: У хворих остеоартрозом із зниженою щільністю кісткової тканини лікувальний комплекс із включенням сірководневих ванн має не тільки протибольову дію але і дозволяє

загальмувати втрату кісткової маси і тому можна застосовувати не тільки для лікування хворих остеоартрозом але і для профілактики остеоартрозу та остеопорозу.

УДК 616.37–002–02:616.36–008.8]–036

Назарчук Н.В., Бабінець Л.С.

ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БІЛІАРНИМ ПАНКЕАТИТОМ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність проблеми: Хронічний біліарний панкреатит (ХБП) часто призводить до постійної або тимчасової втрати працездатності, що свідчить про його не лише медичну, але й соціальну важливість. Холедохолітиаз є однією з головних причин розвитку ХБП, етіотропним методом лікування якого є холецистектомія (ХЕ). Внаслідок того, що ХЕ не завжди вирішує проблему жовчокам'яної хвороби та ХБП, у 20–40% хворих зберігаються чи через певний час відновлюються абдомінальні болі та диспепсичні розлади, які потребують подальшого лікування, тому дослідження якості життя (ЯЖ) у таких хворих є актуальним.

Мета дослідження: Дослідити якість життя пацієнтів на хронічний панкреатит в залежності від тривалості захворювання.

Матеріали та методи: Обстежено 78 пацієнтів з ХБП, в тому числі 48 пацієнтів після ХЕ. I–групу склали 23 пацієнти з тривалістю захворювання 0–4 років, II–33 хворих, що хворіють 5–10 років, III–11 пацієнтів, що хворіють 11–15 років, IV–11 пацієнтів з тривалістю захворювання більше 15 років. З них – 62 жінки (74,2%) та 16 чоловіків (25,8%). Середній вік пацієнтів – (55,38±0,79) років. Тривалість захворювання ХП – (9,0±0,5) років. ЯЖ досліджували за допомогою опитувальника SF–36. Статистичну оцінку провели на персональному комп'ютері за стандартною програмою «Статистика».

Результати дослідження та їх обговорення: Шкала фізичного функціонування (PF) у I групі склала 65,2±3,8 бали проти 63,5±2,1 балів у II–ій проти 59,1±3,8 балів у III–ій проти 45,9±6,4 балів у IV групі. Шкала рольового фізичного функціонування (RP) становила (60,9±6,6) проти (52,3±4,0) проти (29,6±5,7) проти (22,7±6,3) бали відповідно. Шкала болю (BP) – (60,6±3,7) проти (56,5±2,0) проти (67,1±6,4) проти (68,0±5,2) бали. Шкала загального здоров'я (GH) у I групі – (50,6±3,6), у II– (47,7±2,7), у III– (45,0±3,6), у IV– (35,7±4,6) балів. Шкала життєздатності (VT) – (52,4±3,1) проти (51,1±1,7) проти (43,6±6,3) проти (39,1±7,0) балів відповідно. Шкала соціального функціонування (SF) – (68,0±3,9) проти (65,0±2,2) проти (43,2±4,8) проти (39,9±8,1) балів відповідно. Шкала рольового емоційного функціонування (RE) у I групі – (61,0±6,5), у II– (57,6±5,3), у III– (33,3±7,8), у IV– (30,4±11,4) балів. Шкала психічного здоров'я (MH) – (54,3±3,2) проти (52,1±2,3) проти (48,0±4,2) проти (39,8±6,9) балів відповідно.

Встановлено, що ЯЖ значно знижувалась із збільшенням тривалості захворювання: за шкалою соціального функціонування з (68,0±3,9) до (39,9±8,1) балів ($p<0,05$). Констатували достовірно високий прямий кореляційний зв'язок між частотою загострень протягом року та тривалістю захворювання на ХБП ($r=0,83$). Тривалість захворювання на ХБП корелює із наступними показниками ЯЖ: біль ($r=0,31$) та із загальним станом здоров'я ($r=-0,24$); Психічне здоров'я знаходиться в прямій кореляційній залежності від соціального функціонування ($r=0,43$). Наявність вираженого больового та диспепсичного синдромів, зокрема блювання призвело до зниження практично всіх показників ЯЖ ($p<0,05$);

Висновок: Показники усіх шкал фізичного і психологічного здоров'я у хворих на ХБП залежать від тривалості захворювання у бік ускладнення стану, що вимагає безперервного диспансерного спостереження таких хворих і покращання комплексного лікування та реабілітації.

Перспективним у подальших дослідженнях є запропонувати нові комплексні програми реабілітації хворих на ХБП та обґрунтувати доцільність їх впровадження.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ЛІКУВАННЯ РОЗУВАСТАТИНОМ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ПОХИЛОГО ВІКУ

Одеський національний медичний університет

Мета: оцінити ефективність лікування дісліпідемії розувастатином у хворих з метаболічним синдромом (МС) похилого віку, його переносимість та безпечність.

Матеріали та методи дослідження: в дослідження було включено 21 пацієнт (чоловіки та жінки), середній вік $67,9 \pm 4,5$ років, з метаболічним синдромом, 58 % пацієнтів мали цукровий діабет 2 типу, 42 % – порушення толерантності до глюкози. Пацієнти отримували стандартну терапію: лізіноприл, індапамід, ацетилсаліцилову кислоту, метформін в стабільній дозі протягом 4 тижнів. Згідно з Рекомендаціями по діагностиці, профілактиці, та лікуванню дісліпідемій Української асоціації кардіологів (2011) усім хворим була призначена гіполіпідемічна дієта, роздані пам'ятки та призначений розувастатин у стартовій дозі 10 мг/добу. Курс спостереження становив 6 тижнів. Напочатку та наприкінці дослідження пацієнтам проводили визначення ліпідного профілю, трансаміназ, креатинфосфокінази (КФК), глюкози натще.

Результати: Наприкінці дослідження вміст загального холестерину (ЗХ) достовірно знизився на 32,2 % (з $6,8 \pm 0,6$ до $4,6 \pm 0,6$ ммоль/л, $p < 0,001$), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) – на 38,5% (з $4,51 \pm 0,5$ до $2,77 \pm 0,4$ ммоль/л, $p < 0,05$), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) – 23,3 % (з $1,39 \pm 0,3$ до $1,06 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,05$), тригліцеридів (ТГ) – на 40,6 % (з $1,75 \pm 0,2$ до $1,04 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,05$). Підвищення рівня трансаміназ та КФК в 2 рази вище верхньої межі не було зафіксовано в жодного пацієнта. У 7 (33 %) пацієнтів рівень глюкози натще підвищився на 24 %, що розцінено як часте небажане явище. Один пацієнт з цього приводу відмовився від подальшого лікування розувастатином.

Висновки. 1. Застосування розувастатину в дозі 10 мг на тлі дієти призвело до достовірного зниження вмісту ЗХ на 32,2%, ЛПНЩ на 38,5%. 2. У пацієнтів похилого віку з метаболічним синдромом найбільш частим небажаним явищем було підвищення рівня глюкози, що вимагає його моніторингування.

УДК 616.89–008.19–02:[616.831–005–06:616.831.9–008.811.1

Насалик Р.Б., Шкробот С.І.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІШЕМІЇ МОЗКУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Хронічна ішемія мозку (ХІМ) – найбільш поширена форма судинної патології мозку, яка погіршує якість життя і знижує працездатність пацієнтів, що має велике соціальне і економічне значення (Неретин В.Я., 2002). Не виключено, що гідроцефалія (ГЦ) може впливати на перебіг даного захворювання та погіршувати якість життя хворих.

Мета – вивчення рівня якості життя пацієнтів з ГЦ при ХІМ.

Результати. Нами було обстежено 72 хворих з ХІМ (чоловіків – 43 (60%), жінок – 29 (40%)). Середній вік хворих склав ($63,4 \pm 9,3$) роки. Фоновим захворюванням у 60 (83,3%) пацієнтів була гіпертонічна хвороба, симптоматична артеріальна гіпертензія – у 12 (16,7%), церебральний атеросклероз у 47 (65,3%). ХІМ I ст. була встановлена у 19 (26,4), ХІМ II ст. – у 44 (61,1%), ХІМ III ст. – у 9 (22,5%) хворих. Легка ГЦ мала місце – у 16 (27%), помірна – у 24 (46%), важка – у 16 (27%) пацієнтів.

Усі хворі були розподілені на 2 групи. До 1 групи увійшло 56 хворих з ХІМ, що супроводжувалася ГЦ. Серед них було 38 чоловіків (67,9%) та 18 жінок (32,1%), віком від 51 до 76

років, середній вік яких склав $(63,00 \pm 8,74)$ р. 2 групи (групу порівняння) склали 16 пацієнтів без проявів ГЦ, серед них було 11 жінок (68,75%) та 5 чоловіків (31,25%), віком від 47 до 76 років, середній вік яких склав $(62,56 \pm 9,49)$ р.

Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника SF-36.

Результати. Опитувальник SF-36 зафіксував низькі результати у всіх хворих на ХІМ. У групі 1 середній показник якості життя був достовірно ($p < 0,05$) нижчим, ніж у групі 2 і склав $(36,37 \pm 13,52)$ і $(42,38 \pm 10,59)$, відповідно; при чому нижчими були усі показники якості життя, за винятком «рольового функціонування, обумовленого фізичним станом», що є складовою фізичного компоненту здоров'я.

Достовірна різниця між групою 1 та групою 2 стосувалася наступних показників: «емоційного компоненту рольового функціонування» $(39,52 \pm 13,32)$ та $(31,69 \pm 12,08)$ ($p < 0,05$), «фізичного функціонування» $(40,38 \pm 10,59)$ та $(36,37 \pm 13,52)$ ($p < 0,05$), а також «психічного компоненту здоров'я» в цілому $(39,66 \pm 8,22)$ та $(36,36 \pm 9,94)$ ($p < 0,05$)

Різниця решти показників була недостовірною.

Висновки. 1. ГЦ погіршує показники переважно психічного компоненту якості життя у хворих на ХІМ за рахунок зниження рольового функціонування, зумовленого емоційним станом ($p < 0,05$).

2. Низькі показники з підпунктів «емоційний компонент рольового функціонування», «фізичне функціонування», «психічний компонент здоров'я» свідчать про значне обмеження фізичної активності пацієнта станом його здоров'я, а також повсякденної роботи, що пов'язане з погіршенням емоційного стану.

УДК 616–056.52–084

Наумова Л.В., Гнат С.В., Голик І.В.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ В УМОВАХ ЙОДОДЕФІЦИТУ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНКИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Субклінічний гіпотиреоз є найпоширенішим захворюванням щитоподібної залози, його поширеність у популяції становить від 6 до 8 %, тоді як маніфестного – 0,8–0,9%. У жінок субклінічний гіпотиреоз зустрічається в 2–2,5 разів частіше, ніж у чоловіків. Для України вивчення проблеми розповсюдження патології ЩЗ та її медикаментозної корекції є особливо актуальним у зв'язку з наслідками аварії на Чорнобильській АЕС та іншими негативними факторами навколишнього середовища. Впродовж останніх 20–ти років відбулося швидке накопичення знань стосовно захворювань щитоподібної залози, вагітності та періоду її планування. Також у жінок репродуктивного віку з субклінічним гіпотиреозом (СТ) виявляють різноманітні порушення менструально–оваріального циклу, зниження лібідо, звичне невиношування вагітності, первинне та вторинне безпліддя.

Мета дослідження: вивчити вплив субклінічного гіпотиреозу в йододефіцитних умовах на репродуктивну функцію жінки

Методи і матеріали дослідження: нами було обстежено 40 жінок з безпліддям і субклінічним гіпотиреозом. У них ми визначили рівні гормонів, ТТГ, Т4, а також антитіла до тиреопероксидази та йодуруію. З допомогою анкетування визначали наявні у них порушення репродуктивної сфери. Жінкам з недостатністю функції ЩЗ призначали замісну терапію L–тироксином в дозі 25–100 мкг/добу та калію йодид 200 мкг/добу протягом 6 місяців.

Результати: У 72% жінок діагностовано йододефіцит. Середній рівень ТТГ у жінок субклінічним гіпотиреозом склав $5,08 \pm 0,31$ мОд/л. У переважної більшості жінок (72,5%) було виявлено альгодисменорею, у 20% – олігоменорею, у 15% пацієнток діагностовано гіпоменорея і тільки у 5% – гіперменорея. Ні в однієї з жінок не діагностовано аменореї. Через 12 місяців

після призначення відповідного лікування 82,5% з них досягли компенсації, 37,5% – завагітніли.

Висновок: Йододефіцит викликає різноманітні порушення функції ЩЗ і навіть субклінічні форми яких можуть призвести до порушень менструального циклу, здійснювати негативний вплив на запліднення, виношування вагітності та здоров'я дитини. Ці фактори вказують на необхідність скринінгового обстеження ЩЗ та обов'язкове лікування СГ в прегравідарний період та під час вагітності.

УДК: 616.36–004–085.272

Олійник Н.М.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

В Україні за останні 10 років захворюваність на цироз печінки (ЦП) зросла на 75,6 %, поширеність ЦП – на 59,6%. ЦП посідає перше місце серед причин смертності від хвороб органів травлення і є надзвичайно актуальною проблемою.

Метою дослідження було проаналізувати характер впливу терапії з використанням лозартану й АЛК на перебіг ЦП, а також порівняти ефективність схеми терапії з лозартаном та схеми з лозартаном і АЛК у хворих на ЦП за допомогою аналізу показників якості життя за шкалою SF–36. Для виконання завдань дослідження обстежено 101 хворого на ЦП, контрольна група, репрезентативна з основною за віком і статтю, складалася з 20 ПЗО. Середній вік обстежених хворих становив (56,0+1,1) років. Серед обстежених превалювали особи чоловічої статі – 61 (60,4 %), жінок було 40 (39,6 %). Субкомпенсований ЦП діагностовано в 66,4 % хворих, декомпенсований – у 33,6 %. Хворі на ВЦП були включені в дослідження за умови відсутності маркерів активності вірусної інфекції. При наявності тяжкої супутньої патології або виражених ускладнень ЦП хворих у дослідження не включали.

Для оцінки клінічної симптоматики печінкової патології використовували таку шкалу: відсутність симптому – 0 балів, незначне вираження – 1 бал, помірне – 2 бали, значне – 3 бали.

З метою проведення дослідження ефективності та порівняння результатів запропонованих програм лікування, відповідно до принципів доказової медицини, була виконана рандомізація груп хворих за віком, статтю, активністю запального процесу в печінці, ступенем компенсації ЦП. Хворих на ЦП поділили на групи: 1–ша (контрольна) група складалася з 25 хворих на ЦП, які отримували базисну терапію. Усі пацієнти основної групи отримували базисну терапію, крім цього, основна 2–га група (38 хворих на ЦП), одержувала – лозартан 50 мг на добу протягом 30 днів; 3–тя група (38 хворих) отримувала лозартан – 50 мг на добу протягом 30 днів та АЛК, – 600 мг на добу внутрішньовенно краплинно 10 днів з переходом на приймання по 1 табл. (300 мг) двічі на добу протягом 20 днів.

Під впливом комплексної терапії з використанням лозартану й АЛК у хворих 3–ї групи спостерігали поліпшення самопочуття, зменшення ознак астенізації, диспепсичних і больових проявів вже на 5 – 6 день від початку лікування проти 8 – 10 днів у хворих 2–ї групи.

За результатами оцінки ефективності впливу запропонованих схем лікування на клініку ЦП вірогідно кращою була відповідь як у хворих 3 групи порівняно з 2 (за всіма клінічними синдромами різниця вірогідна) ($p < 0,05$).

У хворих 2–ї і 3–ї груп зменшувався як загальний, так і прямий білірубін ($p < 0,05$). Таким чином, вплив на прояви ПКТ більш ефективним був при лікуванні з АЛК.

Запропонована схема терапії з використанням лозартану й АЛК спричинила вірогідне зниження активності трансаміназ ($p < 0,05$) до контрольних значень через 1 місяць від початку терапії, що свідчить про можливість ефективного впливу на прояви цитолітичного синдрому у хворих на

ЦП. Активність ЛФ у 2 групі мала тільки тенденцію до зниження ($p > 0,05$), в 3 групі вірогідно зменшилася ($p < 0,05$).

В результаті проведеної терапії у хворих на ЦП спостерігалось підвищення якості життя за всіма показниками шкали SF-36 (фізична працездатність, фізичний стан, больовий синдром, загальне здоров'я, енергійність, соціальна роль, емоційний стан, психічне здоров'я).

Через 6 місяців тільки в 3 групі показники залишалися стабільними, в 1 і 2 групах вірогідно зменшилися ($p < 0,05$), з наявністю достовірної міжгрупової різниці 2 і 3 груп з 1 групою ($p_2, 3 < 0,05$) та 2 групи з 3 групою ($p < 0,05$). Покращення показників емоційного стану і психічного здоров'я через 1 місяць від початку терапії зареєстровано тільки в 2 і 3 групах без вірогідної міжгрупової різниці і кожної з цих двох груп з 1 групою ($p > 0,05$). Через 6 місяців тільки в 3 групі показники якості життя залишалися стабільними ($p > 0,05$).

Таким чином, використання лозартану й АЛК в комплексній терапії ЦП призводить до вірогідного покращення якості життя хворих за основними параметрами шкали SF-36 протягом 6 місяців.

Висновки. 1. Цироз печінки призводить до вираженого зниження показників якості життя за шкалою SF-36.

2. В результаті комплексної терапії з використанням лозартану і альфа-ліпоєвої кислоти у хворих на цироз печінки зменшуються прояви клінічної симптоматики, печінково-клітинної недостатності і цитолітичного синдрому, достовірно покращуються показники якості життя за шкалою SF-36.

Перспективи досліджень полягають у вивченні подальшої виживаності хворих на цироз печінки, які були включені в дослідження.

УДК 616-056.52-084

Пасечко Н.В., Лой Г.Я., Боб О.О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ВОКСИД У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ІНСУЛІНОТЕРАПІЮ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

«Неінфекційна епідемія ХХІ століття». Так визначає ВООЗ цукровий діабет (ЦД). На ЦД 2-го типу припадає близько 90% усіх випадків даної патології. Ожиріння є основним фактором ризику ЦД 2 типу.

Мета. Визначення впливу препарату Воксид на масу тіла, постпрандіальну глікемію, глікований гемоглобін у пацієнтів із ЦД 2 типу та ожирінням чи надмірною масою тіла, які отримують інсулінотерапію.

Методи та матеріали. У дослідженні взяли участь 18 пацієнтів (10 жінок і 8 чоловіків) із ЦД 2 типу та ожирінням чи надмірною масою тіла, які отримували інсулінотерапію. Середній вік склав – (50,44±2,07) років. Серед них надмірну масу тіла мали 4 хворих, ожиріння І ст. – 9 хворих, ожиріння І ст. – 4 хворих, ожиріння II ст. – 1 хворий, що визначали за допомогою індексу маси тіла. У всіх пацієнтів визначали постпрандіальну глікемію і HbA1c.

Хворим поряд із звичною схемою інсулінотерапії було призначено препарат Воксид (0,6 г/д при надмірній масі тіла і 0,9 г/д при ожирінні).

Результати. Після 12 тижнів прийому препарату Воксид у комбінації з інсулінотерапією у всіх пацієнтів відмічалось зменшення ІМТ з (33,17±0,89) до (31,87±0,85) кг/м² (в середньому – 1,3 кг/м²). Крім того, маємо достовірне зниження постпрандіальної глікемії з (10,47±0,43) до (8,7±0,26) ммоль/л (–1,77 ммоль/л, $p < 0,01$) та рівня HbA1c з (9,11±0,26) до (8,31±0,23)% (–0,8%, $p < 0,05$).

Висновки. Здатність препарату Воксид зменшувати масу тіла, хороший гіпоглікемізуючий ефект підтверджують доцільність його застосування у комбінації з інсулінотерапією при лікуванні пацієнтів із ЦД 2 типу та надмірною масою чи ожирінням.

УДК 616–056.52–084

Пасечко Н.В., Пицюк Ю.В., Смачило І.В.

ЧАСТОТА ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ТА ДЕПРЕСІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ГІПОТИРЕОЗ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Серед ускладнень, які виникають при захворюваннях ендокринних залоз, особливе місце посідають неврологічні розлади. При цукровому діабеті часто трапляється депресія (більше 30% пацієнтів, коли у популяції її показники сягають 5–10 %), яка небезпечна тим, що може призвести до втрати контролю над перебігом самого захворювання, правильним харчуванням і застосуванням інсуліну.

Депресії в ендокринологічних хворих часто поєднуються з розладами когнітивних функцій: порушенням пам'яті, уваги, сповільненням мислення, апатією, що вказує на переважну дисфункцію неспецифічних серединних структур головного мозку, які є надзвичайно чутливим до дефіциту тиреоїдних гормонів в організмі людини. Порушення рівня тиреоїдних гормонів, при важкому гіпотиреозі, може викликати псевдодеменцію з пригніченням когнітивних функцій, порушенням соціальної адаптації і навіть навичок самообслуговування.

Мета дослідження: встановити частоту депресій та порушень когнітивних функцій у хворих на цукровий діабет (ЦД) та гіпотиреоз.

Методи та матеріали дослідження: Для визначення депресії у хворих використовувались шкала Цунга та шкала самооцінки нервової депресії. Для оцінки когнітивних функцій було використано шкалу MMSE.

Нами обстежено 35 пацієнтів (з ЦД 1 типу–12 осіб, ЦД 2 типу–15 пацієнтів і 8 –з гіпотиреозом), які перебували на лікуванні в ендокринологічному відділенні ТУЛ з січня по травень 2015 року.

Результати: За допомогою шкали Цунга та шкали самооцінки нервової депресії у 15 пацієнтів (що становить 42,9 % від загального числа обстежених хворих) було виявлено наявність депресії. Проаналізувавши дані результатів обстеження за шкалою MMSE, порушення когнітивних функцій виявлено в 9 пацієнтів, що становить 25,7 % від загальної кількості обстежених осіб.

Більше вираженою депресія була у пацієнтів з ЦД 2 типу, що становить 22,2 % від загальної кількості обстежуваних пацієнтів з ЦД. Відповідно, в осіб з ЦД 1 типу ця патологія була виявлена в 14,8 %. Слід зазначити, що депресії досить часто виникають у пацієнтів з гіпотиреозом – 62 % від загальної кількості хворих з цим захворюванням.

Дисметаболічна енцефалопатія зумовлює і когнітивні розлади, які більш виражені у пацієнтів з ЦД 2 типу, що складає 33,3 % від загальної кількості з цією патологією. Так, як ЦД 1 типу ми діагностуємо в молодому віці, когнітивні розлади наявні в 16,7 % обстежених хворих з даною патологією. При гіпотиреозі порушення пам'яті спостерігається у 25 % пацієнтів з даним захворюванням.

Висновки

1. Проведене дослідження показує, що поширеність депресій при ЦД та гіпотиреозі значно перевищує популяційні показники і становить 37% у пацієнтів з ЦД та 62,5% у хворих на гіпотиреоз.

2. Виявлено наявність когнітивних порушень у пацієнтів з ЦД – у 25,9% та у 25% – з гіпотиреозом.

ВМІСТ ЛІЗОЦИМУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ТА СЛИНІ ХВОРИХ НА ПАРАЗИТОЗИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Сьогодні відомо понад 200 видів гельмінтів та 20 видів найпростіших, які спричинюють різноманітні захворювання людини. Найбільш поширені серед них – аскаридоз та лямбліоз. Одним з головних механізмів патогенезу даних захворювань є формування імунної відповіді, факторами неспецифічного імунітету, зокрема, може бути лізоцим та інші чинники.

Метою роботи було визначити вміст лізоциму в сироватці крові та слині, у хворих на поєднані паразитози – лямбліоз і аскаридоз.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 112 осіб віком від 19 до 47 років, з них 74 хворих на паразитози. Групу контролю склали 38 практично здорових людей (студенти та працівники ТДМУ, у яких результати санітарно–профілактичного паразитологічного обстеження були негативні). Першу групу хворих склали 38 осіб із діагнозом лямбліоз, другу – 36 пацієнтів, у яких діагностовано лямбліоз у поєднанні з аскаридозом. Всі обстежені хворі перебували на амбулаторному лікуванні в поліклінічному відділенні ВКЛ ст. Тернопіль ДТГО «ЛЗ». Лямблії та аскариди виявляли за допомогою копроскопії за загально прийнятими методиками.

Результати дослідження. Встановлено достовірне зниження ($p < 0,001$) лізоциму як у сироватці крові, так і у слині в обох досліджуваних групах пацієнтів відносно здорових осіб (референтні показники 3–4 мкмоль/л і 27–30 % відповідно), причому в основній групі до $(2,05 \pm 0,08)$ мкмоль/л і $(17,95 \pm 0,31)$ %, у групі порівняння (поєднання лямбліозу з аскаридозом) ще нижчі – $(0,82 \pm 0,01)$ мкмоль/л і $(12,73 \pm 0,19)$ % відповідно, (різниця між групою порівняння та основною групою теж суттєва ($p < 0,001$)).

Висновок. Результати досліджень показали суттєве зниження концентрації лізоциму в слині і сироватці крові хворих на лямбліоз, у порівнянні зі здоровими особами, що свідчить про пригнічення неспецифічного імунного захисту в пацієнтів під дією продуктів життєдіяльності паразитів. Причому при поєднаній інвазії (лямбліоз і аскаридоз) показники рівня лізоциму значно нижчі, що демонструє симбіотичні зв'язки між цими паразитами і їх поглиблений негативний вплив на імунітет людини.

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯ – ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

РЕЗЮМЕ. Цукровий діабет 2 типу являється найпоширенішим захворюванням сучасності, що невпинно зростає. У статті наведені дані про роль ожиріння в розвитку цукрового діабету 2 типу. Вказані особливості спільного патогенезу, зокрема роль інсулінорезистентності та хронічного системного запалення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: цукровий діабет, ожиріння, інсулінорезистентність, хронічне системне запалення.

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) – системне захворювання обміну речовин, яке прийняло пандемічний характер поширення, що вражає будь – які версти населення незважаючи на вік, стать, соціальне становище, расову та етнічну приналежність. ЦД визнаний Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як «неінфекційна епідемія», тому прийнята резолюція Ор-

ганізації об'єднаних націй (ООН) в 2006р. стосується активної боротьби з цим захворюванням. Це четверта резолюція ООН, яка стосується хвороби, попередні три були направлені на боротьбу з малярією, туберкульозом та ВІЛ-інфекцією. Але незважаючи на діяльність багаточисленних діабетичних асоціацій, медичних досліджень, впроваджених програм по ліквідації ЦД, за висновками експертів Міжнародної діабетичної асоціації (IDF) в 2013р., боротьбу світу з ЦД було визнано програю.

Дійсно, статистичні дані вражають, якщо в 2010р. кількість хворих в світі становила 285 млн. і до 2025р. очікувалось, що ця цифра досягне 380 млн. осіб, то реальність перевершує всі сподівання, адже станом на 2014р. зафіксовано 387 млн. чоловік. Кожен 12 житель планети має ЦД, при чому 46,3 % випадків діабету залишається не діагностовано, тобто 1 з 2 осіб не знає про своє захворювання. В 2014 р. зафіксовано 4,9 млн. смертей з приводу ЦД, кожні 7 секунд одна людина помирає по причині даного захворювання. Близько половини людей, які померли від ЦД в 2013 р, були молодші 60 років (Діабетичний атлас, 2014р., IDF).

По даним центра медичної статистики МОЗ України ЦД діагностовано у 1,380,047 чоловік. Слід підкреслити, що важлива соціальна значимість цукрового діабету полягає в тому, що він призводить до ранньої інвалідизації і летальності, яка пов'язана з розвитком пізніх судинних ускладнень, їх частота становить від 64 до 98% випадків [1,2,3]. Так ретинопатія є причиною сліпоти приблизно у 3% хворих на діабет; у 20% хворих ЦД 2типу протягом 20 років розвивається діабетична нефропатія; у 50% хворих на діабет розвивається хронічна ниркова недостатність; 40% всіх нетравматичній ампутацій нижніх кінцівок пов'язані з синдромом діабетичної ступні і гангрені нижніх кінцівок; 75% хворих на цукровий діабет помирають від серцево-судинних захворювань, половина з яких припадає на інфаркт міокарда; 50% хворих на діабет мають підвищений артеріальний тиск; частота діабетичної нейропатії: 1–2% при вперше виявленому ЦД 1 типу, 14–20% при вперше виявленому ЦД 2 типу, 50–70% при тривалості діабету понад 15 років [1,3]. Станом на 01.01.2013 р. в Україні понад 76 004 людей з ЦД страждають на діабетичну нефропатію, більше, ніж у 173251 хворих зареєстровано діабетичну ретинопатію; щорічно проводиться близько 3370 ампутацій нижніх кінцівок. За смертністю цукровий діабет вийшов на третє місце після серцево-судинної патології та злоякісних новоутворень. За сучасними підрахунками світові витрати пов'язані з цукровим діабетом сягли 612 млрд. доларів США. В нашій країні, витрати тільки на інсулінотерапію склали 10% бюджету охорони здоров'я України [2,7].

Основна частина. Цукровий діабет 2 типу діагностується майже у 90% хворих ЦД.В свою чергу, практично у 90% цих хворих діагностується зайва вага чи ожиріння. [2] З приведених даних можна вивести прямопропорційну залежність, що в 90% випадків ожиріння буде поєднуватися з ЦД 2типу.

Зважаючи на такі дані цукровий діабет 2типу при наявності надлишкової ваги можна розглядати як невід'ємну ланку в послідовному розвитку єдиного процесу – ожиріння. Ожиріння і супутні йому ускладнення несуть загрозу здоров'ю людства. Середня тривалість життя повних хворих на 8–10 років коротше, ніж у людей з нормальною масою тіла [5,6]. Ожиріння – гетерогенне захворювання. Надмірне накопичення жирової тканини в організмі не завжди в дебюті призводить до розвитку важких супутніх ускладнень, що визначається насамперед генетичної неоднорідністю пацієнтів. Проте існують багато хворих з надмірною масою тіла або незначно вираженим ожирінням з дисліпідемією та іншими метаболічними порушеннями. Це, як правило, особи з надмірною відкладенням жиру – переважно в абдомінальній області. Саме характер розподілу жирової тканини в організмі визначає ризик розвитку супутніх ожирінню метаболічних ускладнень, що необхідно брати до уваги при обстеженні пацієнтів з ожирінням. Результати вивчення взаємозв'язку топографії жирової тканини і метаболічних порушень дозволили розглядати абдомінальне ожиріння як самостійний фактор ризику розвитку ЦД 2–го типу і ССЗ. [2,6]. На часте поєднання ожиріння з такими важкими недугами як цукровий діабет 2 типу, артеріальна гіпертензія (АГ), дисліпідемія звертали увагу багато авторів і тільки в останнє десятиліття інтенсивно розвивається концепція, згідно з якою поєднання названих вище факторів – не випадковість, а прояв загального для них метаболічного порушення – підвищення резистентності тканин до інсуліну[5].

Інсулінорезистентність являє собою порушення біологічної відповіді периферичних тканин організму на вплив ендогенного або екзогенного інсуліну. Біологічна дія інсуліну полягає в регуляції метаболічних реакцій (обмін вуглеводів, жирів і білків) і мітогенних процесів (процесів росту, диференціювання тканин, синтезу ДНК, транскрипції генів). Тому сучасне поняття ІР не зводиться параметрами, які характеризують тільки метаболізм вуглеводів, а включає в себе також зміни метаболізму жирів, білків, функції клітин ендотелію, експресії генів та ін. При ЦД 2 найбільше клінічне значення має втрата чутливості до інсуліну м'язової, жирової тканини та клітин печінки. ІР м'язової тканини проявляється у зниженні надходження глюкози з крові в міоцити і її утилізації в м'язових клітинах. ІР жирової тканини проявляється в резистентності до атиліполітичної дії інсуліну, що приводить до накопичення вільних жирних кислот (ВЖК) і гліцерину. На думку ряду дослідників, інсулінорезистентність пояснюється особливостями будови вісцеральної жирової тканини, яка, на відміну від жирової тканини іншої локалізації, добре іннервована, має більш широку мережу капілярів і безпосередньо сполучається з портальною системою. Крім того, інтраабдомінальні адипоцити мають високу щільність β -адренорецепторів, кортикостероїдних та андрогенних рецепторів і відносно низьку щільність $\alpha 2$ -адренорецепторів та рецепторів до інсуліну. Ці відмінності визначають високу чутливість вісцеральної жирової тканини до ліполітичних дії катехоламінів і низьку – до атиліполітичної дії інсуліну. Інтенсивний ліполіз в вісцеральних адипоцитах призводить до вивільнення великої кількості ВЖК безпосередньо в портальну систему, що призводить до зменшення зв'язування і деградації інсуліну гепатоцитами. Надмірне надходження і окислення ВЖК в печінці пригнічує гальмівну дію інсуліну на глюконеогенез. Розвивається інсулінорезистентність на рівні печінки, а потім – системна гіперінсулінемія.[6,7,8]

Вперше гіпотеза про роль ІР у патогенезі ЦД 2 народилася більше 60 років тому. В ті часи Himsworth і Kerr [8] використовували термін інсулін–нечутливість для опису слабкого зниження глікемії у відповідь на введення екзогенного інсуліну у хворих з надлишковою вагою на ЦД. ІР периферичних тканин задовго передуює розвитку ЦД 2 і може виявлятися у найближчих родичів хворих на ЦД 2, що не мають порушень вуглеводного обміну. Тривалий час наявна ІР компенсується надлишковою продукцією інсуліну β -клітинами підшлункової залози, що підтримує вуглеводний обмін в нормі. Гіперінсулінемія прирівнюється до маркерів ІР і вважається передвісником розвитку ЦД 2 типу. Згодом при прогресуванні ІР β -клітини перестають справлятися з більшим навантаженням глюкозою, що призводить до поступового виснаження інсулінсекреторної здатності β -клітин і клінічної маніфестації цукрового діабету. У першу чергу страждає функція швидкої секреції інсуліну у відповідь на харчове навантаження (тобто 1–ша фаза секреції інсуліну), в той час як 2–а фаза (фаза базальної секреції інсуліну) залишається надлишковою, тобто виникла гіперглікемія ще більше підсилює ІР периферичних тканин і пригнічує інсулінсекреторну функцію β -клітин. [6,7,8].

Дослідження останніх років показали, що жирова тканина сама по собі є метаболічно активним органом і секретує більше 90 гормоноподібних субстанцій, об'єднаних терміном «адипокіни», які регулюють широкий спектр метаболічних і імунних реакцій не тільки в жировій тканині, а й на рівні всього організму.[9] Дані про значення запалення при ЦД2 були отримані ще в 1876 р, коли Ebstein повідомив, що при прийомі саліцилата натрію зникають симптоми цукрового діабету.[10] У 1901р. було описано зменшення глюкозурії під впливом цього препарату.[11] У 1957р. повідомлялося, що при лікуванні ревматоїдного артрити високими дозами аспірину в осіб із супутнім ЦД за непотрібністю припиняли лікування інсуліном.[12] Однак, механізм зниження глікемії пов'язували з гіпотетичною стимуляцією секреції інсуліну, але не з їх протизапальним ефектом. Практичне застосування саліцилати у лікуванні цукрового діабету також не знайшли, тому що необхідні для досягнення цукрознижуючого ефекту високі дози (до 7 г на день) викликали важкі побічні явища. [9]

Розв'язання даного питання відбулося лише після досліджень 90–х років минулого століття після відкриття феномена секреції прозапальних цитокінів жировими клітинами. У 1993 р вперше була встановлена секреція фактора некрозу пухлини- α (ФНП- α) адипоцитами. Пізніше було виявлено, що жирові клітини продукують ряд гормоноподібних субстанцій та медіаторів (адипокіни), здатних впливати на запальний процес: інтерлейкіни-6 (ІЛ-6) і -1

(ІЛ-1), резистин, адипонектин і т., що дало логічне пояснення взаємозв'язку між ЦД 2 типу, ожирінням, АГ, дисліпідемією та ін.[12,13] Запалення, яке реалізується на тлі ожиріння, можна охарактеризувати як хронічне, системне, низької інтенсивності (ХСНЗ) та не пов'язане з якими-небудь інфекціями.[14] ХСНЗ характеризується невеликим, в порівнянні з класичним запаленням, але систематичним впливом прозапальних цитокінів. При надмірному накопиченні жирової тканини відбувається її посиленна інфільтрація макрофагами, які своєю чергою спричинюють хронічну активацію імунної системи шляхом продукції прозапальних сполук, таких як ФНП- α , ІЛ-6, трансформівний фактор росту β , індукцйбельна синтаза оксиду азоту та СРП [14,15], що зумовлюють розвиток ІР як безпосередньо, так і через порушення обміну ліпідів і ліпопротеїнів з розвитком вираженої гіперліпідемії та гіпертригліцеридемії. Встановлено, що зв'язок ожиріння та підвищення прозапальної активності більшою мірою зумовлений порушенням функціональних властивостей адипоцитів та їх гіпертрофією, ніж зростанням маси жирової тканини. Відомо, що в гіпертрофованих адипоцитах, перевантажених тригліцеридами, активується мембранна НАДФ-оксидаза і внаслідок цього посиленна продукція активних форм кисню. Підвищення концентрації вільних радикалів кисню активує ядерний фактор κB у макрофагах, який індукує активацію більше 400 генів, відповідальних за розвиток запальної відповіді з подальшим розвитком ІР та додатковою активацією ліполізу [16,18]. Як уже зазначалося, один із важливих чинників зниження чутливості до інсуліну при ожирінні – значне підвищення рівня ВЖК, що здатні активувати макрофаги та адипоцити через toll-like рецептори (TLR4) із зростанням синтезу в них ФНП- α , який реалізує свій потужний прозапальний вплив опосередковано через активацію ядерного фактора κB з подальшою експресією генів, відповідальних за розвиток запалення. ФНП- α – це потужний індуктор синтезу основного прозапального цитокіну ІЛ-6, і близько 25–30 % його концентрації в крові забезпечується продукцією в жировій тканині організму. Результати низки досліджень свідчать про те, що ІЛ-6 порушує дію інсуліну в жировій тканині, знижуючи здатність адипоцитів захоплювати та депонувати жирні кислоти і, навпаки, сприяє ліполізу й вивільненню ВЖК у циркуляцію [17,18]. Також, ФНП- α пригнічує експресію GLUT-4 – переносника глюкози – на мембрані інсулінозалежних клітин, що є головною причиною розвитку їх ІР.

Висновки. Таким чином, ожиріння як патологія в основі якої лежать ІР та ХСНЗ безумовно має величезний вплив на розвиток цукрового діабету типу 2. Основними факторами ризику розвитку і прогресуванню ІР та ожиріння є переїдання, надмірне споживання жирної їжі і малорухливий спосіб життя.

На підставі даних, отриманих у дослідженнях, (Diabetes Prevention Program (DPS), Diabetes Prevention Study (DPP), Study to Prevent NonInsulinDependent Diabetes Mellitus (STOPNIDDM) були зроблені висновки про те, що найбільш ефективним у попередженні цукрового діабету є інтенсивна зміна способу життя. Всі дослідження підтвердили також, що визначальним чинником у профілактиці ЦД2 є зниження маси тіла [19].

ЛІТЕРАТУРА

1. Балаболкин М.И. Сахарный диабет / Балаболкин М.И.–М.: Медицина, 1994.– 384 с.
2. Дедов И.И. Эндокринология. Национальное руководство./ И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. – М.: Медиа, 2013.–752с
3. Паньків В.І. Ризик загальної і серцево-судинної смертності, основних серцево-судинних подій у хворих на цукровий діабет2-го типу залежно від вибору терапії після встановлення діагнозу / Паньків В.І., Хуторська Л.А. // Буковинський медичний вісник.– 2013.– Т. 17, № 1 (65).–с. 80–85
4. Михайличенко Т.Е. Нарушения липидного обмена у больных сахарным диабетом и возможности их коррекции / Михайличенко Т.Е. // Архив клинической и экспериментальной медицины.–2008.–Т.17, № 1.–С. 61–65.
5. Гриневич В.Б., Сас Е.И., Кравчук Ю.А., Ефимов О.И. Абдоминальное ожирение: клинико-социальные аспекты проблемы // Фарматека. – 2012. – № 16. – С. 29–34
6. Плохая А.А. Современные аспекты лечения метаболического синдрома/А.А. Плохая //Ожирение и метаболизм.–2011,№3

7. Boden G, Cheung P, Stein TP, et al. FFA cause hepatic insulin resistance by inhibiting insulin suppression of glycogenolysis. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2002; 283(1): E12–E19.
8. Зайчик А.Ш. Патохимия (эндокринно–метаболические нарушения) / А.Ш. Зайчик, Л.П. Чурилов.– 3–е изд.–СПб.:–ЭЛБИ–СПБ,2007.–768с.
9. Бережная Н.М. Цитокиновая регуляция при патологии/ Н.М. Бережная // Цитокины и воспаление. – 2007. – С.26–34
10. Ebstein W. Zur therapie des Diabetes mellitus, insbesondere uber die Anwendung des salicylsauren Natron bei demselben./ W. Ebstein //Berliner Klinische Wochenschrift. 1876; 13: 337–340
11. Williamson RT. On the treatment of glucosuria and diabetes mellitus with sodium salicylate./ RT. Williamson // *Br Med J.* –1901; 1: 760–762.
12. Reid J. On the efficacy of salicylate in treatingdiabetes mellitus./ J.Reid , AI Macdougall, MM Andrews //*Br Med J.* –1957; 2: 1071–1074
13. Неспецифические маркеры воспаления в прогнозировании лечения ишемической болезни сердца/ Ф.Н. Палеев, И.С. Абудеева, О.В. Москалец и др. // *Кардиология.* –2009.– №9.– С.23–26
14. Кайдашев И.П. Изменение образа жизни как часть комплексной терапии хронического системного воспаления при метаболическом синдроме /И.П. Кайдашев// *Международный эндокринологический журнал.*– 2012.№2(42)
15. Кайдашев І.П. Активация NF–кВ при метаболічному синдромі / І.П. Кайдашев // *Фізіологічний журнал.*– 2012.–Т.58,№1– С.93–101.
16. Houstis N., Rosen E.D., Lander E.S. Reactive oxygen species have a casual role in multiple forms of insulin resistance // *Nature.*– 2006.– Vol. 440.– P. 944–948.
17. Glund S., Deshmukh A., Long Y.C. Interleukin–6 directly increases glucose metabolism in resting human skeletal muscle // *Diabetes.*– 2007.– Vol. 56.– P. 1930–1637.
18. Коваленко М.В. Метаболічний синдром: механізм розвитку, значення як фактора серцевр–судинного ризику, принципи діагностики та лікування / М.В. Коваленко, Т.В. Талаєва, А.С. Козлюк // *Український кардіологічний журнал.*–2013,№5.–С.80–86
19. Бутрова С. А. От эпидемии ожирения к эпидемии сахарного диабета / С. А. Бутрова // *Міжнародний ендокринологічний журнал.* – 2013. – № 2. – С. 19–24. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Mezh_2013_2_5.pdf.

TYPE 2 DIABETES AND OBESITY – VIEW OF THE PROBLEM

А.А. Popruga

HSEEU «Ukrainian medical stomatological academy», Poltava

SUMMARY. Type 2 diabetes is the most common disease of modernity, characterized by a constant increase in the number of patients. The article presents data on the role of obesity in type 2 diabetes. These features common pathogenesis, in particular the role of insulin resistance and chronic systemic inflammation.

KEY WORDS: diabetes, obesity, insulin resistance, chronic systemic inflammation

Сагайдак Л.О., Шкробот С.І.

ВІКОВІ КЛІНІКО–ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВЕРТЕБРОГЕННИХ ПОПЕРЕКОВО–КРИЖОВИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ НА ФОНІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вертеброгенні ураження нервової системи – найпоширеніші захворювання людини. Проблема больових синдромів, зв'язаних з патологією хребта, залишається однією з найбільш актуальних в клінічній медицині. Вертеброгенні болі – ведуча неврологічна причина тимчасової

непрацездатності серед найбільш активної частини дорослого населення. Найчастішою причиною болів у спині є дегенеративно–дистрофічні ураження хребта, які вкладаються в узагальнене поняття – остеохондроз (ОХ). ОХ відносять до захворювань з високим рівнем коморбідності. ОХ найчастіше поєднується з артеріальною гіпертензією (АГ) та іншими серцево–судинними захворюваннями (атеросклерозом, ішемічною хворобою серця – ІХС), ожирінням, цукровим діабетом (ЦД). Ведення пацієнтів з ОХ є складним завданням і потребує комплексного підходу у виборі способу лікування, який визначається рядом факторів, серед яких основне значення мають: вираженість болю та запальної реакції, функціональна недостатність, ступінь структурних змін, вік і наявність супутньої патології. Як правило, у хворих на ОХ у віці старше 50 років одночасно співіснує близько 5 захворювань і практично немає осіб з первинним ОХ, що не мають соматичних захворювань.

Метою даної роботи було дослідження клініко–параклінічних особливостей перебігу вертеброгенних больових синдромів на поперековому рівні хребта на фоні коморбідної патології.

Під спостереженням знаходились 38 хворих (з них 20 осіб чоловічої статі, що склало 53 %, та 18 осіб жіночої статі, що склало 47 %) з вертеброгенними попереково–крижовими больовими синдромами (ВПКБС). Всі хворі належали до трьох вікових категорій: молодий вік (20–44р.) – 12 пацієнтів (5 чоловіків та 7 жінок), що склало 32 %; середній вік (45–59р.) – 16 пацієнтів (8 чоловіків та 8 жінок), що становило 42 % та похилий вік (60–74р.) – 10 хворих (7 чоловіків та 3 жінки), що становили 26 % від загальної кількості хворих. Тривалість захворювання від його дебюту до останнього загострення коливаються від 1 до 21 року. Тривалість загострення у більшості хворих (35 пацієнта; 92 %) складала 1–6 місяців.

Найчастішими коморбідними патологіями у хворих з ВПКБС були: АГ у 20 осіб (53%), з яких – 2 молодого, 8 – середнього та 10 осіб похилого віку; ожиріння у 8 осіб (22%), з яких – 2 хворих молодого віку, 3 – середнього та 3 – похилого віку; остеопозит у 20 хворих (52%), з яких 5 осіб молодого віку, 7 середнього та 8 похилого віку; цукровий діабет 2–го типу у 6 осіб (15%), з яких – 1 хворий молодого віку, 2 особи середнього та 3 похилого віку. При вивченні неврологічного статусу було виявлено корінцеві синдроми у 28 (73 %) та рефлекторні – у 10 осіб (27 %).

Оцінивши інтенсивність больового синдрому за шкалою ВАШ, ми виявили, що у осіб похилого віку на фоні ЦД біль у попереку був більш вираженим, ніж у осіб без супутньої патології, а саме: 1 пацієнт оцінив свій біль у 4 бали, 4 пацієнта – у 7–8 балів та 1 хворий – у 10 балів. Також пацієнти середнього та похилого віку на фоні АГ оцінювали свої больові відчуття більш інтенсивними, ніж хворі без супутньої патології – 14 хворих відчували біль інтенсивністю у 5–7 балів та 4 осіб – у 8–9 балів.

Проаналізувавши ступінь порушення життєдіяльності за допомогою опитувальника Роланда–Морріса, ми виявили, що у осіб із АГ, ожирінням та ЦД частіше відмічали помірний та вираженим ступінь порушення життєдіяльності, а саме: у 4 осіб із АГ – легке, у 9 – помірне та у 7 осіб – виражене порушення життєдіяльності; у хворих із ЦД виявлено помірний ступінь порушення життєдіяльності у 4 осіб та виражений – у 2 осіб; у хворих з ожирінням помірне порушення відмічали у 5, виражене – у 2 та різко виражене у 1 особи.

УДК: 616.831–001–036:11–073.756.8:681.31

Салій З.В., Шкробот С.І.

НЕВРОЛОГІЧНИЙ ДЕФЦИТ ЗА ШКАЛОЮ NOS–ТВІ У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО–МОЗКОВОЇ ТРАВМИ СЕРЕДНЬОЇ ТЯЖКОСТІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Впродовж багатьох десятиліть черепно–мозкова травма (ЧМТ) та її наслідки утримують чільні місця в структурі смертності, а також тимчасової та стійкої втрати працездатності. Все частіше увагу клініцистів та науковців привертає проблема наслідків легкої ЧМТ та

ЧМТ середньої тяжкості, особливо зважаючи на їх здатність до прогресування (Скоромец Т.А., 2002, Макаров А.Ю. и др., 2003; Писчаскина Н.Ю. 2006; Дроздова Е.А., 2014). Це породжує необхідність удосконалення об'єктивізації ступеня вираженості як фізичних, так і когнітивних порушень у даній категорії пацієнтів. Для оцінки неврологічного дефіциту була запропонована Неврологічна шкала для ЧМТ (NOS–TBI) (Wilde E.A, 2010), яка продемонструвала адекватність і прогностичну валідність (Stephen R., McCauley, 2010). Шкала NOS–TBI містить 15 пунктів, які вимагають детального дослідження неврологічного статусу (рівень свідомості, парез погляду, зіничні реакції, парез мимічної мускулатури, порушення слуху, парез кінцівок, розлади чутливості, афазії, дизартрія, агнозії, розлади нюху, атаксія в ході, атаксія в кінцівках).

Мета роботи: оцінити вираженість та динаміку неврологічного дефіциту у хворих з наслідками ЧМТ середнього ступеня тяжкості за допомогою шкали NOS–TBI.

Матеріал і методи дослідження. Проведено оцінку неврологічного статусу за шкалою NOS–TBI у 73 хворих з наслідками ЧМТ середнього ступеня тяжкості. Середній вік пацієнтів – (44,49±1,19) років, чоловіків було 88,89 %. Середня тривалість періоду, який минув з часу перенесеної травми – (7,00±0,75) років. Згідно останнього критерію хворих було розподілено на групи: перша (1 – 5 років після травми) – 40 хворих, друга (6 – 10 років) – 20 хворих та третя (більше 10 років) – 12 хворих.

Статистична обробка результатів виконана у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» за допомогою програмного пакета Statsoft Statistica.

Результати й обговорення. Неврологічний дефіцит за шкалою NOS–TBI було оцінено в (2,87±0,24) бала. За основними рубриками розподіл був наступним: атаксія ходи – 5,6 %, координаторні розлади в кінцівках – 38,9 %, правобічна гемігіпалгезія – 25 %, лівобічна гемігіпалгезія – 11,1 %, легкий парез правих кінцівок – 13,9 %, легкий парез лівих кінцівок – 5,6 %, асиметрія обличчя як результат центрального парезу мимічної мускулатури 44,4 %, зниження слуху справа – 25 % та у 23,6 % зліва. Інші порушення (випадіння полів зору, парез погляду, зіничні реакції, агнозії, дизартрія, афазія) зустрічалися ще рідше – 1,4 %.

Аналіз неврологічного дефіциту у групах з різним катамнезом травми дав такі результати: перша група (2,77±0,33) бала, друга – (3,50±0,42) бала та третя – (2,15±0,58) бала. Незважаючи на зафіксовані тенденції, дана різниця не носила достовірного характеру. Кореляційна залежність між терміном травми і неврологічним дефіцитом у групах мала певну закономірність: ($r=-0,26$, $r=-0,16$, $r=+0,22$), що може бути відображенням динаміки співвідношення репаративних та дегенеративних процесів у даній категорії пацієнтів. Аналізуючи розподіл основних рубрик шкали NOS–TBI у групах з різним катамнезом травми встановлено наступне: за координаторними розладами у кінцівках, порушенням слуху, сенсорними порушеннями групи не відрізнялися, в цей же час поширеність рухових розладів (атаксія ходи, парез кінцівок) зменшувалася по мірі збільшення періоду, який минув з часу травми.

Аналізуючи анамнестичні дані встановлено, що у пацієнтів з поєднанням забою головного мозку середнього ступеня тяжкості з суб- та епідуральною гематомою фіксували достовірно ($p<0,05$) вищі значення NOS–TBI в порівнянні з тими, у яких діагностовано лише ізольовані гематоми. Не встановлено достовірної різниці ($p>0,05$) між вираженістю неврологічного дефіциту у групах, розподілених за критерієм наявності посттравматичних змін на КТ головного мозку: (3,32±0,49) бала при вогнищевому ураженні у вигляді лікворних кист, проти (2,86±0,44) бала за наявності дифузної кортикоатрофії та (2,80±0,33) бала – за відсутності змін при нейровізуалізації.

Висновок. Використання шкали NOS–TBI у хворих з наслідками ЧМТ дозволяє надати кількісну оцінку змінам у неврологічному статусі та зафіксувати їх динаміку залежно від катамнезу травми.

Перспектива подальших досліджень. Дослідити фактори які впливають на відновлення неврологічного дефіциту у хворих з наслідками ЧМТ з метою формулювання прогностичних критеріїв.

СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

Діабетична нефропатія (ДН) – специфічне ураження судин нирок при цукровому діабеті (ЦД), що супроводжується формуванням вузликового або дифузного гломерулосклерозу, термінальна стадія якого характеризується розвитком хронічної ниркової недостатності. Найбільш частими ознаками ДН є мікроальбумінурія і гіпертензія, тому саме ці значення лежать в основі діагностики діабетичної хвороби нирок.

Згідно когортних досліджень мікроальбумінурія зустрічається у 25–30% пацієнтів з гіпертензією, у 30–36% – з ЦД і у 35–40% хворих з ЦД і гіпертензією. Мікроальбумінурія є ознакою діабетичного ураження нирок, проявом хронічної хвороби нирок і фактором кардіоваскулярного ризику. При цьому вона є і незалежним чинником ризику. Тобто наявність мікроальбумінурії без супутньої артеріальної гіпертензії вже переводить пацієнта в групу високого ризику, еквівалентного наявності АТ більше 180 мм рт. ст. Вважається, що лікування мікроальбумінурії знижує кардіоваскулярний ризик. Тактика скринінгу для виявлення ДН передбачає тестування на мікроальбумінурію, дослідження протеїнурії, визначення рівня креатиніну та сечовини в сироватці крові, розрахунок швидкості клубочкової фільтрації та дослідження осаду сечі.

З метою зменшення ризику виникнення або сповільнення прогресування ДН слід оптимізувати глікемічний контроль та контроль за рівнем артеріального тиску, а в лікуванні необхідно максимально наблизити їх значення до нормальних показників.

Список літератури:

1. Дедов И. И., Шестакова М. В. Сахарный диабет: Руководство для врачей. Рос. АМН, Эндокринологический научный центр. –М.: Универсум паблিশинг, 2003.– 455 с.
2. Діабетична нефропатія: діагностика та лікування в світлі рекомендацій ADA 2011
3. Чернобров А. Д. та ін. Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань. / За ред. М. Д. Тронька. –К.: Здоров'я України. 2005. –312 с.

Скибчик В.А.¹, Войтович М.О.²

ВІКОВІ ТА СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

1 – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

2 – Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Мета дослідження: визначити зміни показників ліпідного обміну у хворих на нестабільну стенокардію з супутнім цукровим діабетом 2 типу залежно від статі та віку.

Матеріал і методи. Пацієнти були розподілені на 2 групи: 1 група (n=23) – хворі з нестабільною стенокардією (НС) поєднаною з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу (13 жінок і 10 чоловіків, середній вік (63,4±0,65) роки), 2 група (n=22) – хворі з НС без ЦД 2 типу (8 жінок та 14 чоловіків, середній вік (57,3±1,41) роки). Група контролю була сформована з 15 практично здорових осіб відповідного віку (середній вік – 56,96±1,32) роки. Усім пацієнтам було проведено визначення показників ліпідного обміну: загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїдів низької густини (ХС ЛПНГ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької густини (ХС ЛПДНГ), холестерину ліпопротеїдів високої густини (ХС ЛПВГ), тригліцеридів (ТГ), коефіцієнта атерогенності (КА). Для здійснення аналізу показників залежно від віку, всіх хворих 1 групи з НС

поєднаною з ЦД 2 типу розподілили на дві вікові групи: А – хворі середнього віку (45–60 років); Б – похилого та старечого віку (61–75 років).

Результати. Ліпідний профіль обстежених характеризувався підвищенням рівня ЗХС ($6,37 \pm 0,42$ ммоль/л в 1-ій групі та $5,45 \pm 0,09$ ммоль/л в 2-ій групі) у порівнянні з контролем ($4,80 \pm 0,12$ ммоль/л), $P < 0,05$ в обох випадках. У пацієнтів 1-ої групи відзначено підвищення рівня ТГ ($2,15 \pm 0,09$ ммоль/л) порівняно з 2-ою та контрольною групами ($1,49 \pm 0,15$) та ($1,03 \pm 0,11$) моль/л відповідно, $P < 0,01$). Виявлено достовірне підвищення ХС ЛПНГ у 1-ій та 2-ій групах ($4,31 \pm 0,36$) та ($3,63 \pm 0,23$) моль/л відповідно) порівняно з контролем ($3,09 \pm 0,05$) моль/л, $P < 0,01$). При аналізі показників ліпідного обміну залежно від віку, найбільш суттєво, порівняно з пацієнтами похилого та старечого віку (група Б) відхилялися показники ліпідного обміну у осіб середнього віку (група А). Так, рівень ЗХС у них вищий на 25,4%, ХС ЛПНГ – на 44,6%, ХС ЛПДНГ – на 32,6%, КА – на 68,2%, ТГ – на 36,3%, а рівень ХС ЛПВГ був знижений на 10,4% (усі відмінності достовірні, $P < 0,05$). При аналізі показників ліпідного спектра крові в обстежених пацієнтів, залежно від статі, виявлено, що у жінок на НС в поєднанні з ЦД 2 типу, стан ліпідного обміну значно гірший, ніж у чоловіків. Так, у жінок рівень ЗХС вищий на 21,4%, ХС ЛПНГ – на 38,7%, ХС ЛПДНГ – на 34,4%, ТГ – на 32,5%, а середній вміст антиатерогенного ХС ЛПВГ – знижений на 10,6% (всі відмінності достовірні, $P < 0,05$).

Висновки. 1. У хворих на НС з супутнім ЦД 2 типу спостерігаються більш виразні зміни показників ліпідного обміну у вигляді підвищення ЗХС, ХС ЛПНГ, ХС ЛПДНГ, ТГ, КА у порівнянні з хворими без ЦД. 2. Більш значні розлади ліпідного обміну спостерігаються у хворих на НС з ЦД 2 типу середнього віку. 3. Серед хворих на НС поєднану з ЦД 2 типу більш суттєві порушення ліпідного обміну достовірно частіше спостерігаються у жінок (у них виявлено значно вищий рівень атерогенних ліпопротеїнів (ХС ЛПНГ, ХС ЛПДНГ, ТГ) і різко знижений вміст антиатерогенного ХС ЛПВГ).

УДК 61612–008.331.1:615225

Сковронська О.В.

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ПЕРИНДОПРИЛУ ТА АМЛОДИПІНУ НА ЗМІНУ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗА КРИТЕРІЯМИ ОПИТУВАЧА SF-36

*Тернопільський міський комунальний заклад
«Центр первинної медико–санітарної допомоги»*

Резюме. Дана стаття є коротким оглядом даних щодо оцінки якості життя у хворих на артеріальну гіпертензію. Наводяться результати дослідження, у якому продемонстровано позитивний вплив комбінованого препарату «Амлесса» на показники якості життя у цих хворих.

Резюме. Данная статья является кратким обзором данных по оценке качества жизни у больных артериальной гипертензией. Приводятся результаты исследования, в котором продемонстрировано положительное влияние комбинированного препарата «Амлесса» на показатели качества жизни у этих больных.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, якість життя, комбінація периндоприлу та амлодипіну

Ключевые слова: артериальная гипертензия, качество жизни, комбинация периндоприла и амлодипина

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики МОЗ на 1 січня 2011 року в Україні зареєстровано 12122512 хворих на АГ, що складає 32,2% дорослого населення країни. Зростання поширеності АГ є свідченням ефективної роботи закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, з виявлення артеріальної гіпертензії.

Однак існують певні розбіжності між даними офіційної статистики і результатами епідеміологічних досліджень, які показують, що частина хворих із підвищеним артеріальним тиском (АТ) в Україні залишається невиявленою [5]. Виходячи з наведеної інформації, АГ потрібно розгля-

дати як провідний фактор ризику розвитку кардіальної і цереброваскулярної патології, який суттєво впливає на якість та тривалість життя населення України.

Ризик виникнення ускладнень та смерті при АГ зростає відповідно до кількості супутніх факторів ризику. В українській популяції, за даними тих же дослідників, лише у 1% хворих з підвищеним АТ не виявлено інших факторів ризику. У кожного восьмого хворого АГ поєднується з одним, у кожного четвертого – з двома, у 61% хворих – з трьома і більше факторами ризику. У 46% осіб з підвищенням АТ виявляють ожиріння, у 67% – гіперхолестеринемію, у кожного четвертого – низький вміст холестерину ліпопротеїдів високої щільності, майже у кожного п'ятого – гіпертригліцеридемію; 23% хворих з АГ курять, 83% – вживають алкогольні напої, 48% – ведуть малорухомий спосіб життя.

Таким чином, проблема ефективного контролю АГ серед населення України потребує подальшої активізації зусиль медичних працівників закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, спрямованих на виявлення хворих з підвищеним АТ [2,3].

На сьогоднішній день основним методом діагностики підвищеного тиску та оцінки ефективності проведеного лікування залишається одне або кілька вимірів АТ протягом доби.

Основним методом виявлення АГ та оцінки ефективності терапії в клінічній практиці є триразове (за рекомендаціями ВООЗ) вимірювання АТ за методом Короткова, що відображає «менш ніж мікроскопічну частину від тисяч значень цього показника, що характеризує добовий профіль АТ» (G.Mancia, 1989). Загальноприйнятим цільовим рівнем АТ для популяції пацієнтів з АГ є показники 130–139 / 80–85 мм рт. ст. Згідно з українськими рекомендаціями не менше 50–75% хворих з АГ потребують призначення комбінованого лікування [1].

Як стартову, для лікування АГ, комбіновану терапію слід призначати всім пацієнтам з рівнем АТ > 160/100 мм рт.ст. або з високим серцево-судинним ризиком. Якщо пацієнт не входить до даних категорій, то можна починати лікування як з монотерапії, так і з комбінації двох препаратів (переважно в низьких дозах і краще в фіксованих). Багато країн, у яких за останні роки значно покращився контроль артеріального тиску, почали частіше використовувати комбіновану терапію як стартову. Так, у Франції, країні з найбільшою частотою досягнення цільового АТ в Європі, комбіновану антигіпертензивну терапію (АГТ) отримують 26,7% пацієнтів [9]. У США більш ніж в 1,5 рази збільшилася кількість призначень комбінованої АГТ пацієнтам з вперше діагностованою АГ в 2007 році в порівнянні з 2005 [7]. Така популярність призначення обумовлена появою результатів численних досліджень, що продемонстрували переваги комбінованої терапії перед монотерапією. За даними італійського дослідження, яке включало більше 200 тис. пацієнтів з АГ, призначення стартової комбінованої АГТ знижувало частоту виникнення серцево-судинних ускладнень, в порівнянні з призначенням стартової монотерапії [8]. Комбінована терапія дозволяє досягти зниження АТ до цільового рівня з першої спроби у 2/3 пацієнтів, що скорочує час підбору ефективної терапії. Крім того, зменшується кількість змін призначень, що сприяє поліпшенню прихильності хворого до лікування. За даними метааналізу, ефективність комбінованої АГТ в 5 разів вища, ніж монотерапії [12].

Для комбінованої терапії доцільно використовувати препарат «Амлесса», що містить інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) периндоприл і антагоніст кальцієвих каналів амлодипін. Амлесса випускається в таблетках з вмістом компонентів в наступних дозуваннях: периндоприл 4 мг + амлодипін 10 мг; периндоприл 8 мг + амлодипін 10 мг; периндоприл 4 мг + амлодипін 5 мг; периндоприл 8 мг + амлодипін 5 мг.

В даний час комбінація іАПФ і антагоніста кальцію визнана однією з кращих і найбільш ефективною в лікуванні пацієнтів з АГ. Про це свідчать, зокрема, результати досліджень ASCOT та ACOMPLISH, у яких доведено, що перспективною для лікування АГ вважається комбінація дигідропіридинових АК та інгібіторів АПФ [10, 11]. У цих дослідженнях така комбінація виявилася більш ефективною у зниженні частоти серцево-судинних подій, ніж комбінації діуретик + бета-адреноблокатор та інгібітор АПФ + діуретик відповідно. Особливої уваги потребують результати дослідження ASCOT за участю більше 19 тис. пацієнтів з АГ без ІХС. Використання терапії на основі амлодипіну та периндоприлу дозволило досягнути контролю АТ у більшості пацієнтів.

У наш час дослідження якості життя (ЯЖ) стає одним з найважливіших питань у терапевтичній практиці при оцінці будь-якого втручання, особливо у хворих з хронічним захворюванням, коли метою терапії є зменшення або зникнення симптомів, що дозволило б пацієнту жити в суспільстві зі зменшеним дискомфортом, викликаним захворюванням [4].

На сьогодні використання опитувача "SF-36" є раціональним, простим і широковживаним, що забезпечує диференційований підхід до оцінки складових якості життя. Опитувач включає 10 шкал: визначення фізичної функції (PF), фізичної ролі (RP), болю (BP), загального стану здоров'я (GH), життєвої активності (VT), соціальної ролі (SF), емоційної ролі (RE), психічного здоров'я (MH), фізичного (PH) і психологічного (MH) компонентів здоров'я.

Мета дослідження – оцінити вплив комбінованої терапії (периндоприлу та амлодипіну) на зміну показників якості життя хворих з АГ за критеріями опитувача SF-36.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 55 пацієнтів (21 чоловік та 34 жінки), яких було поділено на 3 групи. Пацієнти мали різний ступінь підвищення АТ, відповідали критеріям включення і не мали критеріїв виключення. Усі пацієнти лікувалися амбулаторно. Критеріями включення були: вік понад 18 років, вперше виявлена або неконтрольована призначеним раніше лікуванням АГ (АТ > 140/90 мм рт.ст.), письмова згода хворого на участь у дослідженні. Критеріями виключення були: перенесене порушення мозкового або коронарного кровотоку в останні 6 місяців, наявність ниркової недостатності (швидкість клубочкової фільтрації < 60 мл/хв), збільшення активності ферментів АЛТ або АСТ більше ніж у 3 рази, наявність психічних, онкологічних та інших захворювань у стадії декомпенсації, вагітність або лактація, наявність захворювань щитоподібної залози, вторинна АГ, наявність в анамнезі побічних реакцій на фоні прийому амлодипіну або інгібіторів АПФ. Було рекомендовано, якщо пацієнт мав вперше виявлену або не ліковану раніше АГ і рівень АТ був у межах 140–179/90–109 мм рт.ст., призначати Амлессу у дозі 4/5 мг 1 раз на добу, пацієнтам, які приймали до цього антигіпертензивні препарати і мали АТ в межах 140–179/90–109 мм рт.ст., рекомендовано було призначати Амлессу у початковій дозі 8/5 мг 1 раз на добу. Якщо ж рівень АТ перевищував 180/110 мм рт.ст., то пацієнтам призначали Амлессу 8/10 мг 1 раз на добу. Тривалість дослідження становила 1 місяць. Перша група – 15 практично здорових людей, друга – 22 хворих з АГ, які в якості базового лікування приймали комбінацію периндоприлу та амлодипіну (препарат «Амлесса»), третя – 18 хворих з АГ, які в якості базового лікування приймали інші препарати 1 лінії АГТ. Загальний середній вік – (57,5±1,4) років. Середній вік практично здорових становив – (36,4±1,3) років, хворих II групи – (58,5±2,9) років, а хворих III групи – (60,5±1,8) років. Діагноз АГ верифікували згідно із загальноприйнятими в клініці критеріями [5].

Основними критеріями, які ми використовували для оцінки якості життя були критерії опитувача SF-36 та середній рівень АТ (офісний та середній рівень АТ вдома).

Опитувач SF-36 використовували для оцінки показників ЯЖ. Достовірність відмінностей середніх величин оцінювали за t-критерієм Ст'юдента ($p < 0,05$).

Результати та обговорення. На початку дослідження препарат Амлесса у добовій дозі 4/5 мг був призначений 10 (45,5 %) пацієнтам, 9 (40,9 %) отримували даний препарат у дозі 8/5 мг, та 3 (13,6 %) – у дозі 8/10 мг.

На фоні призначеного лікування у II групі рівні САТ/ДАТ достовірно знизилися з $167,9 \pm 15,0/96,8 \pm 10,2$ мм рт.ст. до $146,3 \pm 10,2/87,6 \pm 9,1$ мм рт.ст. за 1 місяць, а у III групі САТ/ДАТ достовірно знизилися з $170,2 \pm 18,2/98,3 \pm 8,4$ мм рт.ст. до $156,9 \pm 11,4/94,5 \pm 8,3$ мм рт.ст. Цільовий АТ було досягнуто у 84 % пацієнтів обох груп. При порівнянні показників ЯЖ хворих усіх досліджуваних груп пацієнтів встановлено, що показники ЯЖ у хворих II та III груп були достовірно нижчими стосовно групи практично здорових людей, а показники ЯЖ у хворих III групи були статистично значно нижчими стосовно хворих II групи впливаючи на всі рівні життєдіяльності: фізичне, емоційне, рольове, психологічне, соціальне функціонування.

Аналізуючи динаміку змін показників ЯЖ у досліджуваних групах, було виявлено наступні зміни (табл.1).

Динаміка змін показників ЯЖ у хворих з АГ

Критерії ЯЖ	I група (n=15)	II група (n=22)	III група (n=18)
PF	83,2±2,3	69,3±4,5* (p<0,05)	64,8±3,9*
RP	97,8±0,9	43,7±7,1* (p<0,05)	39,4±3,5*
BP	87,1±3,3	45,4±4,7* (p<0,05)	43,0±3,8*
GH	72,7±1,8	58,7±3,3* (p<0,05)	52,0±3,5*
VT	62,5±2,3	47,3±4,5* (p<0,05)	42,9±4,1*
SF	90,2±3,0	69,4±3,7* (p<0,05)	62,1±2,3*
RE	78,4±3,6	51,9±6,8* (p<0,05)	45,7±8,0*
MH	76,4±2,1	69,4±4,08* (p<0,05)	60,0±4,5*
PC	52,1±0,8	39,3±1,6* (p<0,05)	34,6±4,3*
MC	47,9±1,0	43,5±2,1* (p<0,05)	40,2±1,4*
*– достовірність різниць показників стосовно групи контролю (p<0,05); р– достовірність різниць показників у II групі стосовно таких у III групі хворих.			

Висновки

1. На фоні лікування комбінацією периндоприлу та амлодипіну (препаратом Амлесса) рівні САТ/ДАТ достовірно знизилися з $167,9 \pm 15,0/96,8 \pm 10,2$ мм рт.ст. до $146,3 \pm 10,2/87,6 \pm 9,1$ мм рт.ст. за 1 місяць.

2. Результати нашого дослідження довели ефективність призначення пацієнтам з АГ комбінації периндоприл + амлодипін у щоденній клінічній практиці. Амлесса може застосовуватися для лікування будь-якого пацієнта з АГ, що потребує комбінованої терапії (при відсутності протипоказань до амлодипіну та периндоприлу), але в першу чергу у осіб з недостатньо контрольованою АГ і високим кардіоваскулярним ризиком, а також із супутньою ішемічною хворобою серця, атеросклерозом сонних і периферичних артерій.

3. Комбінація периндоприлу та амлодипіну достовірно покращує якість життя у хворих з артеріальною гіпертензією.

Використана література

1. Артеріальна гіпертензія: Оновлена та адаптована клінічна настанова заснована на доказах. – К., 2012. – 106 с.

2. Дорогой А.П. Термін виконання «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» закінчився, проблеми залишилися. Що далі? // Артеріальна гіпертензія. – 2011. – № 3(17). – С. 29–36.

3. Коваленко В.М., Сіренко Ю.М., Дорогой А.П.. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Український кардіологічний журнал. – 2010. – Додаток 1. – С. 3–12.

4. Марцовенко І.М., Марцовенко В.І. Покращення якості життя як вторинна точка оцінки ефективності антигіпертензивної терапії // Артеріальна гіпертензія. – 2013. – № 2 (28). – С.43–46.

5. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. посібник до національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. Четверте видання, виправлене і доповнене
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. проф. Ю.М. Мостового. – 15-те вид., доп. і перероб. – Вінниця, 2013. – 655 с.
7. Byrd JB, Zeng C., Tavel HM et al. Combination therapy as initial treatment for newly diagnosed hypertension // Am. Heart J. – 2011. – Vol. 162 (2). – P. 340–346 .
8. Corrao G., Nicotra F., Parodi A . et al. Cardiovascular Protection by Initial and Subsequent Combination of Antihypertensive Drugs in Daily Life Practice // Hypertension. – 2011. – Vol. 58. – P. 566–572 .
9. Girerd X. et al. / Analysis of the use of antihypertensive drugs in five European countries in 2010 / ESH London 29th April .
10. Jamerson K.A., on behalf of the ACCOMPLISH investigators. Avoiding cardiovascular events in combination therapy in patients living with systolic hypertension. American College of Cardiology Scientific Sessions; March 31, 2008; Chicago, IL.
11. Poulter N.R., Chang C.L., Dahlof B. et al. Evaluating the efficacy of the steppedcare anti-hypertensive strategies used in the AngloScandinavian Cardiac Outcomes Trial BP Lowering Arm (ASCOT) [abstract no. OS11/1] // J. Hypertens. – 2008. – Vol. 26, Suppl. 1. – P. S10.
12. Wald D., Law M., Morris J. et al. Combination Therapy Versus Monotherapy in Reducing Blood Pressure: Meta-analysis on 11,000 Participants from 42 Trials // Am. J. Med. – 2009. – Vol. 122. – P. 290–300.

EFFECT OF COMBINATION OF PERINDOPRIL AND AMLODIPINE ON CHANGE OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION BY CRITERIES OF INQUIRER SF-36.

Ternopil city communal entity “Primary care centre”

Skovronska O.V.

Abstract. This article is a brief overview of the assessment of the quality of life in patients with hypertension. The results of the study demonstrate a positive effect of combined drug "Amlessa" on quality of life in these patients.

Key words: arterial hypertension, the quality of life, combination of perindopril plus amlodipine.

УДК 612.461.25–02:616.12–008.331.1–06:616.124.2

Слобода М.В., Ярема Н.І., Коцюба О.І.

ПОКАЗНИКИ РІВНЯ С –РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ДІАСТОЛІЧНІЙ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ІХС З ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Мета: встановити особливості рівня рівня С – реактивного протеїну (СРП), урикемії та порушень діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з персистуючою формою фібриляції передсердь (ФП).

Матеріали і методи: обстежено 42 пацієнти на ІХС з персистуючою формою фібриляції передсердь: у 24 пацієнтів виявлено діастолічну дисфункцію ЛШ, у 18 – діастолічна функція збережена. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб. Тривалість персистуючої ФП становила (5,4±1,8) роки. Проведено обстеження: двовимірна Ехо-КГ у доплерівському режимі (оцінка діастолічної функції ЛШ), біохімічне дослідження крові: визначення рівня СРП та сечової кислоти.

Результати дослідження: встановлено, що у обстежених хворих рівень СРП становив $(9,38 \pm 0,76)$ мг/л, що в 2,4 рази вище, ніж у контрольній групі $(3,91 \pm 0,84)$ мг/л і спостерігалось підвищення рівня сечової кислоти до $(408,2 \pm 21,3)$ мкмоль/л у крові, що на 37,2 % ($p < 0,05$) вище, у порівнянні з контрольною групою.

При оцінці діастолічної функції ЛШ, у обстежуваних пацієнтів, спостерігалось зниження показника E до $(0,52 \pm 0,02)$ м/с, що на 16,8 % ($p < 0,05$) нижче контролю. Показник A становив $(0,68 \pm 0,03)$ м/с, що на 14,7 % ($p < 0,05$) вище показника, у контрольній групі. Співвідношення E/A становило $(0,77 \pm 0,04)$ м/с, що достовірно нижче контролю на 26,2%. У групі хворих виявлено збільшення IVRT $(83,4 \pm 1,12)$ мс – на 14,3 % і DT $(208,5 \pm 1,2)$ мс – на 17,4%. Дані Ехо КС вказують на релаксаційний тип діастолічної дисфункції ЛШ у обстежуваних хворих. Виявлено обернений кореляційний зв'язок між підвищенням рівня СРП та зменшенням показника E/A $r = -0,38$ ($p < 0,05$).

Висновки: У хворих з персистою формою ФП рівень СРП та сечової кислоти був значимо вищим, у порівнянні з контролем, що свідчить про значну роль медіаторів запалення, зокрема СРП, та метаболічних порушень у механізмах виникнення та прогресування діастолічної дисфункції ЛШ у хворих на ІХС з персистою ФП.

УДК: 616.72–002/78–006/9–071]–05

Сміян С.І., Даньчак С.В., Соліляк О.В., Слаба У.С., Коморовський Р.Р., Мігенько Л.М.

ОЦІНКА СТРУКТУРИ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Встановлено, що метаболічний синдром (МС) розвивається в 25–60 % хворих на подагру. Стан органів шлунково–кишкового тракту та їх роль в розвитку метаболічного синдрому мало вивчені та недостатньо висвітлені в літературі, водночас вони мають безпосереднє відношення до його розвитку і часто й самі стають органами–мішенями. При цьому патологію біліарного тракту за наявності МС виявляють у 41,9% хворих, патологію печінки у– 64%. Пацієнти з МС перебувають у групі максимального ризику розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), котра на сьогодні виділена як самостійна нозологічна одиниця, що включає в себе такі стадії: стеатоз печінки, неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), фіброз, цироз, в результаті якого можливий розвиток гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК).

Мета роботи. Дослідити поширеність коморбідних станів у хворих на подагру.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 120 хворих на подагру, що знаходились на лікуванні в ревматологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ». Діагноз подагри верифіковано згідно із наказом МОЗ України від 12.10.2006 р., № 676. Для діагностики коморбідних станів використовувались діючі протоколи надання медичної допомоги дорослому населенню № 943 від 31.10.2013р. Всю групу обстежених складали чоловіки (100 %) віком від 24 до 78 років. Серед яких 23 хворих молодого віку, середній вік яких складав $37,57 \pm 6,01$ років, 71 хворий середнього віку ($53,35 \pm 3,82$ років), 20 хворих літнього віку ($65,35 \pm 3,96$ років) та 6 хворих старечого віку ($76,33 \pm 1,03$ роки).

Результати та обговорення. Проведені дослідження показали, що метаболічний синдром виявлено у 83(69,2%) обстежених. Ураження печінки виявлено у 66 (55,0 %) хворих. При цьому найбільша кількість пацієнтів з них належала до осіб старечого (70,0 %) та літнього (83,3 %) віку. Найменша кількість пацієнтів з ураженням печінки, як і в випадку МС виявлено серед молодих осіб (21,7 %). Щодо супутньої патології у хворих на подагру, то у 51,7 % зустрічалась артеріальна гіпертензія, у 50,8 % – цукровий діабет та в 39,2 % остеоартроз. Проводячи аналіз супутньої патології у вікових групах хворих встановлено, що найчастіше у популяції молодих осіб зустрічаються АГ у 21,7 % та цукровий діабет у 4,3 % випадків. Серед осіб серед-

нього віку константований відсоток осіб з остеоартрозом – 61,3 %, а також збільшена кількість хворих на цукровий діабет – 26,8 % та артеріальну гіпертензію – 86,3 %. Із збільшенням віку хворих, зокрема серед пацієнтів старечого віку, спостерігається вища поширеність хворих з остеоартрозом – 80,0 %, що значно домінує над цукровим діабетом (60,0 %) та гіпертонічною хворобою (65,0 %). Серед пацієнтів літнього віку відбувся рівномірний розподіл у відсотковому співвідношенні усієї супутньої патології.

Висновки. Метаболічний синдром найчастіше зустрічається серед хворих на подагру, на тлі якого з збільшенням віку пацієнтів частіше реєструється артеріальна гіпертензія, цукровий діабет та остеоартроз.

УДК 616–002.78–06:616.1

Сміян С.І.¹, Матюк Л.М.², Слаба У.С.¹, Коморовський Р.Р.¹, Маховська О.С.³

КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК ПРИ ПОДАГРІ: МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ І ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОБТЯЖЕННЯ

1 – ДВНЗ «Тернопільський медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

2 – Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації

3 – КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»

Актуальність. На сьогодення наукові дослідження спрямовані на удосконалення вивчення складних взаємовідносин між захворюваннями, які найчастіше поєднуються в одного і того ж хворого, особливо в осіб молодого та середнього віку, що значно впливає на працездатність і якість життя. Особливу увагу слід привернути до захворювань, які часто поєднуються із артеріальною гіпертензією (АГ), ішемічною хворобою серця (ІХС), ожирінням, оскільки саме наведені недуги в основному є причиною інвалідизації та зменшення тривалості життя. Одним із поширених ревматичних захворювань у чоловіків є подагра, основні механізми розвитку якої можуть також збільшувати ризик серцево–судинної патології, формулюючи таким чином значну актуальність профілактики загрозливих недуг у даної когорти пацієнтів.

Метою нашого дослідження було вивчити поширеність факторів кардіоваскулярного ризику у хворих на подагру залежно від наявності або відсутності метаболічного синдрому (МС) і АГ.

Матеріали і методи. Для реалізації поставленої мети, нами було обстежено 165 хворих на подагру, віком від 41 до 74 років, серед яких усі були чоловіки. Хворі були розподілені на три групи: в першу групу увійшли пацієнти без супутньої патології, в другу – хворі з АГ, в третю – з супутнім МС. Вивчали поширеність порушень ліпідного обміну та факторів серцево–судинного ризику.

Результати дослідження та обговорення. Констатовано, що кількість нападів артриту на рік, тофусного варіанту захворювання, деструктивних рентгенологічних змін була більшою в групах з АГ та з МС. Пацієнти цих груп демонстрували й більші рівні сечової кислоти, з максимальним кількісним значенням в когорті з МС. Дуже частим супутнім захворюванням при подагрі зареєстрований цукровий діабет, який діагностований у 33 (70 %) хворих з МС. Хвороби нирок з однаковою частотою зустрічалися у пацієнтів з АГ і МС, в той час, коли у хворих без супутньої патології – лише у 8 % випадків. Поряд із тим встановлено, що кількісні показники артеріального тиску в групі хворих з подагрою і МС була достовірно вищою, ніж у пацієнтів без МС.

Оцінка ліпідного обміну, як важливого фактору ризику атеросклерозу та ІХС свідчила за наявність змін у всіх хворих, що брали участь у дослідженні. Але, слід зазначити, що за наявності МС дисліпідемічні порушення у вигляді гіперхолестеринемії ($6,96 \pm 1,32$ ммоль/л), підвищення рівня ХС ЛПНЦ і тригліцеридів ($3,17 \pm 0,24$ ммоль/л), зниженні концентрації ХС ЛПВЦ були найбільш вираженими ($p < 0,05$).

Ретельна оцінка відомих факторів ризику серцево–судинних захворювань (ССЗ) свідчила про те, що більше половини хворих на подагру палить, веде малорухомий спосіб життя, причому кількість таких пацієнтів достовірно зростає в групі з МС. Аналіз кардіоваскулярного ризику показав, що хворі з подагрою мають загально вищий ризик ($p \leq 0,05$) ніж в популяції, особливо пацієнти з АГ і МС. Слід зазначити, що за умов наявності МС при подагрі кожний 5 пацієнт має високий, а кожний 10 – дуже високий ризик.

Висновки. Таким чином слід відзначити, що на сьогодні існує суттєва необхідність ретельного контролю кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з подагрою. Проведені дослідження свідчать, що стратифікація фатального ризику та ризику розвитку ІХС має озброювати практикуючих лікарів у випадку поєднання МС і подагри в напрямку первинної і вторинної профілактики ССЗ, оскільки успішне лікування саме подагри не впливає на кінцевий результат ССЗ і добра якість життя таких пацієнтів об'єктивно неможлива.

УДК 616.61–002–008–003–06:616–002.78

Сміян С. І., Франчук М. В., Боднар Р. Я., Лихацька Г. В., Свистун І. І., Лепявко А. А.

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ ТА МІКРОГЛОБУЛІНУРІЇ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. В сучасній літературі виділяють поняття «подагрична нефропатія» (ПН), що характеризує всю ниркову патологію, яка зустрічається при подагрі. Патогенез ПН пов'язаний з гіперпродукцією сечової кислоти (СК) та дисбалансом між процесами канальцевої секреції та реабсорбції уратів. Якщо в сечі збільшується кількість альбумінів та інших високомолекулярних білків, то це свідчить про ураження ниркових клубочків. Канальцевий тип порушень характеризується збільшенням в сечі низькомолекулярних білків – мікроглобулінів. При змішаному типі ураження в сечі виявляють як низько–, так і високомолекулярні білки. Саме тому актуальною є рання діагностика мікроальбумінурії (МА) та мікроглобулінурії (МГ) як маркера ураження нирок.

Метою дослідження було вивчити частоту виникнення МА та МГ у хворих на подагру.

Матеріали і методи. Обстежено 40 хворих на хронічний подагричний артрит, які планово знаходились на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня», які раніше не обстежувались на предмет ПН і за загально – клінічними даними не мали ПН в структурі діагнозу. Крім основних лабораторно – інструментальних методів обстеження даній групі пацієнтів визначали рівень мікроальбумінів та мікроглобулінів в ранковій порції сечі за допомогою імуноферментного методу.

Результати та обговорення. Враховуючи, що всі пацієнти проходили планове лікування основного захворювання, не мали клінічних проявів ураження нирок, швидкість клубочкової фільтрації, загальний аналіз сечі, рівень креатиніну та сечовини знаходились в межах норми – у 100 % обстежених хворих виявлено сольовий діатез, у 25 % – нефролітіаз, у 35 % констатована МА, а у 45 % – МГ. Дані результати вказують, що, близько 50 % хворих на подагру мають супутню ПН, яка протікає безсимптомно на етапі формування.

Висновок. Рання діагностика ураження нирок з подальшим застосуванням превентивних заходів та коректно підібраним лікуванням допоможе попередити прогресування хронічної хвороби нирок та розвиток хронічної ниркової недостатності у хворих на подагру.

КЛІНІКО–ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ЧЕРКАСЬКІЙ ОБЛАСТІ

1 – Черкаський медичний коледж

*2 – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського» МОЗ України*

Метою дослідження було з'ясувати територіальні та сезонні чинники ризику розвитку бронхіальної астми у жителів Черкаської області;

Результати дослідження. За даними Національного інституту фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України (2012 рік), Черкаську область зараховано до регіонів України із поширеністю БА вище середнього.

Так, на 10 000 осіб дорослого населення на Черкащині припадало 53,56 випадків БА, тоді як у м. Києві 67,50 випадків, у Вінницькій області 66,43 випадків, у Полтавській області 39,77, Сумській – 38,25 випадків. В Тернопільській області поширеність БА близька до черкаського показника, вона становила 52,97 випадки на 10 000 осіб населення.

Первинна захворюваність на БА в Черкаській області найбільш високою була в 2012 році, а за загальноукраїнськими даними в 2011.

На теренах Черкаської області показники, вищі за середньообласні, станом на 2014 рік у Корсунь–Шевченківському, Звенигородському районах і м. Ватутіному, а нижчі – в Лисянському, Христинівському, Уманському, Шполянському та Смілянському районах.

Як свідчать наведені дані, поширеність БА в Україні загалом та в Черкаській області зокрема можна пов'язати з забрудненістю повітря та низькою його якістю лише частково (коли йдеться про великі міста – Черкаси, Умань, Ватутіне). Тому цей аспект потребує подальшого вивчення.

Аналіз госпіталізації пацієнтів із БА в алергологічне відділення Черкаської обласної лікарні свідчить, що найбільше госпіталізацій припадає на холодну пору року (за винятком січня, що, очевидно, пов'язане з відзначенням свят і небажанням пацієнтів лягати в цей період до лікарні). Найбільше пацієнтів госпіталізовано – 50 у грудні, на другому місці – лютий 48, на третьому і четвертому – листопад і жовтень по 45.

Крім зимового піку госпіталізацій, помітне збільшення відмічалось в травні та вересні, що, очевидно, пов'язано із весняним цвітінням бур'янів та осіннім – амброзії, яке провокує напади астми в пацієнтів, котрі мають підвищену чутливість до пилку рослин.

Найменше госпіталізовано в літні місяці (33 в червні, по 35 у липні та серпні), тож ці місяці можна вважати найсприятливішим періодом для пацієнтів із БА.

Тривалість госпіталізацій свідчить, що період видужання пацієнтів є найбільш тривалим у зимові місяці. Так, у лютому тривалість ліжкоднів становила $12,40 \pm 0,57$, у грудні – $12,33 \pm 0,37$, у січні – $12,28 \pm 0,42$.

Найменша тривалість госпітального періоду відмічена у вересні – $11,20 \pm 0,49$ та березні – $11,31 \pm 0,44$, що найбільш імовірно зумовлене бажанням пацієнтів взяти участь у проведенні сільськогосподарських робіт.

Висновки. Таким чином, проведений нами аналіз підтверджує літературні дані про те, що найбільше загострень БА припадає на холодну пору року, зокрема, зимові місяці. Холодне повітря, гострі респіраторні вірусні інфекції та викликані ними ускладнення виступають потужними тригерами БА. Аналіз поширеності захворювань на БА на території Черкаської області частково підтверджує літературні дані про вплив забрудненості повітря на кількість загострень БА. Водночас, згаданий показник наразі відображає не тільки реальну поширеність БА, але й стан діагностики в тих чи тих регіонах України.

ЛІКАР У РОЛІ ПАЦІЄНТА: ЧИ ЛЕГКО ДОТРИМУВАТИСЬ ВЛАСНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ?

ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»

Як одна з головних причин смертності та інвалідності, серцево–судинні захворювання є головним пріоритетом охорони здоров'я у світі. Щоденно в роботі з пацієнтами ми проводимо роз'яснювальну роботу щодо необхідності здорового способу життя, контролю маси тіла, регулярного прийому антигіпертензивних ліків. Давати рекомендації легко, а дотримуватись?...

Метою роботи є вивчення питання дотримання лікарями, які займаються проблематикою артеріальної гіпертензії, стандартних рекомендацій щодо моніторингу стану власного здоров'я, дотримання рухової активності, принципів здорового харчування.

Матеріали і методи: впродовж 2014 року було опрацьовано дані анонімного анкетування 62 лікарів кардіологічного, ревматологічного, терапевтичних відділень ЦМКЛ м. Івано–Франківська, університетської клініки ІФНМУ, співробітників терапевтичних кафедр ІФНМУ.

Результати дослідження. У дослідженій вибірці переважали жінки (69,35%); респонденти віком до 35 років (33,87%) та 46–55 років (27,42%). Лікарі з нормальним індексом маси тіла становили найбільшу частку – 41,94%, у 25,80% – надлишкова маса тіла, у 14,52% – дефіцит маси тіла та ожиріння I ступеня (12,9%). Знають про свій рівень АТ 96,78% лікарів, з них – у 58,06% – нормотензія, а у 24,19% – гіпертензія. 22,58% респондентів вказали, що «постійно» або «спорадично» приймають антигіпертензивні ліки, найчастіше це ІАПФ та діуретики. 78,57% з тих, в кого відмічається гіпертензія, 1 або 2 рази на добу проводять вимірювання АТ. Тільки 61,29% лікарів у нашому дослідженні знаюли свій рівень холестерину, з них – у 28,94% випадків спостерігається гіперхолестеринемія, а статини приймають 10 з 11 пацієнтів з гіперліпідемією. Жодного разу в житті не проводилося ЕКГ одному досліджуваному, більше 1 року тому таке дослідження відбулось у 54,83% випадків. У нашій вибірці 22,58% тих, хто палить, 2 (3,22%) лікарів позбулися цієї звички. Щодо фізичної активності, то 46,77% респондентів вказують, що «постійно ходять додому пішки», 12,9% займаються у фітнес–центрах, а 32,23% лікарям достатньо «постійного кругообороту в лікарні». Свідомо обмежують вживання кухонної солі 8 (12,9%) досліджуваних. Рівень глікемії контролюють 96,77% лікарів.

Висновок. Попри розповсюджену думку, що лікар не завжди є «слухняним» пацієнтом, нами одержано дані, що лікарі–терапевти та кардіологи свідомо відносяться до проблеми власної гіпертензії, приймають ліки, контролюють ліпідний спектр. Значна частка намагається дотримуватися рухової активності, зважають на характер харчування, контролюють ІМТ. Можливо, що наші дані не збігаються з раніше проведеними дослідженнями у зв'язку з особливостями вікового складу вибірки (великої частки респондентів молодого віку).

РОЛЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО МЕТОДУ В ОЦІНЦІ РЕГЕНЕРАЦІЇ СІДНИЧНОГО НЕРВА ПІД ВПЛИВОМ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН АДГЕЗИВНОЇ ФРАКЦІЇ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ

ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Вступ. Частота пошкодження периферійних нервів в розвинутих країнах становить 0,3–0,5 на 10 000 населення. В Україні кожного року таку травму спостерігають у 2,5–3 тис. потерпілих, з них у 60–75% встановлюють інвалідність.

Незважаючи на значний прогрес у мікрохірургічній техніці, функція нерва після накладання анастомозу кінець–у–кінець, не відповідає функції інтактного нерва. Для стимуляції регенерації нервових волокон використовуються як медикаментозні препарати, так і фактори росту, розробляються експериментальні підходи, при яких в якості ростових і трофічних факторів застосовуються стовбурові клітини. Жирова тканина людини є багатим джерелом мультипотентних стовбурових клітин, які можна виділити, завдяки їх здатності прилипати до пластику в умовах культивування (адгезивна фракція жирової тканини).

Мета. Оцінити регенерацію сідничного нерва щура під впливом адгезивної фракції жирової тканини, що містить мультипотентні стовбурові клітини при накладанні анастомозу “кінець у кінець”, шляхом визначення функціонального індексу сідничного нерва (SFI).

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на 20-ти білих щурах–самцях масою 250 ± 25 г. Тварини розділені на 4 групи по 5 тварин у кожній. У 1-й і 3-й групах (експеримент, $n=10$) після перерізки сідничного нерва у середній третині стегна справа формувався анастомоз “кінець у кінець”. Під епіневрі проксимального та дистального кінців максимально близько до лінії шва вводили 0,3 мл адгезивної фракції жирової тканини (першого пасажу), що містила $1 \cdot 10^6$ фібробластоподібних клітин. У 2-й і 4-й групах (контроль, $n=10$) проводилася аналогічна операція і під епіневрі вводили 0,3 мл поживного середовища (DMEM + 10% фетальна бичача сироватка (Sigma)).

Для оцінки функціонального відновлення сідничного нерва використовували «Тест ходьби на доріжці» (“Walking track analysis”) через 30 днів у групах 1 і 2, та через 60 днів у групах 3 і 4. Функціональний індекс сідничного нерва (SFI) обчислювали на основі 3-х основних показників відбитків обох стоп. За «0» вважали нормальну функцію сідничного нерва, «–100» – повне порушення функції. Достовірність різниці показників SFI між групами визначали за U-тестом Mann – Whitney.

Результати та їх обговорення. У експериментальній групі тварин середнє значення функціонального індексу сідничного нерва у 1-й групі (через 30 днів) було $-20,07 \pm 0,86$, у 3-й групі (через 60 днів) $-19,87 \pm 1,52$. У 2-й контрольній групі (через 30 днів) $-27,73 \pm 4,05$, а у 4-й (через 60 днів) $-26,01 \pm 4,13$. Отримані результати свідчать про достовірне покращення функції сідничного нерва ($U_{емп} = 0$, $U_{кр} = 1$, $P \leq 0,01$) під впливом адгезивної фракції жирової тканини, що містить мультипотентні стовбурові клітини.

У цей же час, різниця між показниками функціонального індексу сідничного нерва між групами 1 і 3 та 2 і 4, тобто покращення його у часовому аспекті, виявилася недостовірною ($U_{емп} = 10,5$, $U_{кр} = 4$, $p \leq 0,05$).

Висновки.

1. Адгезивна фракція жирової тканини, що містить мультипотентні стовбурові клітини, покращує регенерацію сідничного нерва у щура в експерименті.
2. Показники регенерації сідничного нерва щура суттєво не змінюються у часовому проміжку від 30 до 60 днів як під впливом адгезивної фракції жирової тканини, так і без неї.
3. Функціональний метод оцінки регенерації сідничного нерва під впливом клітинної терапії є достовірним, зручним та об'єктивним методом, що наближений до клініки.

4. Перспективним є подальше вивчення регенерації сідничного нерва під впливом мультипотентних стовбурових клітин адгезивної фракції жирової тканини морфологічним, імуногістохімічним та електрофізіологічним методами, а також розробка біодеградуючих скаффолдів із включенням мультипотентних стовбурових клітин для пластики критичних дефектів нерва, що не дозволяють накласти прямий анастомоз “кінець–у–кінець”.

Шевченко М.В., Медведчук Г.Я.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ПОРУШЕНЬ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Гіпертонічна хвороба (ГХ) – найбільш поширене захворювання сучасності. За останні роки серед дорослого населення поширеність гіпертонічної хвороби зросла на 68,0 %. Гіпертонія є одним з основних факторів ризику розвитку серцево–судинних захворювань: у пацієнтів із високим артеріальним тиском (АТ) у 3–4 рази частіше виникає інфаркт міокарду, у 6 разів – хронічна серцева недостатність (ХСН). У патогенезі гіпертонічної хвороби особливе місце належить ендотеліальній дисфункції. За останні роки багатьма клінічними дослідженнями був підтверджений взаємозв'язок між прогресуванням артеріальної гіпертензії та ендотеліальної дисфункції. Функціональна цілісність ендотелію – необхідна умова для забезпечення кровотоку і підтримки антикоагулянтної активності. Основні причини розвитку ендотеліальної дисфункції при артеріальній гіпертензії дуже різноманітні. Одними з них є порушення балансу утворення чи блокадою дії систем брадикініну та ендотеліального фактора релаксації (ЕФР) – оксиду азоту (NO).

В зв'язку з цим ціл्लю роботи з'явилося вивчення порушень вазорегулюючої функції ендотелію в периферичних судинах у хворих на гіпертонічну хворобу.

Основна частина. Обстежено 49 хворих (22 чоловіків і 27 жінок). З них – 10 хворих ГХ І стадії, 28 хворих ГХ II стадії і 11 хворих ГХ III стадії. Середній вік хворих склав $53,3 \pm 6,5$ роки, без ознак вираженої серцевої недостатності і клінічно значущої супутньої патології. Систолічний артеріальний тиск складав $173,6 \pm 6,18$ мм рт. ст., діастолічний АТ – $102,7 \pm 7,08$ мм рт. ст. Тривалість захворювання від 5 до 15 років. В якості контролю була обстежена група з 20 практично здорових осіб, порівнянних за статтю та віком з основною групою. Функціональний стан судинного ендотелію у хворих на ГХ оцінювали імуноферментним методом, враховуючи рівень ендотелійпродуруючих вазоконстрикторних і вазодилатуючих речовин: ендотеліну–1 (ЕТ–1) і циклічного гуанозинмонофосфату (цГМФ). З літературних джерел відомо, що підвищення вмісту цГМФ побічно свідчить про збільшення ЕФР. Отримані дані були оброблені методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу. Достовірність відмінностей визначалася за критерієм t–Стьюдента.

Характеризуючи показники периферичної гемодинаміки, нами відзначено збільшення регіонарного судинного опору в 2,2 рази ($p < 0,01$) як у спокої, так і у фазі реактивної гіперемії, зниження коефіцієнту механочутливості (КМЧ) до $-37,5\%$ ($p < 0,01$) і уповільнення регіонарного кровотоку на $32,6\%$ ($p < 0,01$) у спокої, на $33,5\%$ ($p < 0,01$) після реактивної гіперемії у хворих ГХ III стадії в порівнянні з контролем. Аналіз отриманих даних показав, що вміст ЕТ–1 в плазмі крові було максимальним у хворих з III стадією ГХ, що на $78,3\%$ ($p < 0,01$) перевищувало показники контрольної групи. У хворих ГХ III стадії також зазначено найбільш низький вміст цГМФ у плазмі крові, що на $30,8\%$ ($p < 0,01$) нижче в порівнянні з цим показником контрольної групи. Нами виявлений міцний негативний зв'язок між вмістом ЕТ–1 в плазмі крові у хворих ГХ і показниками регіонарного кровотоку ОШКсп (об'ємна швидкість кровотоку у спокою) і ОШКрг (об'ємна швидкість кровотоку після реактивної гіперемії) ($r = -0,61$; $r = -0,66$; $p < 0,05$) і коефіцієнтом, який визначає механочутливість резистивних судин ($r = -0,64$; $p < 0,05$). У роботі також

зазначено, що з підвищенням рівня ET-1 підвищується регіонарний периферичний опір (РПО), про що свідчить тісний позитивний кореляційний зв'язок між вмістом ET-1 в плазмі крові та рівнем РПОсп і РПОрг ($r = 0,65$; $r = 0,68$; $p < 0,05$). Негативний кореляційний зв'язок виявлено між вмістом цГМФ у плазмі крові та регіонарним судинним опором як у спокої, так і у фазі реактивної гіперемії ($r = -0,37$; $r = -0,44$; $p < 0,05$). Відзначений позитивний кореляційний зв'язок між плазмовим рівнем цГМФ і ОШКсп, ОШКрг ($r = 0,38$; $r = 0,48$; $p < 0,05$), між цГМФ і КМЧ ($r = 0,46$ $p < 0,05$).

Висновки: таким чином, отримані дані свідчать, що ендотеліязалежна вазодилатація артеріальних судин у хворих на гіпертонічну хворобу порушена.

1. У хворих на гіпертонічну хворобу в порівнянні зі здоровими особами спостерігаються порушення функціонального стану судинного ендотелію, що характеризуються підвищенням плазмового рівня ET-1 і зниженням вмісту цГМФ у плазмі крові.

2. У хворих на гіпертонічну хворобу в порівнянні зі здоровими особами визначається порушення периферичної гемодинаміки у вигляді зниження механочутливості судинного ендотелію, сповільнення регіонарного кровотоку і підвищення регіонарного судинного опору.

3. Встановлено тісну взаємодію між вмістом ендотеліальних вазоактивних факторів (ET-1, цГМФ) і характером і ступенем виразності порушень периферичної гемодинаміки у хворих на гіпертонічну хворобу. Враховуючи ці порушення, для поліпшення прогнозу і збільшення тривалості життя хворих з патологією серцево-судинної системи необхідно прагнути до нормалізації функціонального стану ендотелію судин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амбросова Т.Н. Эндотелиальная дисфункция при гипертонической болезни // Международный медицинский журнал. – 2013. – Т. 19, № 4. – С. 16–21.

2. Коноплева Л.Ф. Эндотелиальная дисфункция в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний и методы ее коррекции // Therapia No 3 (56) 2011 С 26–30.

3. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Мамаев В.И. и др. Особенности растяжимости периферических артерий при эссенциальной гипертонии // Тер. архив. – 2002. – № 4. – С. 85–88.

4. Денисюк В.І., Валуєва С.В. Функціональний стан ендотелію та процеси ремоделювання серця у хворих з ішемічною хворобою серця у поєднанні з гіпертонічною хворобою // Артеріальна гіпертензія: виявлення, поширеність, диспансеризація, профілактика та лікування. Матеріали регіональної науково-практичної конференції. – Івано-Франківськ, 2005. – С.

5. Фуштей А.И. Эндотелиальная дисфункция и некоторые прессорные нейрогуморальные субстанции у больных гипертонической болезнью в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких // Вестник неотложной и восстановительной медицины, 2007. – Том 8. – №1. – С. 113 – 116.

6. Gonzalez J, Valls N, Brito R, Rodrigo. Essential hypertension and oxidative stress: New insights. //World J Cardiol. 2014 Jun 26;6(6):353–66.

7. Viridis A, Taddei S. How to evaluate microvascular organ damage in hypertension: assessment of endothelial function. // High Blood Press Cardiovasc Prev. 2011 Dec 1;18(4):163–7.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСИХОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ІНСОМНІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Анотація. Інсомнія є одним із найчастіших симптомів посттравматичного стресового розладу. Серед нефармакологічних методів терапії інсомнії найефективнішими є методи поведінкової психокорекції та психотерапії, які покращують сон та не викликають звикання або побічних ефектів, що часто спостерігається при використанні снодійних препаратів. Серед психотерапевтичних методів найчастіше застосовують раціональну, поведінкову і когнітивну психотерапію, методи саморегуляції, метод біологічного зворотного зв'язку, релаксаційні методи.

Ключові слова: ПТСР (посттравматичний стресовий розлад), когнітивно–поведінкова терапія, інсомнія, метод парадоксальної інтенції, енцефалофонія, техніки релаксації, гігієна сну, метод контролю стимулів.

Шкробот С.І., Венгер Е.П., Несторович Я.М., Смашна Е.Е., Мисула Ю.І., Білоус В.С., Сас Л.М., Костіна О.А.

ЭФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНСОМНИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Аннотация. Инсомния является одним из наиболее частых симптомов посттравматического стрессового расстройства. Среди нефармакологических методов терапии инсомнии эффективными являются методы поведенческой психокоррекции и психотерапии, которые улучшают сон и не вызывают привыкания или побочных эффектов, часто наблюдается при использовании снотворных препаратов. Среди психотерапевтических методов чаще применяют рациональную, поведенческую и когнитивную психотерапию, методы саморегуляции, метод биологической обратной связи, релаксационные методы.

Ключевые слова: ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство), когнитивно–поведенческая терапия, инсомния, метод парадоксальной интенции, энцефалофония, техники релаксации, гигиена сна, метод контроля стимулов.

Shkrobot S., Venger O., Nestorovych Ya., Smashna O., Mysula Yu.,
Bilous V., Sas L., Kostina O.

EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF INSOMNIA AT POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

Abstract. Insomnia is one of the most common symptoms of posttraumatic stress disorder. Among non-pharmacological therapies insomnia is the most effective method of behavioral therapy and psychological programs that improve sleep and do not cause addiction or side effects that often occurs when using sleeping pills. Among the most commonly used methods of psychotherapy are rational, behavioral and cognitive therapy, self-control methods, the method of biofeedback, relaxation techniques.

Keywords: PTSD (post traumatic stress disorder), cognitive–behavioral therapy, insomnia, paradoxical intention technique, entsefalofoniya, relaxation techniques, sleep hygiene, stimulus control method.

Вступ. Проблема порушень сну у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом на сучасному етапі є вкрай актуальною. З одного боку, згідно новітніх наукових досягнень, наявність порушень сну у учасників бойових дій асоціюється з підвищенням ризику розвитку ПТСР у майбутньому. З іншого боку, інсомнія є облігатним симптомом у клінічній картині ПТСР.

Згідно Міжнародній класифікації розладів сну (2005) під терміном «інсомнія» прийнято розуміти клінічний синдром, який характеризується наявністю повторюваних порушень ініціації, консолідації, тривалості або якості сну не зважаючи на наявність достатнього часу і умов для цього та викликає порушення денного психофізіологічного функціонування і супроводжується втому, погіршенням емоційного стану, роздратованістю, тривожністю, м'язовою напругою, зниженням концентрації уваги, погіршення пам'яті, зниженням мотивації та ініціативності. Відповідно до класифікації DSM–IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [7] Американської психіатричної асоціації, інсомнією вважається захворювання, що супроводжується кількісними та якісними порушеннями сну як мінімум тричі на тиждень протягом не менше ніж 1 місяць.

Клінічна феноменологія інсомнії включає пресомнічні, інтрасомнічні та постсомнічні розлади:

1. Пресомнічні розлади, основним проявом яких є труднощі з засипанням, які супроводжується тривожністю та страхом не заснути, неможливістю знайти зручну позу.
2. Інтрасомнічні розлади, які характеризуються частими пробудженнями після яких людині довго не вдається заснути.
3. Постсомнічні розлади, проявом яких є раннє ранкове пробудження, незадоволеність якістю сну, знижена працездатність, сонливість та відчуття розбитості.

На сьогодні існує два підходи до лікування інсомнії. Перший передбачає використання різних методів психотерапії, є неспецифічним і може бути використаний в лікуванні інсомнії будь-якого характеру. Другий спрямований на лікування конкретної нозологічної форми інсомнії з застосуванням фармакологічних засобів.

Виклад основних результатів дослідження.

Серед нефармакологічних методів терапії інсомнії найефективнішими є методи поведінкової психокорекції та психотерапії, які покращують сон та не викликають звикання або побічних ефектів, що часто спостерігається при використанні снодійних препаратів. Серед психотерапевтичних методів найбільш часто застосовуються такі стратегії як: раціональна, поведінкова і когнітивна психотерапія, методи саморегуляції, метод біологічного зворотного зв'язку, релаксаційні методи.

Згідно наукових досліджень, найефективнішим методом лікування інсомнії при посттравматичних стресових розладах є когнітивно–поведінкова терапія, яка застосовується у поєднанні з фармакологічною терапією. Когнітивно–поведінкова терапія має переваги перед медикаментозним лікуванням, оскільки пов'язана з меншим ризиком розвитку побічних ефектів при тривалому застосуванні. Даний вид терапії проводять протягом обмеженого періоду, від 4 до 8 сесій. Це – фокальний і директивний метод терапії, при якому пацієнт відіграє активну роль і приймає частину відповідальності за лікування на себе. Основними інструментами когнітивно–поведінкової терапії є провокуючі і закріплюють чинники.

У таблиці 1 здійснено огляд досліджень щодо застосування когнітивно–поведінкової терапії інсомнії в осіб з діагнозом посттравматичний стресовий розлад.

В терапії розладів сну необхідними є заходи щодо виявлення можливих причин порушень сну, які включають в себе не тільки систему діагностичних процедур, а й активну роботу самого пацієнта щодо з'ясування і усвідомлення психологічних факторів, що викликають або посилюють порушення сну.

Огляд досліджень застосування когнітивно–поведінкової терапії інсомнії в осіб з посттравматичним стресовим розладом

Автор	Контингент дослідження	Терапія	Результати сну	Наявність нічних жахів	Загальні ПТСР симптоми
1	2	3	4	5	6
Cook JM, Harb GC, Gehrman PR, Cary MS, Gamble GM, Forbes D, Ross RJ. [10](2010)	124 ветерани війни з хронічними гострими посттравматичними стресовими розладами	Шість 90 хв. сесій з веденням щоденника нічних жахів	Не виявлено значних змін	Не виявлено значних змін	Не виявлено значних змін
Davis JL, Wright DC. [11] (2007)	27 травматологічно–опромінені особи	Рандомізоване клінічне дослідження. Три 120 хв.сесії. Метод контролю стимулів, гігена сну, прогресивна м'язова релаксація	Зниження депресії та посттравматичного стресу, страху сну та загальне покращення якості сну	У 84% пацієнтів спостерігалось відсутність нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів, полегшення діагностики
Forbes D, Phelps A, McHugh T. [12](2001)	12 ветеранів війни у В'єтнамі	Шість 90 хв. сесій з веденням щоденника нічних жахів та приладів IES–R, BDI, BAI, та SCL–90–R	Не виміряно	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження тяжкості симптомів
Germain A, Shear MK, Hall M, Buysse DJ. [13] (2007)	7 дорослих жертв насильницьких злочинів з діагнозом ПТСР	Одна 90 хв. сесія, ведення щоденника сну	Покращення якості сну, зниження тривожності та депресії	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження денного нервового збудження
Krakow B, and all. [14] (2000)	169 жінок, які пережили сексуальне насильство	Лікування складалось з двох 180 хв. сесій та однієї 60 хв. протягом 5 тижнів.	Покращення якості сну	Зниження частоти та інтенсивності	Зниження тяжкості симптомів

Long ME1, Hammons ME, Davis JL, Frueh BC, Khan MM, Elhai JD, Teng EJ. [15] (2011)	37 ветеранів війни з діагнозом ПТСР	Шість 90 хв. сесій з використанням технік релаксації	Збільшення тривалості сну	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів
Lu M, Wagner A, Van Male L, Whitehead A, Boehnlein J.[16] (2009)	15 ветеранів війни з діагнозом ПТСР, що супроводжується нічними кошмарами	Шість 90 хв. сесій з веденням щоденника нічних жахів та приладів IES-R, BDI, BAI, та SCL-90-R	Не спостерігалось змін	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів
Nappi CM, Drummond SP, Thorp SR, McQuaid JR. [17] (2010)	35 ветеранів, які страждають від частих нічних кошмарів. У більшості діагностовано ПТСР	Чотири або п'ять 60 хв. індивідуальних сесій, або 120 хв. групові сесії. Метод репетиції уявних образів.	Зниження безсоння	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів
Swanson LM, Favorite TK, Horin E, Arnedt JT. [18] (2009)	10 ветеранів бойових дій з діагнозом ПТСР	Десять 90 хв. групових сесій. Метод репетиції уявних образів та релаксацийні техніки. Ведення індивідуального щоденнику сну.	Підвищення показників якості сну	Зниження частоти нічних жахів	Зниження тяжкості симптомів

Метою когнітивної психотерапії є формування правильного ставлення пацієнта до наявних розладів сну, корекції довільних та ірраціональних думок і висновків, заміни «тривожних» думок на більш спокійні. В когнітивній моделі інсомнії до факторів хроніфікації відносять страх «не заснути», нав'язливі думки перед сном і дисфункціональні переконання щодо сну. Згідно A.G. Harvey (2005), гостра інсомнія пов'язана з життєвими стресами, субхронічна – з тривогою з приводу сну, а хронічна інсомнія підтримується за рахунок процесів вибіркової уваги, спотвореного сприйняття порушення функціонування протягом дня і самообмежувальної поведінки. Хворі інсомнією схильні звертати увагу на все те, що несе загрозу сну і призводить до формування «порочного кола» тривоги [2]. (Рис.1).

Поведінкові психотерапевтичні корекції є ще одним методом терапії інсомнії. R.R. Bootzin розробив ряд прийомів поведінкової корекції розладів сну, що одержали назву метод контролю стимулів, який базується на припущенні, що інсомнія пов'язана із формуванням невідповідного умовного рефлексу на ті параметри часу і фактори навколишнього середовища, які навпаки повинні провокувати сон та спрямований на те, щоб допомогти людині з інсомнією навчитися швидко засипати в конкретний час і підтримувати сон протягом ночі. Цей метод є ефективним навіть якщо застосовується в якості монотерапії [6].

Метод парадоксальної інтенції спрямований на зникнення у пацієнта страху безсоння. Такий підхід зменшує занепокоєння з приводу наслідків дефіциту сну і, як наслідок, знижує тривогу при засипанні. У пацієнтів, що використовують даний метод когнітивної терапії, не завжди поліпшуються параметри сну, зате зростає задоволення від структури сну.

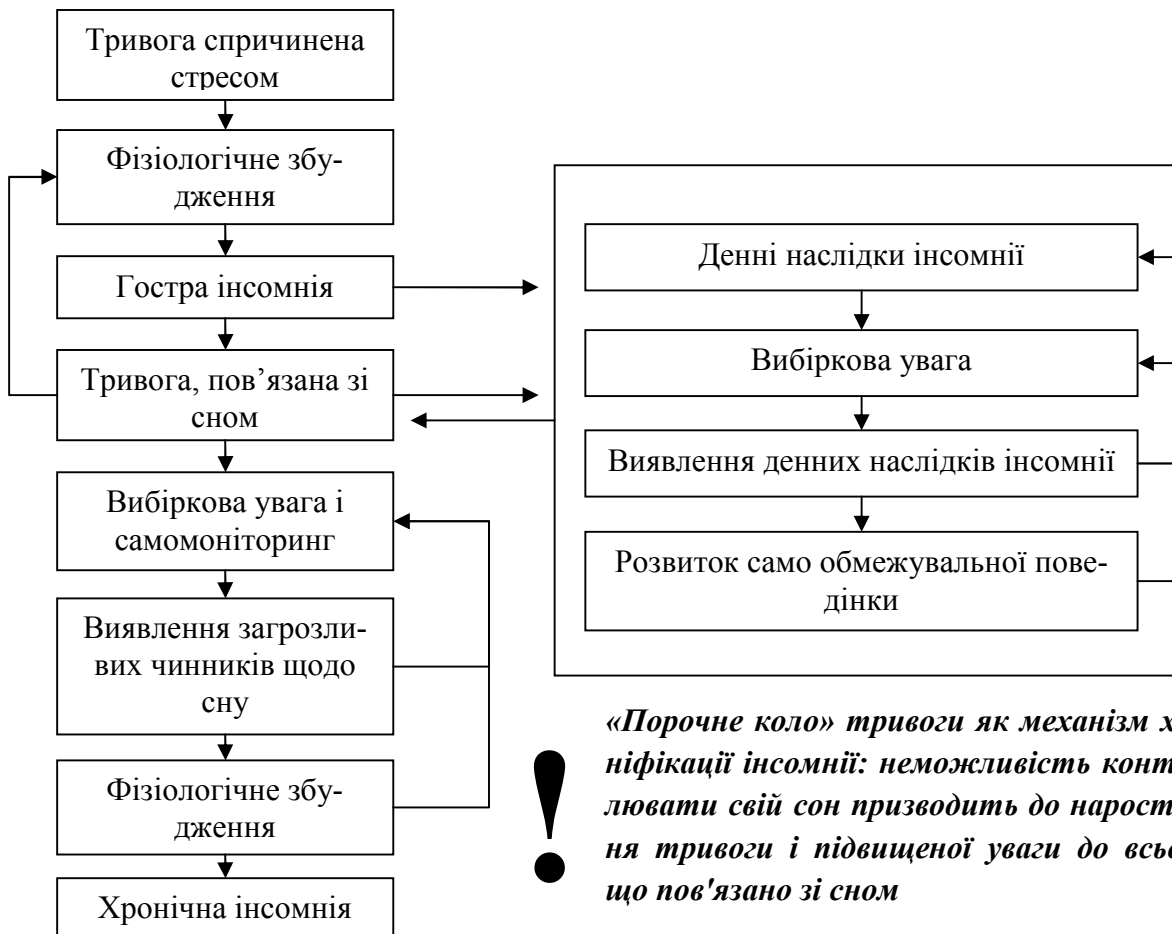


Рис.1. Когнітивна модель інсомнії А.Г Harvey [2, с.33]

Окремої уваги заслуговує новий метод терапії інсомнії – енцефалофонія («музика мозку» – нейрофізіологічний метод, що базується на перетворенні біоелектричної активності головного мозку (ЕЕГ) в музику). Ця музика створюється після обробки ЕЕГ спеціальними комп'ютерними програмами на базі алгоритмів, розроблених і заснованих на багаторічних дослідженнях хворих з неврологічними та психічними розладами і здорових людей, що працюють в екстремальних умовах. Прослуховування музики, яка є результатом обробки власної ЕЕГ, записаної в стані розслабленого неспання, в умовах емоційного навантаження призводить до оптимізації психофізіологічних параметрів в циклі "сон – неспання". Цей метод був розроблений в Росії професором Я.І. Левінін, але в даний час більш широко застосовується в Європі та Америці [3].

Широко поширені та ефективні в лікуванні інсомнії є різноманітні техніки релаксації. На сьогоднішній день найбільш вивченим методом лікування безсоння є техніка поступової релаксації. Пацієнти навчаються напружувати та розслабляти основні групи м'язів послідовно і одночасно звертати увагу на тілесні відчуття під час напруги і розслаблення. Серед інших релаксаційних технік слід виділити аутогенне тренування спрямоване на зменшення соматичного збудження, тренування уяви, діафрагмальне дихання, медитацію та інші техніки, що сприяють нівелюванню когнітивного збудження у вигляді тривоги та нав'язливих думок.

Необхідною та важливою умовою ефективності будь-якого терапевтичного втручання при інсомнії є дотримання правил гігієни сну. Найчастіше методика навчання гігієни сну для підвищення ефективності немедикаментозної терапії застосовується в поєднанні з іншими техніками когнітивно-поведінкової психотерапії.

Слід зазначити, що найбільш ефективним є комплексне використання всіх методик когнітивно-поведінкової терапії, оскільки комплексний підхід, особливо в гострій фазі інсомнії,

призводить до прискорення ефекту медикаментозної терапії і забезпечує стійкість лікувальних ефектів.

Висновки.

1. У сучасній медицині концепція сну – це не лише пасивний процес, період спокою або уповільнення сенсорного сприйняття, а скоріш за все, результат відсутності диференціації отриманих аферентних імпульсів в головний мозок і функціональної активації нейронів у певній його області.

2. Безліч емпіричних спостережень свідчать про те, що кількісні і якісні порушення сну впливають на когнітивні, емоційні та інші психологічні функції організму.

3. Розлади сну вважаються досить поширеним явищем у пацієнтів із діагнозом посттравматичний стресовий розлад. Найефективнішим методом терапії інсомнії при посттравматичних стресових розладах є когнітивно–поведінкова терапія, яка застосовується у поєднанні з фармакологічною терапією. Це – фокальний і директивний метод терапії, при якому пацієнт відіграє активну роль і приймає частину відповідальності за лікування на себе.

Література

1. Полуэктов М.Г. Адапционная, или острая инсомния / М.Г. Полуэктов // Фармака–2012. – С. 37–42.
2. Корабельникова Е.А. Возможности коррекции инсомнии без применения снотворных препаратов / Елена Александровна Корабельникова // Эффективная фармакотерапия. 12/2013. Неврология и психиатрия. – С. 30–36
3. Ковров Г.В. Современные подходы к лечению инсомнии. [электронный ресурс]. – режим доступа: <http://www.remedium.ru/drugs/detail.php?ID=62926>
4. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. Цихоня // Мистецтво лікування. – МЛ №7–8 (113–114). – 2014. – С.57–58.
5. Чабан О.С. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – №2 (21). – С. 5–8.
6. Bootzin R.R., Epstein D., Wood J.M. et al. Stimulus control treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed sleep // Case studies in insomnia / Ed. by P.J. Hauri. N.Y.: Plenum Medical Book, 1991. P. 9–28.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 4th ed. – Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
8. Kryger, MH et al. "Principles and Practice of Sleep Medicine." ExpertConsult, 5th edition, 2011, pp. 1481–1483.
9. Schoenfeld F.B. Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: A review /Frank B. Schoenfeld, MD;1* Jason C. DeViva, PhD;2 Rachel Manber, PhD3 // JRRD. – Volume 49, Number 5, 2012. – Pages 729–752
10. Cook JM, Harb GC, Gehrman PR, Cary MS, Gamble GM, Forbes D, Ross RJ. Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: a randomized controlled trial. J Trauma Stress. 2010;23(5):553–63. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20569>
11. Davis JL, Wright DC. Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. J Trauma Stress. 2007;20(2):123–33.] <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20199>
12. Forbes D, Phelps A, McHugh T. Treatment of combat-related nightmares using imagery rehearsal: a pilot study. J Trauma Stress. 2001;14(2):433–42. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011133422340>
13. Germain A, Shear MK, Hall M, Buysse DJ. Effects of a brief behavioral treatment for PTSD-related sleep disturbances: a pilot study. Behav Res Ther. 2007;45(3):627–32.
14. Krakow B, Hollifield M, Schrader R, Koss M, Tandberg D, Lauriello J, McBride L, Warner TD, Cheng D, Edmond T, Kellner R. A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares

in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. *J Trauma Stress*. 2000;13(4): 589–609. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007854015481>

15. Long ME, Hammons ME, Davis JL, Frueh BC, Khan MM, Elhai JD, Teng EJ. Imagery rescripting and exposure group treatment of posttraumatic nightmares in Veterans with PTSD. *J Anxiety Disord*. 2011;25(4):531–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.007>

16. Lu M, Wagner A, Van Male L, Whitehead A, Boehnlein J. Imagery rehearsal therapy for posttraumatic nightmares in U.S. veterans. *J Trauma Stress*. 2009;22(3):236–39. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20407>

17. Nappi CM, Drummond SP, Thorp SR, McQuaid JR. Effectiveness of imagery rehearsal therapy for the treatment of combat-related nightmares in veterans. *Behav Ther*. 2010;41(2):237–44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.03.003>

18. Swanson LM, Favorite TK, Horin E, Arnedt JT. A combined group treatment for nightmares and insomnia in combat veterans: a pilot study. *J Trauma Stress*. 2009; 22(6):639–42.

УДК: 616.831–005./4

Шкробот С.І., Сохор Н.Р., Салій З.В., Бударна О.Ю.,

Мілевська–Вовчук Л.С., Мисула М.С.

ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ГОСТРОМ ПЕРІОДІ КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Проаналізовано особливості кровотоку у 125 хворих у гострому періоді кардіоемболічного ішемічного інсульту (КЕІ) віком від 45 до 70 р.

Функціональний стан екстракраніального та інтракраніального церебрального кровотоку вивчали в перші 3 дні мозкового інсульту за допомогою транскраніального дуплексного сканування (ТКДС) на апараті Philips HDI: у загальних сонних артеріях (ЗагСА), зовнішніх сонних артеріях (ЗовнСА), внутрішніх сонних артеріях (ВСА), хребетних артеріях (ХА) – в сегментах V₁ та V₂, в передніх мозкових артеріях (ПМА), середньо–мозкових артеріях (СМА), задніх мозкових артеріях (ЗМА), основній артерії (ОА) та інтракраніальному відділі хребетної артерії (ХА). Визначали: внутрішній діаметр судин, максимальну систолічну швидкість кровотоку (V_s, см /с), швидкість в кінці діастолічного циклу (V_d, см /с), периферичний опір (IR), загальний об'ємний кровотік (СВФ, мл/хв./100 г) та товщину комплексу “інтіма–медія” (КІМ) в ЗагСА. Контрольну групу (КГ) склали 30 пацієнтів, репрезентативні за віком і статтю по відношенню до пацієнтів з КЕІ.

Встановлено, що стенотичні ураження ВСА <50 % по площі судини спостерігалися у 56 (44,8 %) пацієнтів із КЕІ. Гіперехогенні атеросклеротичні бляшки виявлено у 51 (40,8 %) випадків. Ознаки гіпертонічної ангіопатії спостерігалися у 82 (65,6 %) хворих з КЕІ, що проявлялося достовірним по відношенню до КГ (p<0,05) зростанням діаметру обох ЗагСА, V₁ сегменту обох ХА та правої ВСА.

В екстракраніальних артеріях встановлено достовірне зниження V_s по обох ЗагСА та ХА (p<0,05). V_d по ЗагСА та ВСА була достовірно вищою, а в артеріях вертебро–базиллярного басейну – достовірно нижчою у порівнянні з КГ (p<0,05). Не виявлено достовірної відмінності у показниках периферичного опору по магістральних артеріях з показниками КГ.

В інтракраніальних артеріях достовірно нижчими у порівнянні з КГ була V_s (p<0,05) в артеріях каротидного і вертебро–базиллярного басейнів. Особливо значне зниження V_s відмічено в СМА (найбільше у лівій). Встановлено достовірне зниження V_d кровотоку при КЕІ по САМ, ПМА, ЗМА, основній артерії, інтракраніальній частині ХА. IR достовірно зростав в обох СМА, ХА та основній артерії.

Товщина КІМ при КЕІ становила $(1,29 \pm 0,05)$ мм. У 114 (91,2 %) хворих КІМ був структурованим, в 11 (8,8 %) – дезінтегрованим. Неущільнений КІМ спостерігався у 42 (33,6 %), ущільнений – у 72 (57,6 %) хворих з КЕІ. СBF був достовірно ($p < 0,05$) нижчим, ніж у КГ, і склав відповідно: $(44,50 \pm 2,24)$ мл/хв./100 гр. Зниження СBF у хворих КЕІ на фоні ФП свідчило про виражену гіперперфузію мозку переважно в інтракраніальних судинах каротидного басейну.

Проведений аналіз кореляційних зв'язків між важкістю КЕІ та швидкісними показниками кровотоку виявив достовірні негативні кореляційні зв'язки між важкістю КЕІ на 1-шу добу з Vs у правій СМА ($r = -0,413$, $p = 0,019$) та лівій СМА ($r = -0,442$, $p = 0,015$) та між Vd у правій ($r = -0,393$, $p = 0,051$) та лівій СМА ($r = -0,415$, $p = 0,023$).

Висновки. У гострому періоді КЕІ виявлено порушення церебральної гемодинаміки, що проявлялися достовірним зниженням Vs та Vd по екстра- та інтракраніальних судинах каротидного та вертебро-базиллярного басейну, зниженням СBF, що свідчило про гіперперфузію мозку та підвищенням товщини КІМ.

УДК 616–002.5+616.98:578.828ВІІ]:159.9+316.647.82

Todoriko L.D., Ieremenchuk I.V., Shapovalov V.P., Todoriko A.D.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINST PATIENTS WITH TUBERCULOSIS AND TB/HIV CO-INFECTION

Bukovinian State Medical University

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ И ДИСКРИМИНАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И КО-ИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ

Л. Д. Тодорико, И. В. Еременчук, В. П. Шаповалов, А. Д. Тодорико
Буковинский государственный медицинский университет

Резюме. Понятие стигмы существует в обществе достаточно длительное время. Так, древние греки наносили знаки – стигмы – на тело человека, которые имели определенное значение. Эти люди были либо рабами, или преступниками, или предателями. Их избегали, особенно в публичных местах [2, 5]. Понятие стигмы имело физическое проявление и свидетельствовало об определенных недостатках: физических, классовом неравенстве или преступной деятельности. Однако с развитием общества ученые отошли от толкования стигмы через призму физических недостатков личности, введя взамен психологический и социальный подходы к объяснению данного феномена. Этот процесс связан с отрицательным стереотипным представлением о той или иной социальной группе. Таким образом, происходит разграничение общества и стигматизированных индивидов, создается спектр эмоциональных реакций, стигматизирующих (отвращение) и стигматизированных (стыд), которые участвуют в этом процессе [1, 4, 5].

Resume. Stigma notion has been known since biblical times. The word stigma referred originally to a mark or brand on Greek slaves, clearly separating them from free men. Although the marks of crucifixion appearing on Christian saints' hands and feet are called stigmata, in common usage the word signifies a disgrace or defect. These ones were disdained and avoided, especially in public places. The concept of stigma was applied to a physical manifestation and testified about certain physical body deformities, social disparity or criminal activity. However, with the development of society, scientists have moved away from such stigma interpretation introducing instead the psychological and social approaches to the explanation of this phenomenon. This process is associated with negative stereotype image of this or that social group. Thus, delineation of society and

stigmatized individuals take place; created range of emotional reactions, stigmatizing (aversion) and stigmatized (shame) which are involved in this process [1, 4, 5].

Introduction. Of all scientists who have researched and are ongoing the stigma investigation, the greatest contribution to stigma understanding belongs to American scientist E. Goffman. In his 1963 book "Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity" Goffman defines the stigma as 'a trait which is deeply discrediting and manifests' in understating of stigmatized human capabilities by discriminatory actions [1, 3]. This attribute could be discrediting of any physical or social characteristics, considered to be humiliating or undesirable in this or that particular society. E. Goffman notes that the stigma has a very strong influence on how a person would be accepted in the society.

So, during meeting with a stranger people may notice this or that particular characteristic of the individual that promotes the transformation of the individual from an ordinary man to an inferior person who has a specific defect. Such a quality is the stigma [2].

Main part. The stigma can be manifested in the moral condemnation, ignoring, isolation, aggression towards an individual who meets certain criteria adopted by the social norms of the society. Studies have revealed such signs of the stigma as aggression and contempt for stigmatized groups, the perception of individuals through stereotypes, creating a barrier between stigmatized individual and society [2, 3, 4].

An internal stigma, which is also called self-stigmatization, concerns, first of all, feelings of shame, fear, anxiety, depression, inferiority complex, personal guilt and fear of HIV-infected, patients with tuberculosis (TB) or other diseases to be stigmatized and discriminated. An external manifestations of the stigma are individual attempts to prove that one not belong to stigmatized groups ("I do not like that"); contemptuous remarks, "nickname"; avoidance of contacts and meetings with representatives of other groups; fear to be infected; violence and other forms of discrimination, "mentor", caregiver attitude towards representatives of stigmatized groups; ignoring their views and interests. Apart from the already mentioned stigma types the double one that is a combination of two or more stigmas is also considered.

So, the stigma associated with TB is often added to many stigma existing, such as HIV infected, injectable drug users, etc. Therefore injectable drug users are exposed to strong accusation due to the manner of HIV infestation because their behavior is condemned by the society as deviant.

And for example, people living with HIV through blood transfusions or children born to HIV-positive mothers are often perceived as "innocent." Tuberculosis refers to those diseases that cause the stigma not only in the Ukrainian society [2, 5]. Thus, according to the results of the researches, TB stigma manifests itself through remote avoidance of contacts.

According to some sociological studies, a sufficiently small part of people can be considered completely tolerant to TB patients: a little more than ten percent of respondents said that in the case of meeting with a person having TB appearance they would behave in the same way as with a healthy person. Though the majority avoid close enough social relationships and keep a social distance to a patient. Only 79.7 % of respondents have agreed to take care after a family TB member at home. The number of those who would eat and drink with one at the same table is much less – 60.5 % [2, 5].

The perception of tuberculosis patients is rather widespread as ones with drug problems, alcoholism, and social deviation. One of stigma manifestations is a belief that people with TB, are necessary to be forcibly treated that they should be beware and generally needed to be isolated from the society [1, 2].

The study "The attitude towards people living with co-infection (HIV/AIDS and tuberculosis) at the enterprises of the Donetsk railway" revealed appreciable stigmatizing and potential discrimination through professional endorsement of people who even have inactive tuberculosis. So while working with a person recovered from tuberculosis only 28.3 % of respondents would feel comfortable. Among stigma reasons, infection fear associated, first of all, with low levels of the knowledge about infestation peculiarities and prevention, as well as common myths about tuberculosis is usually defined.

Of course, stigma reasons negatively affect first of all patients and their close environment, who are often also stigmatized because a relative illness [1, 4]. A much larger scale consequence of the stigma is for a State as a whole, namely patients' unwillingness to be treated and cared after in order to keep a secret diseases causing the spread of the epidemic.

Certainly, the suppression of the TB stigma psychological components will tackle the epidemic more effectively. Simultaneously emotional support on behalf of medical professionals manifested in readiness to communicate and to provide assistance may significantly reduce the stigma burden and promote the predisposition to the treatment.

References

1. Вітенко І.С. Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих / І.С. Вітенко, О.С. Чабан, О.О. Бусло // Тернопіль, „Укрмедкнига”, 2002. – С. 34–39.
2. Загальна та медична психологія (практикум) / Під заг. ред. професора І.Д. Спіріної, професора І.С.Вітенка. – Дніпропетровськ, АРТ ПРЕС, 2002. – С.123–157.
3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб: Издательство "Питер", 2000. – 512 с.
4. Лакосина Н. Д. Клиническая психология: Учебник для студ. мед. вузов. – М.: МЕДпресс–информ, 2003. – 415 с.
5. Малкина–Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд–во Эксмо, 2005. – 992 с.

**Секція 2 «ХІРУРГІЯ,
ОНКОЛОГІЯ,
ТРАВМАТОЛОГІЯ»**

УДК: 616.379-008.64-08-06:617.586:616.379-008.64

Антощук Р. Я.

**П'ЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ, УСКЛАДНЕНИМ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ.**

ЛПЗ «Волинський обласний госпіталь ветеранів війни»

Впродовж останніх років спостерігається значне зростання поширеності цукрового діабету, що призводить до зміни трофіки нижніх кінцівок зумовлені складними ендокринно-метаболическими і судинними порушеннями. Ці ускладнення призводять до погіршення якості життя пацієнтів і в подальшому до розвитку синдрому діабетичної стопи.

Мета дослідження: Систематизація та оптимізація вибору лікувальної тактики у хворих з синдромом діабетичної стопи, ускладненим хронічними виразковими станами, кістково-деструктивними змінами та гнійно – некротичними процесами стопи.

Матеріали та методи: Проаналізовано 226 медичних карт стаціонарних хворих, що знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні (остеомієлітний центр) «Волинського обласного госпіталю ветеранів війни» за період 2010 – 2014 роки. Вік хворих від 20 до 90 років (див. табл. 1).

Таблиця 1

Вікова категорія хворих

	20 – 59	60 – 74	75 – 89	90
Чоловіки	33	48	46	-
Жінки	21	43	35	-

Всім хворим проводився контроль глікемії (глікемічний профіль) при поступленні та в динаміці, з корекцією доз простого інсуліну (див. табл. 2).

Таблиця 2

Ступінь важкості цукрового діабету

	компенсований	субкомпенсований	декомпенсований
При поступленні	19	144	63
При виписці	154	60	12

Також важкість стану пацієнта оцінювали по кількості супутніх захворювань (СЗ) (див. табл. 3).

Супутні захворювання у пацієнтів різних вікових груп

		вік пацієнтів, роки			
		20 – 59	60 – 74	75 – 89	Всього
Всього пацієнтів		54	91	81	226
супутні захворювання	одне	7	4	-	11
	два	28	33	17	78
	три	18	45	37	100
	чотири	1	8	21	30
	п'ять	-	1	6	7

Як видно із таблиці 3, у віці 20-59 років індекс поліморбідності (ІП) склав 2,2, у віці 60-74 – 2.5, та у віці 75-89 – 3.6. Виявлена поліморбідність потребує залучення до лікування даної категорії пацієнтів лікарів вузьких спеціальностей – ендокринолога, хірурга, невролога, терапевта.

Лікування хворих включало: хірургічне лікування (об'єм оперативного втручання мінімально радикальний з максимальним видаленням некротизованих тканин і збереженням опірної функції стопи), покращення кровообігу (катетеризація нижньої надчеревної артерії(ННА)). Для корекції глікемії всі хворі отримували простий інсулін. Окрім цього, призначали ангіопротектори, дезагреганти і дезінтоксикаційну терапію. Протизапальна терапія включала введення антибіотиків згідно результатів бактеріологічного посіву, як правило, цефалоспоринового ряду.

Результати: Відмічено, що у всіх вікових групах переважають чоловіки. Кількість супутніх захворювань збільшується з віком. У більшості хворих при поступленні виявляється цукровий діабет (ЦД) у стадії субкомпенсовансатії – 64% та декомпенсації – 28%. Встановлено залежність тяжкості перебігу трофічних розладів на стопі від рівня гіперглікемії. Зі зростанням рівня глюкози крові, гнійно – некротичний процес стопи швидко поширюється проксимально. Об'єм оперативного лікування підбирався індивідуально для кожного хворого, з дотриманням щадної тактики для максимального збереження опорної функції кінцівки. Виконували такі оперативні втручання:

- некректомію (НЕ) + відкрите дренивання + катетеризацію нижньої надчеревинної артерії (ННА) – у 9 хворих;

- НЕ + відкрите дренивання -у 46 хворих;

- НЕ + відкрите дренивання + катетеризація ННА + ВАК – у 2 хворих;

- НЕ + відкрите дренивання + ВАК –у 6 хворих (з 2014 року);

- резекція пальця (пальців) + відкрите дренивання – у 25 хворих;

- резекція пальця (пальців) + відкрите дренивання + катетеризація ННА – у 12 хворих;

- резекція пальця (пальців) + відкрите дренивання + ВАК – у 3 хворих (з 2014 року);

- резекція пальця (пальців) + аспірація – у 33 хворих;

- розкриття флегмони + відкрите дренивання – у 22 хворих;

- розкриття флегмони + відкрите дренивання + фасціотомія –у 6 хворих;

- розкриття флегмони + відкрите дренивання + ВАК – у 3 хворих;

- розкриття флегмони + відкрите дренивання + катетеризація ННА – у 10 хворих;

- секвестрнекректомія + відкрите дренивання – у 19 хворих;

- секвестрнекректомія + аспірація – у 8 хворих;

- ампутація: стегно – у 16 хворих, гомілка – у 5 хворих, стопа: у 10 хворих;

- стопа + відкрите дренивання + ВАК – у 2 хворих (з 2014 року).

В післяопераційному періоді проводили іммобілізацію стопи. Широко застосовували магніто терапію, внутрішньотканевий електрофорез та УФО.

Висновки: адекватно підібраний об'єм оперативного втручання та консервативного лікування забезпечує максимальне збереження опорної функції кінцівки.

ЗНАЧЕННЯ ІОНІВ КАЛЬЦІУ У ВІДНОВЛЕННІ МОТОРИКИ ТОНКОЇ КИШКИ ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Іони натрію і калію, на які в першу чергу звертають увагу клініцисти, забезпечують підтримання трансмембранної різниці потенціалів (потенціалу спокою), які необхідні для життєдіяльності клітини. Поряд із ними значну роль в забезпеченні процесів збудження, скорочення і функціональної активності м'язової клітини відіграють іони кальцію (М.Д. Курский та співав., 1986; П.Г.Костюк та співав., 2010).

Метою нашої роботи є визначення ролі іонів кальцію у відновленні моторики травного каналу після лапаротомії.

Матеріали та методи. Проведено дослідження внутрішньоклітинних органел міоцитів, вмісту іонів кальцію в м'язовій оболонці тонкої кишки у 53 білих статевозрілих щурах-самцях масою 196-204 г, які були розділені на 3-и групи: 1 – а група – 11 практично здорові інтактні тварини, 2 – а – 13 – після лапаротомії, 3 – я – 42 тварини із змодельованою непрохідністю тонкої кишки. Ультраструктурні зрізи досліджували в електронному мікроскопі ЕМ – 125 К. Вміст Ca^{++} у м'язовій тканинні проведено за методикою В.В.Манько і співавт. (2000).

В різні строки після операції у 122 хворих на непрохідність тонкої кишки і у 62 пацієнтів на післяопераційну вентральну грижу, яким була виконана лапаротомія і ліквідація грижі проведено дослідження концентрацію іонів кальцію в сироватці крові за допомогою фотометричної методики на біохімічному апараті-аналізаторі «Screen master plus» паралельно із визначенням критеріїв відновлення моторно-евакуаторної функції травного каналу.

Результати дослідження. Після лапаротомії морфометричні параметри тонкої кишки статистично не відрізнялися від аналогічних величин у інтактних тварин. У судинах слизової оболонки органа, підслизового та м'язового шарів спостерігали помірно виражені розлади гемодинамики у вигляді розширення та повнокрів'я судин, незначного периваскулярного та стромального набряків.

У тварин із змодульованою непрохідністю тонкої кишки ультроструктурно спостерігалося руйнування органел міоцитів (сарколеми, ретикулума та мітохондрій), які відповідають за регуляцію обміну іонів кальцію. Збідніння в міоцитах м'язової оболонки тонкої кишки внутрішньоклітинного кальцію підтверджено визначенням вмісту Ca^{++} в м'язовому шарі тонкої кишки. Так, концентрація іонів кальцію у інтактних тварин складала $(9,78 \pm 0,60)$ нмоль/мгтк, а у тварин із змодульованою патологією – в 1,35 рази менше ($P < 0,01$).

При визначенні строків появи перистальтики кишки, відходження газів і наявності акту дефекації визначався прямий кореляційний зв'язок із концентрацією іонів кальцію. У хворих на ГНТК в післяопераційному періоді визначається зниження концентрації іонів кальцію у сироватці крові, що корелюється із строками відновлення рухової активності травного каналу.

Обґрунтовується доцільність та необхідність введення препаратів кальцію хворим після операції у пацієнтів після абдомінальних операцій для відновлення рухової активності травного каналу.

Висновки.

1. У тварин із змодульованою непрохідністю тонкої кишки ультроструктурно спостерігаються руйнування органел міоцитів, які відповідають за регуляцію обміну іонів кальцію і спостерігається істотне зменшення вмісту іонів кальцію в м'язовій оболонці досліджуваного органу.

2. Перспективними в корекції порушень рухової активності тонкої кишки після абдомінальних операцій є методи, які спрямовані на корекцію вмісту іонів кальцію в організмі пацієнтів.

ВПЛИВ РІЗНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХОВИХ ГРИЖ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Проблема адекватного знеболення після операції займає одне з важливих місць в сучасній хірургії. В ранньому післяопераційному періоді для хворого має значення інтенсивність болю, який характеризує якість життя пацієнта (О.Ю.Іоффе та співав., 2014). Відомо, що неадекватне знечулення може призвести до виникнення різних ускладнень з боку серцево-судинної, легеневої та інших систем. При сьогоdnішньому розвитку медицини і фармакології забезпечення права людини на життя без болю є не медичною, а юридичною проблемою (В.В. Галунько, 2012). У післяопераційних хворих використовуються найбільш часто опіодні препарати, які мають виражений седативний ефект. Це в свою чергу може призвести до пригнічення дихання, нудоти і блювоти, розвитку парезу травного каналу.

Метою дослідження є покращення якості життя пацієнтів в ранньому періоді після хірургічного лікування пахових гриж шляхом вивчення впливу різних методів пластики на інтенсивність больового синдрому.

Матеріали та методи. Нами проведено визначення інтенсивності больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді за допомогою загальноприйнятої 10-бальної візуальної аналогової шкали (ВАШ) за Е.С. Huskisson (О.Ю.Іоффе та співав., 2014) у 30 хворих після хірургічного лікування пахової грижі. Було досліджено кількість і час введення після операції наркотичних анальгетиків. 16 хворим проведена пластика задньої стінки за Постемпським (контрольна група – К) і 14 (основна група – Ос) – пластика задньої стінки безнатяжним методом за М. Desarda (2006). Знечулення – спінальна анестезія.

Результати дослідження. При визначенні інтенсивності больового синдрому за ВАШ було отримано наступні результати: до 3-х годин післяопераційного періоду ВАШ в контрольній групі склав $37,6 \pm 3,2$ мм, в групі Ос – $22,9 \pm 2,1$ мм; 3 – 6 годин в К групі – $47,2 \pm 3,7$ мм, в групі Ос – $28,9 \pm 2,5$ мм ($P < 0,05$). Тривалість післяопераційного періоду до першої ін'єкції з метою знечулення склала в К групі – $1,52 \pm 0,54$ години і кількість ін'єкцій опіодних препаратів склала на одного хворого в середньому 1,6. Хворі основної групи після операції призначення наркотичних препаратів не потребували. Це свідчить про достовірно менший ступінь інтенсивності больового синдрому в пацієнтів після використання герніопластики за Desarda. У хворих основної групи без використання опіодних препаратів спостерігалось більш раннє відновлення моторики травного каналу і в період 18-24 години після операції пацієнти вставали з лікарняного ліжка. Перебування хворих в хірургічному стаціонарі у хворих основної групи становив 2 – 4 доби, в контрольній групі – 5 – 7 діб.

Висновки. 1. Оцінка інтенсивності болю за допомогою візуальної аналогової шкали корелює з кількістю введення наркотичних препаратів і тривалістю післяопераційного періоду до першої ін'єкції опіодних препаратів.

2. Використання пластики із застосуванням ненатяжних методів при лікуванні пахових гриж суттєво зменшує інтенсивність больового синдрому, що покращує якість життя пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді, дає змогу зменшити тривалість перебування хворих в хірургічному стаціонарі, що, відповідно, скорочує період їх соціальної реабілітації.

НЕСПЕЦИФІЧНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ – ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ТРОМБОЗУ У ВЕНОЗНІЙ СИСТЕМІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

ДНВЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Резюме: Неспецифічна дисплазія сполучної тканини у хірургічних пацієнтів характеризується високим ступенем ендотеліальної дисфункції та напруженим станом коагуляційної ланки згортальної системи, що можна вважати вагомим фактором у розвитку післяопераційного тромботичного процесу в басейні нижньої порожнистої вени.

Ключові слова. Гіперкоагуляційний синдром, тромбоз глибоких вен, неспецифічна дисплазія сполучної тканини.

Вступ. Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок і тромбоемболія легеневої артерії мають спільні патогенетичні корені і є найбільш частою причиною порушення кровообігу [1]. Встановлено ряд факторів, що сприяють розвитку тромбозу у венозній системі [2] і їх враховують при підготовці до хірургічного втручання. Проте частота післяопераційних тромбозів залишається на достатньо високому рівні [3]. В останні роки звернено увагу на неспецифічну дисплазію сполучної тканини – генетично детермінований патологічний стан, який характеризується дефектами волокнистих структур й основної речовини сполучної тканини, що призводить до розладів гомеостазу в тканинах [4]. Остання при хірургічних втручаннях, при яких спостерігаються багатофункціональні зміни в органах і системах і в тому ж числі в сполучній тканині, може створювати умови для розвитку тромбозу у венозній системі.

Мета дослідження. Вивчити особливості ендотеліальної дисфункції та гемокоагуляційної системи у пацієнтів із післяопераційним тромбозом вен системи нижньої порожнистої вени із неспецифічною дисплазією сполучної тканини.

Матеріали та методи дослідження. Під наглядом було 624 хворих, які оперовані у хірургічних відділеннях КЗТОР «ТУЛ» в 2010 – 2014 рр. При оперативному лікуванні застосовувалась тромбопрофілактика згідно галузевих протоколів. За ступенем хірургічного стресу, що визначався за рівнем глікемії та кортизолу пацієнти були розділені на: I гр. (183 (29,3 %)) – пацієнти із високим рівнем хірургічного стресу, II гр. (131 (21,0 %)) – пацієнти із помірним рівнем хірургічного стресу, III гр. (158 (25,3 %)) – пацієнти із низьким рівнем хірургічного стресу при плановій хірургічній патології. IV гр. (152 (24,4 %)) склали пацієнти, що прооперовані з приводу ургентної хірургічної патології, у яких зафіксовано високий рівень хірургічного стресу.

В післяопераційному періоді діагностовано тромботичний процес в системі НПВ у 134 (21,47 %) пацієнтів. Частота розвитку післяопераційного тромбозу в системі НПВ знаходиться в прямій залежності від ступеня хірургічного стресу: I гр. – 47 спостережень (25,68 %); II гр. – 30 спостережень (22,90 %); III гр. – 19 спостережень (12,03 %). У пацієнтів, що прооперовані з приводу ургентної хірургічної патології і з високим рівнем хірургічного стресу, діагностовано 38 (24,84 %) випадків тромбозу в системі НПВ.

Із 134 пацієнтів з післяопераційним тромбозом в системі НПВ у 71 (52,9 %) діагностовано неспецифічну дисплазію сполучної тканини (НДСТ). У переважній більшості (65,6 %) це були пацієнти, які оперовані із високим рівнем хірургічного стресу. У пацієнтів вказаної групи виявлено клінічні ознаки НДСТ: в 32 (45,1 %) спостереженнях виявлено астеничний тип тілобудови, у 26 (36,6 %) – гіперморбідний синдром, у 41 (57,7 %) – варикозну хворобу (ХВН С1 класу – 27, С2 класу – 14 спостережень). При лабораторному дослідженні показників продуктів обміну сполучної тканини рівень загального оксипроліну у пацієнтів перевищував контрольні значення на 41,77 % ($p < 0,001$), вільного оксипроліну – на 46,85 % ($p < 0,001$), а зв'язаного оксипроліну – 31,71 % ($p < 0,001$).

Результати дослідження та їх обговорення. Визначення рівня ендотеліальної дисфункції, стану гемокоагуляційної системи здійснювали на передопераційному, інтра- та післяопера-

ційному етапах лікувального процесу 624 пацієнтам. Післяопераційний тромбоз вен системи НПВ діагностовано у 134 (21,5 %), у 71 (52,9 %) з яких діагностовано НДСТ. Саме вказані пацієнти характеризувались вищим рівнем ендотеліальної дисфункції та станом гіперкоагуляції в порівнянні з іншими пацієнтами незалежно від ступеня хірургічного стресу, до якого вони були віднесені.

Таблиця 1

Ендотеліальна дисфункція у пацієнтів із неспецифічною дисплазією сполучної тканини

Показник	ЕТ-1, пкг/мл	D-димер, нг/мл	Фактор Вілебранда, %
Норма	6,51±0,17	244,74±1,74	151,02±1,23
До операції	7,69±0,07 (p<0,001)	267,84±1,13 (p<0,001)	162,22±0,98 (p<0,001)
Інтраопераційний етап	8,31±0,07 (p<0,001)	273,87±1,12 (p<0,001)	179,17±1,18 (p<0,001)
3 год. після операції	9,31±0,08 (p<0,001)	337,52±2,04 (p<0,001)	192,38±0,81 (p<0,001)
6 год. після операції	9,05±0,09 (p<0,001)	312,11±1,34 (p<0,001)	187,86±0,94 (p<0,001)

При аналізі рівня показників ендотеліальної дисфункції встановлено, що у передопераційному періоді ЕТ-1, D-димер та ВФ перевищували значення у пацієнтів без НДСТ, відповідно, на 18,13 %, 9,44 % та 7,42 % (p < 0,001). На інтраопераційному етапі відмічено наростання їх рівня. Максимальні значення їх збільшення виявлено на 3 год. після операції. У вказаний період показник ЕТ-1 перевищував рівень передопераційного періоду в 1,4 (p < 0,001) рази, D-димеру – у 1,3 (p < 0,001) рази, а ФВ – у 1,2 рази (p < 0,05) (табл. 1).

Хірургічне втручання, розвиток ендотеліальної дисфункції ініціює формування гіперкоагулятивного синдрому у оперованих пацієнтів. Доопераційний рівень показників згортальної системи у хворих виділеної групи перевищував показники, отримані у пацієнтів без НДСТ. Так, вміст ФГ в сироватці крові перевищував рівень пацієнтів без НДСТ на 37,1 % (p < 0,001), ФСФ – на 22,1 % (p < 0,05), ТПА – на 17,8 % (p < 0,05), а ЧРП – на 26,6 % (p<0,001). Значне зростання показників згортальної системи зареєстровано на інтраопераційному етапі дослідження. Максимальних значень вони досягали на 3 год. післяопераційного періоду. Так, вміст ФГ в сироватці крові перевищував передопераційні значення в 1,8 (p < 0,001) рази, ФСФ – в 1,5 (p < 0,001) рази, ТПА – в 1,3 (p < 0,001) рази, ЧРП – в 1,2 (p < 0,05) рази (табл. 2).

Аналізуючи отримані результати дослідження згортальної системи у пацієнтів із НДСТ, можна стверджувати, що зміни гемокоагуляційної системи, що відбуваються в процесі хірургічного втручання – формування гіперкоагулятивного синдрому на фоні депресії фібринолітичної ланки, створюються умови формування тромбозу вен системи НПВ.

Згортальна система у хворих із неспецифічною дисплазією сполучної тканини

Показник	Фібриноген, г/л	Фібрин– стабілі- зуючий фактор, с	Тромбо- пластична активність, %	Час рекаль- ци-фікації плазми, с
Норма	3,77±0,05	42,02±0,85	50,21±0,50	110,15±0,61
До операції	5,17±0,06 (p<0,001)	51,30±0,95 (p<0,001)	59,17±0,75 (p<0,001)	139,52±1,91 (p<0,001)
Інтраопераційний етап	7,41±0,08 (p<0,001)	67,19±0,92 (p<0,001)	73,29±1,12 (p<0,001)	148,37±1,42 (p<0,001)
3 год. після опера- ції	9,21±0,08 (p<0,001)	76,21±1,32 (p<0,001)	78,25±1,00 (p<0,001)	155,06±1,23 (p<0,001)
6 год. після опера- ції	8,74±0,10 (p<0,001)	72,22±1,55 (p<0,001)	76,22±1,02 (p<0,001)	151,14±1,45 (p<0,001)

Отримані результати дослідження згортальної системи на різних етапах хірургічного процесу вказують на підвищену схильність до тромбоутворення у пацієнтів із ознаками НДСТ. Підтвердженням цього є наростання рівня розчинних фібрин-мономерних комплексів (РФМК) протягом операційного процесу (рис. 1).

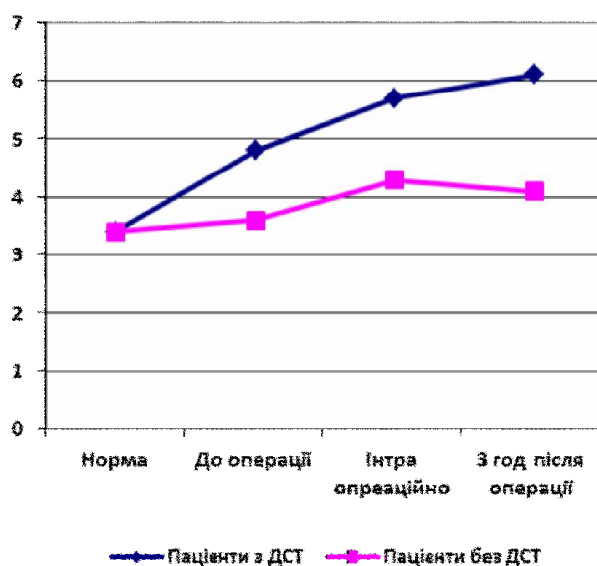


Рис. 1. Порівняльна динаміка змін концентрації РФМК

Висновок. Неспецифічна дисплазія сполучної тканини у хірургічних пацієнтів характеризується високим ступенем ендотеліальної дисфункції та напруженим станом коагуляційної ланки згортальної системи, що можна вважати вагомим фактором у розвитку післяопераційного тромботичного процесу в басейні нижньої порожнистої вени.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямком подальших досліджень є вивчення шляхів корекції розвитку ендотеліальної дисфункції та гіперкоагуляційного синдрому у пацієнтів хірургічного профілю із неспецифічною дисплазією сполучної тканини.

Література

1. Бокарев И. Н., Попова Л. В., Кондратьева Т. Б. Венозный тромбоз эмболизм: лечение и профилактика // Хирургия. – 2005. – Т. 7. – № 1. – С. 44 – 52.
2. Чернуха Л.М. Тромбоз глубоких вен. От патогенеза к лечению / Л.М. Чернуха [та ін.] // Клінічна флебологія. – 2011. – Т.4, №1. – С. 113 – 116.
3. Варданян А.В. Послеоперационные венозные тромбоз эмболические осложнения – реальная опасность и современные методы профилактики / А.В. Варданян // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – Т.4, №1. – С. 67 – 72.
4. Потапов М.П. Клинико-лабораторные критерии неспецифической дисплазии соединительной ткани как пре диктора рецидива варикозно й болезни нижних конечностей / М.П. Потпов, Е.В. Ставер //Флебология. – 2013. – №4. – С. 25 – 31.

NON-SPECIFIC CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA – A RISK FACTOR FOR POSTOPERATIVE THROMBOSIS IN THE VENOUS SYSTEM OF THE LOWER EXTREMITIES

Venger I.K., Kostiv S.Ya., Budnik D.U., Duts S.I.
SHEI “Ternopil state medical university by I.Ya. Horbashevsky”

Summary: Non-specific connective tissue dysplasia in surgical patients is characterized by a high degree of endothelial dysfunction and coagulation tense as link coagulation system, which would be a significant factor in the development of postoperative thrombotic process in the basin of the inferior vena cava.

Keywords. Hypercoagulation syndrome, deep vein thrombosis, non-specific connective tissue dysplasia.

УДК 616-056.2-02:616.33-022.44-089-035

Війтович Л.Є.

ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕЗЕКЦІЙНИХ, ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ТА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА У СВІТЛІ ОЦІНКИ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

ДНВЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Резюме. Хронічні захворювання та наслідки їх лікування призводять до істотних обмежень у всіх складових нормального існування людини. У свою чергу, ці обмеження за певних умов можуть виявитися більш важливими для хворого, ніж самі симптоми захворювання. Саме тому, якість життя (ЯЖ) є важливим інструментом при прийнятті рішень щодо методів лікування. Враховуючи найвищі показники рівня ЯЖ після проведення пацієнтам органозберігаючих оперативних втручань, вважаємо оптимальним їх проведення для лікування та профілактики ускладнень виразкової хвороби шлунка.

Ключові слова: якість життя, виразкова хвороба шлунка

Вступ. Відповідно рекомендаціям ВООЗ, ЯЖ є індивідуальне сприйняття людиною свого положення в житті суспільства у взаємозв'язку з власними планами, потребами, можливостями [1].

У хворих, оперованих з приводу ускладнень виразкової хвороби, спостерігається значне погіршення ЯЖ, що проявляється зниженням повсякденної активності. Це обумовлено виникненням пострезекційних синдромів, таких як демпінг-синдром, гіпоглікемічний, астеничний,

анемічний, привідної петлі, рефлюкс-синдром та інші. Частота їх досягає 50% за даними різних авторів та суттєво впливає на фізичну, психічну та емоційну сфери пацієнтів [2,3,4,5].

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз результатів резекційних, органозберігаючих оперативних втручань та консервативного лікування у пацієнтів із виразковою хворобою шлунка у світлі оцінки рівня якості життя через 1-15 років після проведеного лікування.

Матеріали і методи. За період дослідження було проведено 47 органощадних оперативних втручань за запропонованими нами методиками, 64 резекційних, 57 пацієнтів отримали консервативне лікування. Для повноцінного, адекватно співставного порівняння результатів використання різних методів лікування з приводу виразкової хвороби шлунка застосовували опитувальник MOSSF-36, основною метою якого є вивчення показників ЯЖ. [6].

Опитування 168 хворих проводили методом інтерв'ю у 2012 – 2014 рр. Тривалість тестування одного пацієнта у середньому 20 – 25 хв. Для порівняльного аналізу ЯЖ оперованих хворих обстежені 10 здорових осіб (6 чоловіків і 4 жінки), співставних за віком. Статистична обробка отриманих результатів дослідження проводилась з використанням програми IBM SPSS Statistics 19.0 Microsoft Office Excel 2010. Для статистичної характеристики отриманих даних розраховували середні арифметичні величини, відносні величини й похибки середніх арифметичних та відносних величин. Оцінку вірогідності різниці середніх та відносних величин проводили за критерієм Стьюдента з урахуванням числа спостережень.

Результати і обговорення. У процесі дослідження були отримані наступні результати. Після проведеного резекційного методу операції фізичний компонент здоров'я становив (40 ± 1) балів, при СКР – $(46,5 \pm 1,4)$, після консервативного лікування $-(40,9 \pm 1)$, а у групі контролю – $(54,3 \pm 1,7)$. Необхідно зазначити, що дані цифрові величини становили 73%, 85% та 78% відповідно від контрольного рівня та статистично достовірно ($P < 0,001$) відрізнялися від нього (Рис. 1).

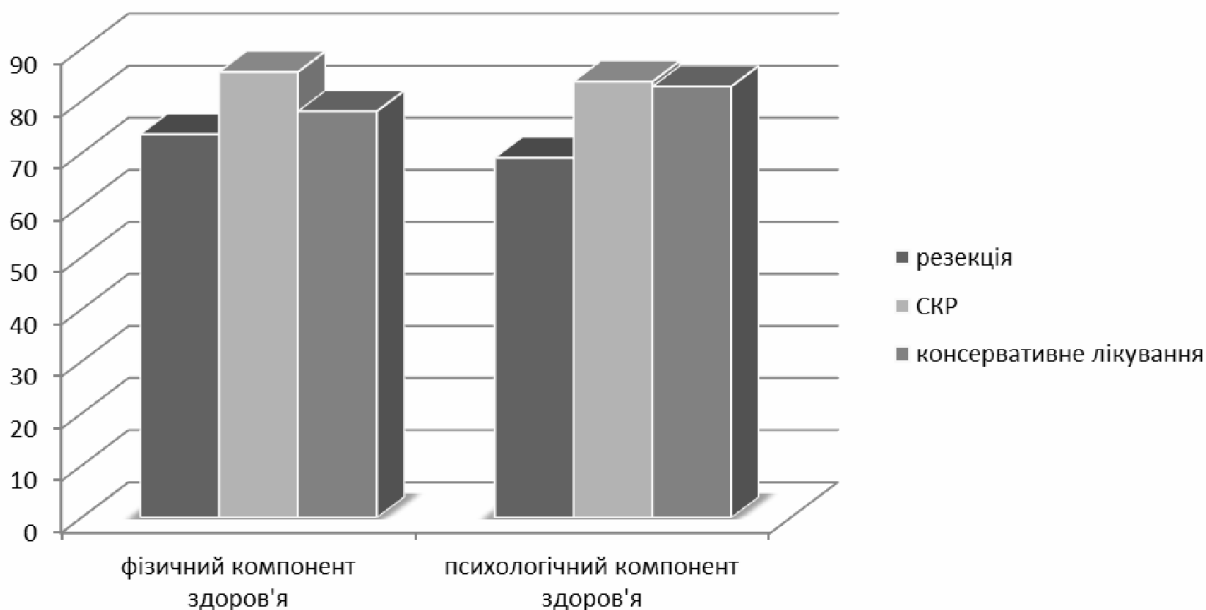


Рис. 1. Співставлення змін показників фізичного та психологічного компонентів здоров'я при проведенні різних методів лікування

Після проведеного резекційного методу операції психологічний компонент здоров'я становив $(36,3 \pm 1)$ балів, при СКР – $(44 \pm 1,4)$, після консервативного лікування – $(43,7 \pm 1,2)$, а у групі контролю – $(52,5 \pm 2)$. Дані цифрові величини становили 69%, 83% та 82% відповідно від рівня контролю та статистично достовірно ($P < 0,001$) відрізнялися від нього. Зниження показників після резекційного лікування можна пов'язувати із негативним впливом симптоматики пострезекційних синдромів на соціальну активність пацієнтів та на їх емоційний стан. Часті загос-

трення виразкової хвороби, боязнь ускладнень після консервативного лікування приводять до того, що в міру збільшення стажу виразкової хвороби, наростають іпохондричні тенденції [7].

Після проведеного резекційного методу операції показник фізичного функціонування становив $(59,4 \pm 3,3)$ балів, при СКР – $(75,8 \pm 3,7)$, після консервативного лікування – $(69,4 \pm 3,5)$, а у групі контролю – $(93 \pm 2,6)$. Необхідно зазначити, що найнижчим цей показник був у пацієнтів після резекції шлунка та становив 64% від контрольного, що свідчить про суттєве обмеження їх фізичної активності.

При дослідженні рольового функціонування, найнижчі показники виявлені після проведеного резекційного методу операції, незначно вищими вони були після органозберігаючих операцій та консервативного лікування. Постійна загроза виникнення больового синдрому, ряд обмежень у режимі харчування призводять до емоційного дискомфорту, дратівливості («виразковий характер»), нав'язливих страхів і побоювань за наслідки хвороби – перфорацію виразки, кровотечу, новоутворення. «Занурення у хворобу» спостерігається в 16-17% випадків, що без сумніву впливає на повсякденну активність пацієнтів.

Після проведеного резекційного методу операції інтенсивність болю становила $(63,5 \pm 2,8)$ балів, при СКР – $(77,6 \pm 3,2)$, після консервативного лікування – $(50,6 \pm 2,5)$, а у групі контролю – $(89,8 \pm 5)$. Необхідно зазначити, що дані цифрові величини становили 71%, 86% та 70% відповідно від контрольного рівня та статистично достовірно ($P < 0,001$) відрізнялися від нього.

Високий показник інтенсивності болю у пацієнтів, що отримували консервативне лікування ймовірно пов'язаний із частими загостреннями та вираженістю больового синдрому.

Після проведеного резекційного методу операції показник психічного здоров'я становив $(50,3 \pm 2,3)$ балів, при СКР – $(66,1 \pm 2,6)$, після консервативного лікування – $(60,3 \pm 2,7)$, а у групі контролю – $(82 \pm 4,2)$. Дані цифрові величини становили 61%, 80% та 73% відповідно від рівня контролю та статистично достовірно ($P < 0,001$) відрізнялися від нього. Розвиток психічних дисфункцій зумовлений не тільки частими стресовими ситуаціями, але й особливостями особистості хворих, больовими відчуттями і всіма іншими симптомами виразкової хвороби, що соматизують тривогу, поглиблюють стан хронічного стресу і сприяють розвитку ускладнень.

Клінічна картина соматогеній, що ускладнюють гастроентерологічні захворювання, здебільшого набуває форми неврастенічного синдрому з гіперестезією, явищами дратівливої слабкості, підвищеної виснажливості, сльозливістю. Разом із цим можуть спостерігатися психомоторна загальмованість, слабкість концентрації уваги з розсіяністю, забудькуватістю, неспроможністю до зосередження, а також виразні вегетосудинні прояви – скарги на шум і дзвін у вухах, головний біль, запаморочення, що не може не вплинути на життєву активність пацієнтів, що найбільш вираженим є у пацієнтів після резекції шлунка.

У хворих із виразковою хворобою спостерігається знижена самооцінка, низькі соціальні здібності, відчуття неповаги, несхвалення оточуючими, що впливає на рівень соціального функціонування, який найнижчим виявився після резекційного лікування. [8]

Після проведеного резекційного методу операції показник загального здоров'я становив $(37 \pm 2,2)$ балів, при СКР – $(54,6 \pm 2,9)$, після консервативного лікування – $(44,6 \pm 2)$, а у групі контролю – $(75,6 \pm 5,8)$. Необхідно зазначити, що дані цифрові величини становили 49%, 72% та 58% відповідно від контрольного рівня та статистично достовірно ($P < 0,001$) відрізнялися від нього.

Таким чином, після проведених методів лікування ЯЖ не досягає контрольного рівня як по фізичному, так і по психічному компоненту. Однак, статистично значимо, по семи показниках з восьми, ЯЖ пацієнтів, яким проведені ОЗО виявлялась вищою відносно пацієнтів інших груп (див. рис 2).

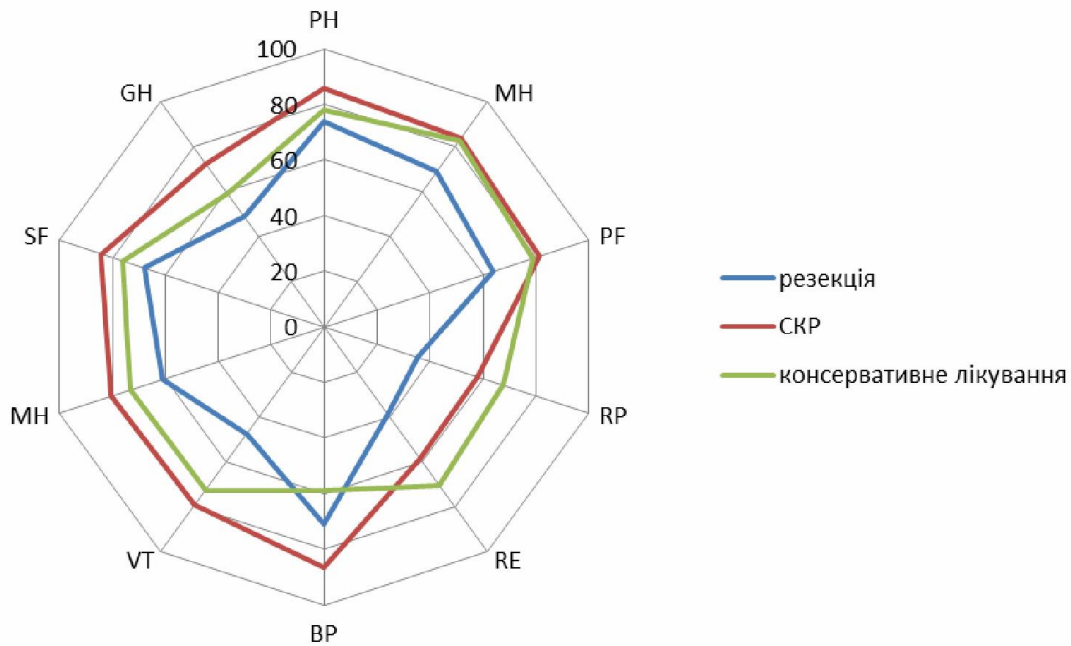


Рис. 2. Співставлення змін показників якості життя при проведенні різних методів лікування

Висновки. Враховуючи найвищі показники рівня ЯЖ після проведення пацієнтам органозберігаючих оперативних втручань, вважаємо оптимальним їх проведення для лікування та профілактики ускладнень виразкової хвороби шлунка.

Перспективи подальших досліджень. Вибір методів лікування з урахуванням впливу на ЯЖ та ставлення пацієнта до хвороби дозволить пришвидшити процес реабілітації, підвищити прихильність хворих до лікування, оскільки саме хворий є найкращим експертом з визначення ефективності терапії.

Література.

1. Хамитов, Р.Ф. Оценка качества жизни при хронической бронхолегочной патологии / Р.Ф. Хамитов, Л.Ю. Пальмова, В.Р. Новоженев // Российские медицинские вести. – 2004. – № 3. – С. 13-19.
2. Доценко В. В. Перспективи дослідження якості життя хворих прооперованих із приводу перфоративноїгастроуденальної виразки//Харківська хірургічна школа.-2013.-№4(61).-С. 34-37
3. Дудченко М.А. Болезнь оперированного желудка или постгастрорезекционный синдром, их лечение//Світ медицини та біології.– 2012.-№3.-С.83-86
4. Quality of life and clinical indicators for chronic pancreatitis patients in a 2-yearfollow-upstudy / R. Pezzilli, A. M. Morselli Labate, L. Fantini [etal.] // Pancreas. – 2007. – Vol. 34, No 2.– P. 191–196.
5. Косинський О.В. Віддалені результати лапароскопічної селективної симпатектомії в хірургічному лікуванні хворих на ускладнений перебіг виразкової хвороби//IV міжнародні пироговські читання.-2010.-С. 236-237.
6. В.І. Кривенко, Т.Ю. Гріненко, І.С. Качан. Якість життя як ефективний об'єктивний критерій діагностики та лікування у сучасній медицині/ В.І. Кривенко, Т.Ю. Гріненко, І.С. Качан //Запорізький медичний журнал.– 2011.– №6.-С. 91-96
7. Сугоняко, Е. А. Якість життя при виразковій хворобі / Е. А. Сугоняко, М. М. Петрова, В. В. Цуканов // Клініко-епідеміологічні та етно-екологічні проблеми захворювань органів тра-

влення: матер. п'ятої Вост.-Сиб. гастроентерологічної конф. з міжнар. участю. – Красноярськ, 2005. – С. 80-83.

8. Северова К. О. Пограничные психические расстройства у больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. Дис. канд. мед.наук./Северова К. О.Москва.2006. -16с.

COMPARISON THE RESULTS OF RESECTION, ORGANSAVING SURGARY AND CONSERVATIVE TREATMENT IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCER IN THE LIGHT OF ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE

Dzyubanovsky I.Ya, Viytovych L.Ye

Department of Surgery Training and Research Institute of Continuing Education SHEI "Ternopil State Medical University by I.Ya. Gorbachevski Ministry of Health of Ukraine "

Summary. Chronic diseases and the effects of treatment leads to significant limitations in all components of normal human existence. In turn, these restrictions under certain conditions may be more important for the patient than the symptoms themselves. Therefore, quality of life is an important tool in deciding on treatment. Given the highest rates of QOL of patients after organ surgery, consider the best of them for the treatment and prevention of complications of gastric ulcer.

Keywords: quality of life, peptic ulcer

УДК: 616-08+615.28+616.351+616-006

Голотюк В.В.¹, Бурлака А.П.², Вовк А.В.²

РЕДОКС-ЗАЛЕЖНІ РОЗЛАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ЦЕРУЛОПЛАЗМІН/ТРАНСФЕРИН КРОВІ У ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

1 – ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

2 – Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології імені Р.Є. Кавецького НАН України

Канцерогенез у людини супроводжується розбалансуванням і порушенням функціонування системи церулоплазмін/трансферин (ЦП/ТФ) крові. Функціональне значення останньої полягає у регулюванні обміну заліза та насиченні молекули апотрансферину іонами Fe^{3+} для транспортування в місця синтезу гемових та негемових залізовмісних білків. Зниження активності ЦП і ТР може призводити до зростання в тканинах рівнів комплексів вільного заліза, які володіють прооксидантними властивостями. Взаємодія з супероксидними радикалами (O_2^-), оксидом азоту (NO) і матриксними металопротеїназами (ММП) порушує структурну цілісність та функціональну активність молекули ЦП, що, в свою чергу веде до зниження вмісту ТФ у крові онкохворих. На сьогоднішній день особливості функціонування системи ЦП/ТФ та вплив на неї редокс-молекул під час неoad'ювантної променевої терапії (НПТ) хворих на рак прямої кишки (РПК) є малодослідженими і потребують детального вивчення.

Нами проаналізовано динаміку рівнів ЦП, ТФ, комплексів вільного заліза, а також взаємодію ЦП з ММП-2 та -9 у венозній крові 32 хворих з діагнозом аденокарциноми прямої кишки $T_{2-4}N_{0-2}M_0G_2$ під час курсу НПТ разовою вогнищевою дозою на ділянку пухлини 3 Гр і сумарною вогнищевою дозою 39 Гр. Рівні ЦП, ТФ, комплексів вільного заліза визначали методом електронної парамагнітно-резонансної спектроскопії, активність ММП – методом зимографії в поліакриламідному гелі.

Вперше було виявлено утворення комплексів ЦП-NO в крові хворих на РПК, що є причиною зниження функціональної активності ЦП. Рівень комплексів вільного заліза в крові хворих до лікування перевищував контрольні значення більш ніж у 10 разів, складаючи 0,25 відн. од. Після курсу НПТ та перед операцією рівень вільного заліза в крові хворих зростав до 0,31 та 0,57 відн. од. відповідно. Рівень ЦП у крові хворих до лікування в середньому становив $0,41 \pm 0,05$ відн. од., що приблизно вдвічі нижче від рівня ЦП у донорів ($0,78 \pm 0,10$ відн. од.), а після

курсу НПТ та перед операцією його активність достовірно не змінювалась. Таким чином, оперативне втручання з приводу РПК виконується здебільшого на фоні порушення функціональної активності ЦП. Вміст ТФ у крові хворих в 3,6 рази нижчий у порівнянні з показниками донорів. Після закінчення курсу НПТ у 75% хворих відзначали незначне підвищення рівня ТФ, причому перед операцією він сягав 0,28-0,50 відн. од. В умовах експерименту при інкубації сироватки крові хворих на РПК з додаванням екзогенного ЦП зареєстровано утворення комплексів ЦП-ММП-2. При цьому рівень ЦП знижувався на 22%, а активність ММП-2 – на 75%, тоді як у донорів – лише на 8 та 23% відповідно.

Отримані дані про зміни вмісту в крові хворих на РПК ЦП, ТФ, вільного заліза та комплекси ЦП-NO і ЦП-ММП-2 можуть бути використані для розробки терапевтичних підходів, спрямованих на корекцію порушень у редокс-стані системи ЦП/ТФ.

УДК 616.13/14-005.4-089.12:617.58

Гоцинський В.Б.¹, Луговий О.Б.², Ольховик В.В.²

ЕНДОВАСКУЛЯРНА РЕКОНСТРУКЦІЯ АРТЕРІЙ ПРИ КРИТИЧНІЙ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

1 – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

2 – Тернопільська комунальна міська лікарня №2

Вступ. Реваскуляризація нижньої кінцівки в умовах її хронічної критичної ішемії залишається актуальною проблемою ангіохірургії. Однак, зустрічаються не поодинокі випадки, коли через оклюзійний процес в дистальному відділі кінцівки виконання «шунтуючих» операцій є проблематичним, а консервативна терапія є безперспективною. В таких випадках слід шукати альтернативні методи реваскуляризації кінцівки для її збереження, зокрема – ендоваскулярні.

Мета дослідження. Обґрунтувати можливість застосування ендоваскулярних операцій у хворих із протяжними оклюзіями стегново-підколінно-гомількового сегменту артерій нижніх кінцівок на тлі їх хронічної критичної ішемії.

Об'єкт та методи дослідження. За період із 2012 по 2014 рік нами прооперовано 31 хворих із хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок (ХКІНК). Вік хворих був $56 \pm 7,2$ роки. Всі чоловіки. Визначення ступеня хронічної ішемії у всіх пацієнтів проводили за модифікованою клінічною класифікацією Фонтейна, рекомендованою другим Європейським консенсусом з хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок (1991), згідно якій вона відповідає III Б і IV стадіям ішемії. Відповідно до цієї класифікації було 22 (71 %) хворих з III Б ст., з IV ст. – 9 (29 %) пацієнтів. Ультразвукове обстеження артеріальних судин виконували за допомогою апарату Vivid 3 («Дженерал Електрик», США) з датчиком частотою 5-10 МГц та відповідним стандартним пакетом програмного забезпечення вказаної фірми для обстеження артеріальної системи. Для визначення місця локалізації атеросклеротичної оклюзії та її протяжності виконувалась аорто-артеріографія на ангіографічному комплексі фірми «Siemens» (2009). Локалізація атеросклеротичного ураження артерій згідно класифікації TASC II була: тип А – 7 пацієнтів, тип В – 11 хворих та тип D – 13 випадків. Протяжність оклюзії складала від 7 до 25 см (в середньому $18,1 \pm 7,7$ см). На цукровий діабет хворіли 18 (58,1%) пацієнтів. В 23 (74,2%) випадках при артеріографічному дослідженні була виявлена багаторівнева атеросклеротична оклюзія. У 4 (12,9%) хворих із високим кардіоваскулярним ризиком реваскуляризації нижніх кінцівок передувала коронарографія, із них у 1 (3,2%) пацієнта проведена ендоваскулярна реваскуляризація міокарда. Інтралюмінарна балонна ангіопластика виконана у 11 (35,5%) хворих, із них у 8 хворих вона була доповнена стентуванням відповідного сегмента артерії. При неможливості її виконання застосовували контрольовану субінтимальну ангіопластику (СА) за методикою Re-Entry OUTBACK в 15 (48,4%) випадках. Ангіографічним критерієм можливості виконання СА було прохідність сегмента артерій на рівні кісточок і/та артерій стопи. Для катетеризації артерії ви-

користували інтрадьюсери 5F або 6F, в залежності від ангіографічного діаметру артерій. При цьому діагностичний гідрофільний провідник 0,035 дюйма (Terumo, Японія) за допомогою ангіографічного катетера 4F або 5F різної конфігурації формувалася у вигляді петлі у вільному сегменті над оклюзією гомілки чи підколінної артерії. Під рентгенологічним контролем провідник за допомогою катетера підводився до межі оклюзії та здійснювалась диссекція. Далі комплекс провідник-катетер просувався впродовж оклюзії до виходу у просвіт артерії (реентрі) та виконувалась дилатація виділеної субінтимальної частини балонним катетером, адекватного діаметру. При неможливості провести диссекцію в антеградному напрямку у 5 (16,1%) хворих використали методику SAFARI (два доступи одночасно – антеградний та ретроградний, при умові прохідності сегмента артерії на рівні латеральної кісточки).

Результати та їх обговорення. Клінічне покращення у стані кінцівки вдалося досягнути у переважної більшості (96 %) хворих, що вказує на високу ефективність балонної ангіопластики та стентування артерій при ХКІНК. Первинна прохідність артерій в стегно-підколінно-дистальному сегменті при балонній ангіопластиці через рік склала 73%, через 2 роки – 64%. Після стентування артерій через рік та через 2 роки від моменту операції прохідність артерій була відповідно 92 % та 76%. Впродовж першого року після оперативного втручання вдалося зберегти кінцівку у 25 (80,6%) хворих, а через 2 роки спостереження у 18 (58,0%) пацієнтів.

Висновки: 1. Ендоваскулярні оперативні втручання на підколінній артерії та артеріях гомілки у різних технічних модифікаціях є ефективним методом реваскуляризації кінцівки в умовах ХКІНК при неможливості виконання «шунтуючих» операцій.

Перспектива подальших досліджень. Необхідна подальша оптимізація методик ендоваскулярних операцій при оклюзії артерій дистального сегменту кінцівки при ХКІНК.

УДК: 616.147.3-007.64-06:616-018.2-007.17

Гощинський В.Б., Продан А.М.

ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЇВ ВАРИКОЗНОГО СИНДРОМУ ПРИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНІЙ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Попри вдосконалення методів діагностики та лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, частота рецидиву залишається досить високою та розвивається у 50-80% пацієнтів. Певний відсоток «несправжнього» рецидиву варикозної хвороби може припадати на недиференційовану дисплазію сполучної тканини (НДСТ). Проявом НДСТ може бути ураження венозної системи – так званий варикозний синдром.

Мета дослідження: З метою вибору достовірних критеріїв для прогнозування ймовірності післяопераційного рецидиву варикозної хвороби нижніх кінцівок встановити відповідність даних клінічних, біохімічних обстежень до даних морфологічних досліджень у хворих на НДСТ.

Матеріали та методи. З метою визначення специфічних ознак дисплазії сполучної тканини обстежено 87 пацієнтів, віком від 22 до 72 років, які були розділені на дві вікові групи: 32 осіб віком до 40 років, друга – старші 40 років – 55 осіб. Для встановлення характерних змін було проведено фізикальне обстеження хворих, ультразвуковий моніторинг змін венозної системи нижніх кінцівок, виявлення та оцінка фенотипічних ознак дисплазії сполучної тканини згідно карт М.І. Glesby та Фоміної Л.Н., визначення сироваткового рівня оксипроліну колориметричним методом L.Bergman і R.Loxley та морфологічних змін структури стінки операційно видалених вен.

Результати дослідження Серед основних фенотипічних ознак дисплазії сполучної тканини згідно критеріїв Л.М. Фоміна та М.І. Glesby у 6 (18,75 %) пацієнтів першої групи та в 18

(32,72 %) пацієнтів другої відмічено при фізикальному обстеженні наявність одночасно 6 і більше ознак НДСТ в комбінації таких, як: герніопластика або сафенектомія на протилежній нижній кінцівці в анамнезі, плоскостопість, астенична тілобудова, гіпермобільність суглобів легкого та середнього ступеня, аритимії, порушення функції дихання за даними спірометрії, зміни шкіри з утворенням келоїдних рубців, підвищена ламкість капілярної сітки з розвитком носових кровотеч та утворенням синців.

У даних пацієнтів, для оцінки метаболізму сполучної тканини, визначено рівень вільного оксипроліну сироватки крові, який склав $117,12 \pm 1,16$ мкмоль/л в 6 осіб I групи та $113,55 \pm 1,52$ мкмоль/л – у 18 пацієнтів другої відповідно, що значно перевищує показник норми ($29,3 \pm 2,49$ мкмоль/л) ($p < 0,001$). Структурні зміни стінки вен при варикозній хворобі у хворих молодших 40 років характеризувались помірним потовщенням ендотелію судин за рахунок проліферації ендотеліоцитів, при цьому структура клітин мало відрізнялась від норми. М'язові волокна стінки судин були дещо гіпертрофованими, поряд із цим зустрічався незначний набряк, вогнищеве розволокнення колагенових волокон за типом мокуїдного набряку. Лімфо-гістіоцитарна інфільтрація при цьому була мінімальною. При гістологічному дослідженні структури поверхневих вен, у хворих після 40 років, виявлена структурна перебудова їх стінок, яка проявлялась у вираженому стоншенні за рахунок атрофічних змін м'язових волокон, вираженого мукоїдного та фібриноїдного набряку колагенових волокон, посилене білкове просякання стінки. Лімфо-гістіоцитарна інфільтрація та еритроцитарна інфільтрація були більш вираженими навколо м'язових волокон. При фарбуванні методом по Ван-Гізон мало місце виражене заміщення гладком'язових клітин фіброзною тканиною, що проявлялося зменшенням здатністю стінки вени до скорочення і розтягування, зміною її еластичних властивостей.

Висновки. Фенотипічні ознаки, показники сироваткового оксипроліну відповідають морфологічним змінам у структурі венозної стінки, що може мати прогностичне значення для попередження післяопераційного рецидиву варикозної хвороби.

УДК: 616.367-003.7-07

Дзюбановський О.І.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ВЕРИФІКАЦІЇ РІЗНИХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

‘Холедохолітиаз залишається основною проблемою лікування жовчнокам’яної хвороби (ЖКХ), ускладненням якого являється obtураційна жовтяниця (ОЖ) з рівнем операційної летальності на висоті жовтяниці від 7 до 42% (Ничитайло М.Ю. і співавтори, 2008 р., Захараш М.П. і співавтори, 2010 р., Ковальчук Л.Я. і співавтори, 2013 р.). Поряд із інструментальними та лабораторними обстеженнями першочергове місце у діагностиці холедохолітиазу мають об’єктивні дані, тому метою нашого дослідження було визначити частоту та специфічність клінічних симптомів при різних клінічних формах холедохолітиазу.

Обстежено 177 хворих з холедохолітиазом. У зв’язку із варіабельністю клінічної симптоматики, проведено оцінку різних симптомів з використанням рівня інформативності, специфічності, чутливості.

У 79,1 % (140) пацієнтів з холедохолітиазом переважали симптоми жовтяниці, що й визначали жовтяничну клінічну форму. Високий рівень чутливості мають такі клінічні симптоми, як поява жовтяниці після приступу печінкової коліки та зникнення больового приступу після появи жовтяниці, частота яких становить відповідно 95% і 86%, та наявність постійного болю, «важкості» в епігастральній ділянці у 80% випадків. Такі клінічні симптоми являються специфічними для жовтяничної форми холедохолітиазу. Для визначення діагностичної цінності вияв-

лених клінічних симптомів при інших клінічних формах холедохолітазу проводилось співставлення їх чутливості та специфічності.

Таблиця 1.

Форми перебігу холедохолітазу

Форми перебігу холедохолітазу	Абсолютне число	Відсотки, %
Жовтянична	140	79.1
Безжовтянична (асимптомна)	10	5.65
Інтермітуюча	17	9.6
Атипова	10	5.65
Всього	177	100

Таблиця 2.

Специфічність і чутливість клінічних симптомів при інтермітуючій клінічній формі холедохолітазу

Клінічні симптоми	Частота, %	Специфічність, %	Чутливість, %
Раптовий біль в епігастрії	31	53,4	30,1
Лихоманка	77	84,1	77,2
Ремітуюча жовтяниця без больового синдрому	63	85,7	66,3
Загальна слабкість	33	69	32,9

Як видно із таблиці 2, високим рівнем специфічності характеризуються такі симптоми, як лихоманка та ремітуюча жовтяниця без больового синдрому, специфічність яких складає 84,1% та 85,7% відповідно.

Таблиця 3.

Частота і характер клінічних симптомів при атипових та асимптомних формах холедохолітазу

Клінічні симптоми	Клінічні форми холедохолітазу	
	атипова, %	асимптомна (безжовтянична), %
Біль в правому підребер'ї та епігастральній ділянці	21,0	74,2
Жовтяниця в анамнезі	5,8	39,8
Лихоманка	14,9	19,5

Аналізуючи показники таблиці 3, видно, що при даних клінічних формах такі симптоми, як жовтяниця та лихоманка не є високоспецифічними та чутливими. Для більш високої інформативності і верифікації холедохолітазу були застосовані ендоскопічна ретроградна панкреатохоледохографія та МРТ-холангіографія.

Висновок. Враховуючи високу специфічність та чутливість виявлених клінічних симптомів при жовтяничній та ремітуючій формах, необхідно враховувати їх при верифікації даних форм холедохолітазу.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРВИННОЇ ЛІМФОМИ ЛЕГЕНЬ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Резюме. В статті представлені результати лікування хворого з первинною лімфомою легень, у якого досягнуто часткову відповідь після проведення 4 курсів поліхіміотерапії за протоколом R-СНОР.

Ключові слова: неходжкінська лімфома, поліхіміотерапія, ритуксимаб, MALT-лімфома, лімфома з бронхіальної лімфоїдної тканини.

ВСТУП. Легенева неходжкінська лімфома (НХЛ) дуже рідкісна пухлина, яка становить лише 0,5 % від усіх легневих злоякісних новоутворів, та менше 1 % від усіх лімфом. MALT-лімфома легень розвивається з бронхіальної лімфоїдної тканини (БАЛТ), яка гістологічно відрізняється від істинного внутрішньолегеневого лімфатичного вузла. MALT лімфоми найчастіше виникають з шлунково-кишкового тракту, однак, вони були описані і в найрізноманітніших екстранодальних ділянках тіла, включаючи слинні залози, орбіту і очні придатки, легені, шкіру, щитовидну залозу, молочну залозу, печінку, нирки, сечовий міхур і передміхурову залозу. Доведено, що хронічна антигенна стимуляція від куріння і деяких аутоімунних захворювань може грати роль тригера для легневих MALT лімфом. Варіанти лікування лімфоми з БАЛТ є різноманітними і включають повне хірургічне видалення пухлини, хірургічне втручання з наступною променевою терапією або хіміотерапією, проте оптимальна лікувальна тактика даної категорії хворих залишається невизначеною. Додатком до цитотоксичної хіміотерапії є використання моноклонального CD 20 антигену – ритуксимабу. Відомо, що клітини легеневої лімфоми зазвичай містять CD 20 антиген.

ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ Пацієнт 48 років, був госпіталізований, а пізніше знаходився на амбулаторному спостереженні в Тернопільському обласному клінічному диспансері з грудня 2014. Скарг при опитуванні хворий не пред'являв, за виключенням підвищення вечірньої температури тіла до 37,0-37,2 С. З анамнезу хвороби – в квітні 2014 р., при плановому профогляді при флюорографічному дослідженні були виявлені множинні вогнищеві тіні в легенях, які було розцінено як пневмонію. Хворий за місцем проживання отримав лікування пневмонії, але без позитивного ефекту. Після чого хворого направлено в Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер, де 24.07.14 року проведено комп'ютерне томографічне (КТ) обстеження і встановлено діагноз – рак верхньої частки лівої легені, змін в внутрішньогрудних лімфатичних вузлах не було знайдено. В S5 лівої легені виявлений перибронхо-васкулярний інфільтрат умовними розмірами 5x4 см трикутної форми, широкою основою до плеври з ознаками повітряної бронхограми, локальне потовщення костальної плеври. В S2—S6 легені виявлені дрібні округлі вузлики середньої щільності 0,4-0,5 см.

Складність випадку полягає у тому, що радіологічна презентація первинних лімфом в легенях немає специфічних ознак. Не було проявів лімфаденопатії чи уражень інших типових для лімфом органів (наприклад, селезінки), які б могли наштовхнути на думку про лімфопроліферативний характер ураження.

30.09.14 року, зважаючи на результати проведених КТ обстежень, виконано операційне втручання – верхня лобектомія зліва.

Гістологічний діагноз був перевірений двома групами патоморфологів в Черкасах (Україна) та Мілані (Італія) в Європейському інституті онкології.

Гістологічно та імуногістохімічно встановлено фенотип пухлини – будова пухлини легень та імунофенотип пухлинних клітин відповідають екстранодальній лімфомі з клітин маргінальної зони, асоційованих з слизовою оболонкою MALT-лімфоми.

Пацієнт отримав 4 курси хіміотерапії по протоколу R-СНОР. Контроль КТ показав часткову відповідь на лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ І ОБГОВОРЕННЯ Первинна неходжкінська лімфома легень є рідкісним захворюванням, і, хоча прогноз БАЛТ лімфом сприятливий з 5-річним виживанням більше

85 % і медіаною виживаності понад 10 років, клінічні ознаки, прогностичні фактори, і методи лікування пацієнтів не є чітко визначеними. Варіанти лікування БАЛТ лімфоми варіюють в діапазоні від спостереження, окремо хірургічної резекції або в комбінації з хіміотерапією і променевою терапією, але оптимальна терапія даного захворювання залишається спірним питанням за відсутності будь-яких проспективних досліджень. Хіміотерапевтичне лікування може розглядатися в хворих з великою пухлинною масою або з дисемінованою формою захворювання. Для хіміотерапевтичного лікування можливе використання анти-CD 20 антитіла – ритуксимабу, який являє собою химерне людське/мишаче моноклональне антитіло, яке застосовується в останні роки в якості ефективної терапії негоджкінських лімфом. Ритуксимаб був схвалений для використання в поєднанні з СНОР режимом хіміотерапії для лікування агресивних форм негоджкінських лімфом. За відсутності даних проспективних досліджень лікування лімфом легень, лікувальна роль ритуксимабу достеменно не з'ясована. Тим не менш, при БАЛТ лімфомі клітини експресують антиген CD 20, таким чином, його використання може розглядатися окремо або в комбінації з хіміотерапією. В англійській медичній літературі, раніше повідомлялося про 8 пацієнтів з БАЛТ лімфомою, які отримали терапію ритуксимабом. У двох із семи пацієнтів, було досягнуто повну відповідь на лікування після чотирьох і шести циклів поліхіміотерапії з ритуксимабом.

У нашому випадку, часткову відповідь було отримано після 4 курсів поліхіміотерапії за протоколом R-СНОР. Лікування хворий переніс задовільно, без гематологічної токсичності.

Література.

1. Choi WS, Cho JH, Hwang YI, Jang SH, Kim DG, Jun SY, Min K, Lee IJ, Lee JW, Jung KS. A case of bronchus-associated lymphoid tissue (BALT) lymphoma treated with lobectomy. *Tuberc Respir Dis* 2007; 62: 427-31.
2. Song SY, Choi EK, Kim JH, Ahn SD, Shin SS, Lee S. Radiation therapy for bronchial associated lymphoid tissue (BALT) lymphoma: a case report. *J Lung Cancer* 2006; 5: 114-7.
3. Seker M, Bilici A, Ustaalioglu BO, Salman T, Sonmez B, Canpolat NA, Salepci T, Gumus M, Yaylaci M. Extended rituximab schedules may result in increased efficacy in pulmonary malt lymphoma. *Leuk Res* 2009; 33: e154-6.
4. Arkenau HT, Gordon C, Cunningham D, Norman A, Wotherspoon A, Chau I. Mucosa associated lymphoid tissue lymphoma of the lung: the Royal Marsden Hospital experience. *Leuk Lymphoma* 2007; 48: 547-50.
5. Seker M, Ustaalioglu BB, Bilici A, Yildirim ME, Kefeli U, Barisik NO, Tamer I, Gumus M. Eight-cycle rituximab therapy resulted in complete remission in primary cutaneous marginal zone lymphoma. *Leuk Res* 2010; 34: e160-3.

УДК 614.8 – 053

Запорожан С.Й., Марченкова Н.О., Процайло М.Д.,
Гошинський П.В., Крицький І.О.

АНАЛІЗ ДИТЯЧОГО ТРАВМАТИЗМУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Проведений порівняльний аналіз показників дитячого травматизму з 2005 по 2014рр. за даними Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні. Досліджені основні причини дитячого травматизму в залежності від виду, характеру і локалізації травми та їх динаміка за останніх 10 років. На основі аналізу, окреслені напрямки щодо зниження рівня дитячого травматизму.

Ключові слова: діти, травматизм.

Analysis of child injury

S.I. Zaporozhan, N.O. Marchenkova, M.D. Protsaylo, P.V. Hoschynskyy, I.O. Krytskyy,
Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The comparative analysis of indicators of children's injuries from 2005 to 2014 according to the Ternopil Regional Children's Hospital. The basic causes of child injuries, depending on the type, nature and location of the injury and their dynamics over the past 10 years. Based on the analysis outlined directions for reducing child injuries.

Key words: children, injuries.

Вступ. Кожен день у світі в результаті нещасних випадків гине 2270 дітей, це 830 000 дитячих смертей на рік, ще кілька десятків мільйонів дітей потрапляють до лікарень з травмами різного ступеня тяжкості [2, 5]. Травми є головною причиною смертності дітей у віці 5-19 років, причому 5 з 6 випадків смерті трапляються в країнах з низьким та середнім рівнем доходів. В залежності від обставин травми, перші місця займають дорожньо – транспортний травматизм (у віковій групі 5-19рр.), утоплення (1-4рр.), отруєння, термічні ушкодження та падіння [1, 3].

Найбільш несприятлива ситуація з травматизмом складається у великих містах, де частка дитячого населення серед постраждалих становить понад 40% [7]. Одночасно із зростанням травм серед міського дитячого населення відмічається тенденція збільшення їх тяжкості [4, 6]. Від 18 до 40% дітей, які перенесли травму опорно-рухового апарату, стають інвалідами, а інвалідність від травм займає третє місце серед причин дитячої інвалідності. Порушення рухової активності призводить до вісцеральних порушень, обмеженню контакту дітей з навколишнім середовищем, участю у соціальному житті, психологічним змінам. Отже, дитячий травматизм стає соціальною проблемою.

Мета дослідження

Дослідити основні причини дитячого травматизму за статистичними даними Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні в залежності від виду, характеру та локалізації травми та їх динаміку з 2005 по 2014рр..

Матеріали і методи

Проведено вивчення травм дитячого населення області, якому надавали допомогу в КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» з 2005 по 2014рр. Всіх травмованих розділили на 2 вікових групи: 0-14рр. та 15-17рр., виділив окремо підліткову групу. Для дослідження були обрані такі види травм: механічні ушкодження м'яких тканин без порушення їх цілості (забої, вивихи, ушкодження зв'язок), рани, переломи, опіки, сторонні тіла. Ми не брали до уваги черепно – мозкові травми та отруєння біологічно – активними речовинами, які не являються предметом нашого дослідження.

Показники травматизму вивчались в динаміці. Статистичну обробку результатів виконано у відділі системних статистичних досліджень університету в програмному пакеті Statsoft STATISTICA.

Результати й обговорення

Загальна кількість травм у 2005-2009 рр. складала 48416 випадків, а у 2010-2014 рр. – 52708 випадків, що свідчить про збільшення травматизму на 4292 випадки (8,87 %) за останніх 5 років та відповідне щорічне збільшення кількості травмованих дітей на 858 в рік. За віковою ознакою, 32,35 % всіх травм у 2005-2009 рр. припадає на вікову групу 15-17 рр., а у 2010-2014 рр. цей показник знизився на 2,93 % та склав 29,42 %.

В залежності від причин та обставин отримання травм, були виділені наступні види дитячого травматизму: побутовий, вуличний (не пов'язаний з транспортом), дорожньо – транспортний, шкільний, спортивний (таблиця 1).

Порівняльна структура дитячого травматизму в залежності від причин та обставин отримання травм

Вид травми	2005-2009рр.		2010-2014рр.	
	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%
Вулична	32675	67,48	37422	71,0
ДТП	280	0,57	306	0,58
Побутова	13318	27,5	12903	24,48
Шкільна	1350	2,78	875	1,66
Спортивна	793	1,63	1202	2,28
Всього	48416	100	52708	100

Перше місце, за даними ТОДКЛ, серед травматизму посідає вуличний – 67,48 % (2005-2009рр.) – 71,0 % (2010-2014рр.) та побутовий – 27,50 % (2005-2009рр.) – 24,48 % (2010-2014рр.), разом – 94,98 % та 95,48 % відповідно. Рідше зустрічається шкільний, спортивний та дорожньо – транспортний. За останніх 5 років відмічається тенденція до збільшення вуличного та спортивного травматизму, тоді як шкільна та побутова травми дещо знизились.

За гендерною ознакою, переважно травмувались хлопчики 69, 57% (2005-2009рр.) – 70,8 % (2010-2014рр.). Міське населення становило 81,3 % – 80,9 %, сільське – 18,7 % – 19,1 % відповідно.

В залежності від пори року, збільшення дитячого травматизму спостерігається з весни до осені, але його сплеск припадає на літні канікули, які обумовлюють різку зміну поведінки від організованого дозвілля до неконтрольованої вседозволеності.

На протязі доби пік травматизму спостерігається після 18.00, коли діти цілком залишаються без нагляду – розганяються на скутерах, велосипедах, лазять по деревах, купаються у недозволенних місцях, травмуються до гострих предметів.

Показник травматизму залежить від родини, в якій виховується дитина: дитячий травматизм більше в неповних сім'ях, коли виховує лише один з батьків, у «соціальних сиріт» (виховують бабусі і дідусі, коли рідні батьки знаходяться на заробітках), в повних родинях з низьким матеріальним достатком, також залежить від віку, професії та рівня освіти батьків. До того, на збільшення рівню травматизму впливає вживання алкоголю та наркотичних речовин.

Розподіл за видом та характером травм представлений в таблиці 2.

Переважає більшість звернень пов'язана з механічними ушкодженнями м'яких тканин без порушення їх цілості (41,67 % – 45,17%), ранами (31,83 % – 28,57 %), переломами (23,0 % – 23,56 %). Абсолютна кількість ушкодження м'яких тканин збільшилась за останніх 5 років на 3634 випадків, переломів – на 1281 випадок, кількість ран дещо зменшилась (на 358 випадки). Зменшились також кількість опіків та сторонніх тіл (на 107 та 158 випадків відповідно).

Серед всіх ушкоджень м'яких тканин за період з 2005 по 2009 рр. 28,57 % припадає на вікову групу 15-17рр, а за період з 2010 по 2014 рр. – 24,50 % випадків. Відповідно, серед всіх ран: 21,97 % – 23,09 %; серед всіх переломів: 20,10 % – 19,52 %; опіків: 14,60 % – 14,44 %; сторонніх тіл: 22,59 %– 21,36 %, що свідчить про високий рівень підліткового травматизму порівняно з молодшим віком.

Структура переломів в залежності від їх локалізації представлена в таблиці 3.

Таблиця 2.

Порівняльна структура дитячого травматизму за видом та характером травм

Вид травми	2005-2009рр.			2010-2014рр.		
	0-14 років	15-17 років	0-17 років	0-14 років	15-17 років	0-17 років
механічні ушкодження м'яких тканин без порушення їх цілості (забої, вивихи, ушкодження зв'язок)	14411	5763	20174	17975	5833	23808
рани	12027	3387	15414	11580	3476	15056
переломи	8759	2376	11135	9992	2424	12416
опіки (термічні та хімічні)	807	138	945	717	121	838
сторонні тіла	579	169	748	464	126	590
Всього	36583	11833	48416	40728	11980	52708

Таблиця 3.

Порівняльна структура переломів в залежності від локалізації.

Вид травми	2005-2009рр.			2010-2014рр.		
	0-14 років	15-17 років	0-17 років	0-14 років	15-17 років	0-17 років
переломи кісток черепа та хребта	237	89	326	191	86	277
переломи кісток верхньої кінцівки	6330	1644	7974	7586	1714	9300
переломи кісток нижньої кінцівки	2192	643	2835	2215	624	2836
Всього	8759	2376	11135	9992	2424	12416

Абсолютна кількість переломів збільшилась за останніх 5 років на 1281 випадки (11,5 %) (див. табл. 3). За анатомічною локалізацією переломів у дітей величезна кількість припадає на переломи кісток верхньої кінцівки: 71,61 % (2005-2009рр.) – 74,90 % (2010-2014рр.), тоді як переломи кісток нижньої кінцівки зустрічаються в 3 рази рідше: 25,45 % (2005-2009рр.) – 22,87 % (2010-2014рр.), а переломи кісток черепа та хребта лише у 2,93 % – 2,23 %. Збільшення кількості переломів за останніх 5 років відбувалось переважно за рахунок переломів кісток верхньої кінцівки – на 1326 випадки (1256 з них у дітей від 0 до 14 рр.), переломів нижньої кінцівки – на 4 випадки, тоді як переломи кісток черепа та хребта зменшились на 49 випадки (46 з них у дітей від 0 до 14 рр.).

Серед всіх переломів кісток черепа та хребта за період з 2005 по 2009 рр. 27,30 % випадків припадає на вікову групу 15-17рр, а за період з 2010 по 2014 рр. – 31,05% випадків. Таки переломи характеризуються значною важкістю ураження. Відповідно, серед всіх переломів кісток нижньої кінцівки від 21,97 % до 23,09 % випадків припадає на підліткову групу (кількість таких переломів суттєво не змінюється за 10 рр.), а серед всіх переломів кісток верхньої кінцівки – 20,62 % – 18,43 % випадків.

Висновки

1. Рівень дитячого травматизму постійно збільшується, в середньому на 858 випадків в рік з сезонним сплеском у літні канікули.
2. В залежності від причин та обставин травми, перші місця посідає вуличний та побутовий травматизм.
3. За характером ушкоджень найчастіше зустрічаються забої, рани та переломи.
4. Серед переломів значну частину складають травми кісток верхньої кінцівки у переважно у дітей від 0 до 14 рр. На вікову групу 15-17рр. приходиться в середньому 23 % всіх травм та 20 % всіх переломів.
5. На основі проведеного аналізу, ми пропонуємо наступні напрямки зниження рівня дитячого травматизму:
 - раціональна організація догляду за дітьми, обережність, відповідальність, самодисципліна (законодавча відповідальність батьків);
 - профілактика вуличного та побутового травматизму заснована на постійному нагляді за станом території житлових масивів, шкільних і дошкільних закладів, за дотриманням правил безпеки при проведенні ремонтних і будівельних робіт (основна роль належить працівникам міських та районних адміністрацій, санітарно-епідемічних станцій, житлових управлінь, сільських рад, міліції);
 - запобігання вуличного та дорожньо-транспортного травматизму – вивчення правил дорожнього руху з перед дошкільного та дошкільного віку (велику роль відіграють вчителі, вихователі, працівники міліції, ДАІ, радіо, телебачення, преса);
 - профілактика шкільного травматизму заснована на чіткій організації трудового процесу і високої освітньо-виховної роботи;
 - профілактика спортивного травматизму – активне заняття фізкультурою та спортом з раннього віку під наглядом спеціалістів, постійні повноцінні профілактичні огляди стану здоров'я.

Література

1. Анісімов ВС Класифікація дитячого травматизму. Якою їй бути? // Ортопедія, травматологія і протезування. – М., 2006. № 1. – С. 63-65.
2. «Всесвітня доповідь ВООЗ і ЮНІСЕФ щодо профілактики дитячого травматизму» від 19 лютого 2009 р.
3. Немсадзе В., Амбернаді Г. Дитячий травматизм. Книга для батьків. Досвід розуміння, лікування, профілактики. – М.: Лелека, 2005. – 120 с.
4. Рупленіє Ф.В. Дитячий травматизм у віковому аспекті, його профілактика та роль громадськості у боротьбі з ним: Автореф. дис.к.м.н. Рига, 1998. – 420 с.
5. Соколов Л.П. Попередження та лікування травм у дітей: Навчальний посібник. – М.: Справа, 2007. – 96 с.
6. Ступницька М.А. Травматизм у дітей шкільного віку: причина і профілактика // Школа здоров'я. – 2001, № 4.
7. Яцек Є. Палкевич. Вживання в місті. – М.: Карвік, 2002. – 160 с.

ЛОКАЛЬНИЙ КРОВОБІГ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПАТОГЕНЕТИЧНОМУ ВИБОРІ МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВИХ ВИРАЗОК

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Резюме. На основі досліджень локального кровобігу методом MurasamiMotonobu. (1982 р.) модифікованим у 1984 році Л.Я. Ковальчуком і співавт. у хворих на виразкову хворобу шлунка (ВХШ) розроблено достатньо потужний органощадний метод хірургічного лікування даного захворювання – прицільну резекцію ішемізованого сегмента шлунка (ПРІСШ) в поєднанні з СПВ. Дослідження локального кровобігу не тільки у хворих з виразками, а й в післяопераційному періоді після різних методів хірургічного їх лікування, якому присвятив своє життя вчений-хірург, чл-кор. АМН України, проф. Ковальчук Л.Я. а надалі і його учні, дозволили розробити цілий алгоритм заходів, направлених як на вибір оптимальних методів хірургічного лікування виразкової хвороби так і на попередження ускладнень в післяопераційних періодах. Цю статтю присвячуємо світлій пам'яті свого вчителя, великого вченого, педагога, професора, хірурга та, – просто Людини з великої літери – Леоніда Якимовича Ковальчука.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка, органощадне хірургічне втручання, ПРІСШ.

Вступ. В патогенезі розвитку ВХШ має місце порушення рівноваги між «факторами захисту» та «чинниками агресії», яка має назву «ваги Шея» [2, 4]. До агресивних факторів відносять гіперпродукцію соляної кислоти та пепсину, бактерії НР, порушення евакуаторно-моторної діяльності шлунка, дуодено-гастральний рефлюкс. Отримані в процесі дослідження кровобігу в слизовій оболонці шлунка дані вказують на його зниження у хворих на ВХШ в період загострення та має схильність до відновлення в період ремісії та до покращення при довготривалій ремісії [7]. Порушення кровообігу в СОШ проходить за типом тромбозу судин і інфаркту на рівні мікроциркуляторного русла. Дослідження Л.Я. Ковальчука довели наявність ішемії СО при даній патології, в умовах якої розвивається тканинна гіпоксія, яка веде до комплексу патобіохімічних порушень, а саме: сповільнення окисно-відновних процесів, накопичення недоокислених продуктів жирних кислот, активації перекисного окислення ліпідів, що в свою чергу призводить до порушення структури мітохондріальних мембран, своєрідної модифікації їх фосфоліпідного складу, проникності субклітинних лізосомних утворень і активації катаболічних процесів в слизовій оболонці шлунка та розвитку виразки [6, 7, 9].

Незважаючи на значні досягнення наукових досліджень та лікувально-діагностичної апаратури в питаннях етіології, патогенезу, лікуванні виразкової хвороби шлунка (ВХШ) та її ускладнень і надалі залишаються невирішені питання. Незважаючи на наявність новітніх противиразкових препаратів на фоні 10 % захворюваності населення на дану патологію частота ускладнень зросла в 2,5 рази та не має схильності до зниження [10].

Вибір способу та об'єму оперативного втручання є суттєвим фактором, який впливає на безпосередні та віддаленні результати лікування хворих [8,11].

Мета дослідження. Вивчити зміни локального кровобігу слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки при шлункових виразках, його значення в виборі методу хірургічного лікування а також особливості локального кровобігу в стінці оперованого шлунка після різних методів хірургічного лікування.

Матеріали і методи. Дослідження локального кровобігу (ЛК) проведено у 73 хворих на ускладнену виразкову хворобу шлунка (чоловіків – 55, жінок – 18), середній вік яких склав $(52,06 \pm 1,9)$ роки. Контролем служили 30 здорових осіб різного віку (добровольці, студенти, інтерни), які в анамнезі не мали патології з боку органів гепато-панкреато-гастро-дуоденальної зони. За відсотковим значенням виразки локалізувалися в ділянці малої кривини у 52 (71,2 %), на передній стінці – у 4 (5,5 %), на задній стінці – у 17 (23,3 %) випадках. Обстеження проводилось у тієї категорії хворих, в яких на час поступлення не було перфорації чи кровотечі. В пері-

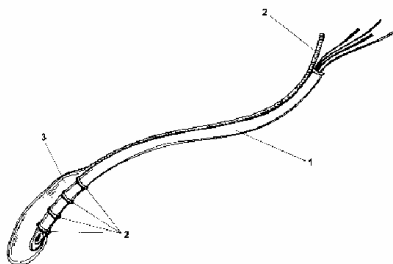
оді після операції обстежено 30 пацієнтів після ПРІСШ з СПВ, 39 – після Більрот-I, 36 – після Більрот-II.

Локальний кровобіг визначали за модифікованим у 1984 р. Л.Я.Ковальчуком та співавт. методом Murasami Motonobu [12].

Для якісної характеристики регіонарного кровобігу тканин гастродуоденальної зони та кількісної його оцінки застосовували реографічні методи досліджень [1]. Ми користувались апаратом „РПГ 2-02”, електроди якого вмонтували у стінку еластичного шлункового зонда. Завдяки розробленій нами модифікації зонда його можна вводити у шлунок, досягаючи щільного контакту електродів зі слизовою оболонкою органа при різних конфігураціях його кривини (у різних його відділах) – (Пат. 57328 А). Це сприяє якісному вимірюванню кровоплину тканин стінки органа [3].

Схема розташування електродів зображена на рис. 2.

Рис. 2. Зонд для внутрішньопорожнинної реєстрації фізіологічних параметрів: 1 – шлун-



ковий зонд, 2 – контактні електроди, 3 – роздувна манжета, 4 – катетер, яким забезпечується роздування манжети.

Показники кровобігу вираховували за тривалістю періоду піввиведення молекул водню з тканин та виражали у мілілітрах крові за одну хвилину на 100 г (мл/(хв • 100 г)) тканини слизової оболонки.

Для кращої оцінки результатів дослідження ЛК в ділянці виразкоутворення, ділянку самої виразки та слизову оболонку навколо неї залежно від швидкості кровобігу поділено на зони: дно виразки, маргінальна зона, зона запальної інфільтрації, „нормальна” слизова оболонка (рис. 3).

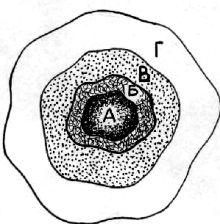


Рис. 3. Зони ділянки виразкоутворення за швидкістю локального кровобігу: А – дно виразки; Б – маргінальна зона; В – зона запальної інфільтрації; Г – „нормальна” слизова.

Всі подальші цифрові значення ЛК в середній третині по малій кривині у хворих на ВХШ вказані при дослідженні саме в зоні запальної інфільтрації виразки, оскільки в даній ділянці найкраще визначалися показники швидкості ЛК, порівняно з іншими зонами, під час дослідження в яких часто спостерігали відсутність реєстрації на плівку або довготривале очищення тканини від водню із значними перешкодами під час реєстрації.

Методика виконаного дослідження ЛК дозволяє здійснювати його прицільно під час виконання фіброгастроскопіїв 4 сталих точках, а саме: в зоні запальної інфільтрації виразки при її локалізації в проекції малої кривини тіла шлунка (1), в середній третині тіла шлунка по великій кривині (2), антральному відділі шлунка по великій кривині (3) та цибулині дванадцятипалої кишки (4) (рис. 4).

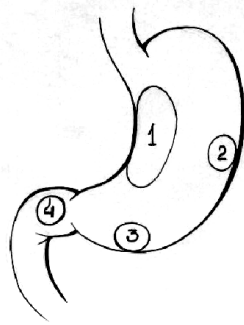


Рис. 4. Точки прикладання електрода для вивчення ЛК слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на ВХШ.

ЛК у оперованих пацієнтів після ПРІСШ та резекційних методів визначали у трьох анатомічних точках, які власне дають нам чітку оцінку ймовірних змін та відповідають точкам контрольної групи. Так, після ПРІСШ з СПВ цими точками будуть: дистальний відділ кукси шлунка по великій кривині (фактично це відповідає середній третині тіла шлунка до операції, а в даному випадку є маргінальною зоною гастро-гастроанастомозу), антральний відділ шлунка по великій кривині, цибулина ДПК. Після резекції за Більрот-I – в дистальному відділі кукси шлунка по великій кривині, в маргінальній зоні гастродуоденоанастомозу (ГДА) та початковому відділі ДПК; за Більрот-II – в дистальному відділі кукси шлунка по великій кривині, в маргінальній зоні гастроентероанастомозу (ГЕА) та початковому відділі відвідної петлі тонкої кишки.

Результати дослідження та їх обговорення.

Провівши дослідження у хворих на виразкову хворобу шлунка з локалізацією виразки в проекції малої кривини та порівнявши цифрові дані з контрольними значеннями (табл. 1), слід відмітити різке зниження ЛК в зоні запальної інфільтрації виразки. Коливання показника ЛК у цієї категорії хворих було в межах (13,6-23,1) мл/(хв · 100 г).

Таблиця 1

ЛК (мл/(хв · 100 г)) СОШ та ДПК при ускладненій ВХШ (M±m)

Ділянка дослідження	Контроль	ВХШ
	(n=30)	(мала кривина) (n=73)
Середня третина (мала кривина)	38,24±1,36	21,14±1,57*
Тіло шлунка (с/3 великої кривини)	63,65±2,41	39,22±2,54 *
Антральний відділ (велика кривина)	36,92±1,31	33,41±1,35
Дванадцятипала кишка (цибулина)	53,68±2,21	51,24±2,61

Примітка. * – P<0,001 – статистично достовірна різниця в порівнянні з показником контролю.

Низькі показники спостерігалися у хворих із супутнім атрофічним гастритом та вираженою дисплазією за даними морфометрії. У 4-х хворих ЛК був знижений до 13,6; 13,9; 14,4 та 15,3 мл/(хв · 100 г). Слід зауважити, що показник нижче 16 мл/(хв · 100 г) є критичним рівнем життєдіяльності шлункової стінки та може стати причиною перфорації. В середньому цифровому співвідношенні середнє значення зниження ЛК в проекції виразкового дефекту, а саме зоні запальної інфільтрації виразки становить (21,14±1,57) мл/(хв · 100 г), що на 44,7 % (p<0,001) нижче контрольного. В ділянці середньої третини великої кривини тіла шлунка зниження локального кровобігу сягає 38,4 % (p<0,001) й складає (39,22±2,54) мл/(хв · 100 г). У даній ділянці коливання кровобігу становило (25,4-44,7) мл/(хв · 100 г). В антральному відділі по великій кривині, а також в цибулині ДПК навпаки – не було відмічено різких коливань цифрових значень. Середні показники їх склали відповідно (33,41±1,35) мл/(хв · 100 г) та (51,24±2,61) мл/(хв · 100 г), що у відсотковому значенні на 9,5 та 4,5 % нижче контрольного показника з відсутністю достовірної різниці для обох значень (p>0,05). Відсутність таких змін пояснюємо васкуляризацією вказаних ділянок короткими гілками шлунково-сальникової артерії, що утворюють добре розвинену інтрамуральну сітку від великої кривини в бік передньої та задньої стінок тіла шлунка

та цибулини ДПК. Середні показники вказаних змін, виявлені у хворих, можна легко порівняти після різних методів хірургічного лікування цього захворювання.

Так, після ПРІСШ з СПВ в віддаленому періоді 1-12 років ЛК в куксі шлунка зріс на 9,4 % вище раннього післяопераційного, залишаючись на 12,0 % нижче доопераційного ($P > 0,05$).

В антральному відділі ЛК зріс на 6,36 % вище доопераційного та перебував у межах контрольних даних здорових осіб ($p > 0,05$). Середні значення кровобігу в цибулині ДПК знизились несуттєво порівняно з такими ж раннього періоду (табл. 2), залишаючись і надалі вищими порівняно із ЛК в даній ділянці як у хворих на ВХШ, так і осіб контрольної групи. Зауважимо, що в жодному випадку в післяопераційному періоді у хворих після ПРІСШ з СПВ не виявлено виразкового дефекту в ДПК.

Таблиця 2

ЛК СОШ (в мл/(хв · 100 г)) після різних методів оперативного лікування ВХШ в віддаленому післяопераційному періоді (1– 12 років), (M±m)

Група обстежених	Ділянка дослідження		
	Тіло шлунка (велика кривина)	Антральний відділ (велика кривина)	ДПК (цибулина)
Контроль (n = 30)	63,65±2,41	36,92±1,31	53,68±2,21
Хворі на ВХШ до операції (n=73)	39,22±2,54	33,41±1,35	51,24±2,61
ПРІСШ + СПВ (n=30)	Кукса шлунка (дистальний відділ великої кривини)	Антральний відділ (велика кривина)	ДПК (цибулина)
	34,5±1,0	35,68±0,59	56,82±0,66*
Резекція за Більрот-I (n=39)	Кукса шлунка (дистальний відділ великої кривини)	ГДА (маргінальна зона)	ДПК (початковий відділ)
	31,54±1,26**	31,7±1,18***	41,21±1,33
Резекція за Більрот-II (n=36)	Кукса шлунка (дистальний відділ великої кривини)	ГЕА (маргінальна зона)	Відвідна петля (початковий відділ)
	29,22±1,25***	24,83±0,81*	40,22±0,77*
Примітки: 1. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ – вірогідна відмінність порівняно з групою доопераційних хворих. 2. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ – вірогідна відмінність між однаковими показниками однойменної групи.			

У тих хворих, в яких виконана резекція шлунка за Більрот-I, кровобіг в дистальному відділі кукси шлунка по великій кривині складав (31,54±1,26) мл/(хв · 100 г) та зріс порівняно з раннім післяопераційним показником на 12,2 %, залишаючись на 24,3 % нижче доопераційного показника. ЛК в ділянці маргінальної зони ГДА становив (31,7±1,18) мл/(хв · 100 г) та зріс на 21,3 % відносно раннього періоду з високою достовірністю різниці ($p < 0,001$). У початковому відділі ДПК кровобіг теж мав тенденцію до збільшення всього на 3,4 % без достовірної різниці ($P > 0,05$), що, мабуть, і пояснює присутність певної частки ускладнень в цих пацієнтів у віддаленому періоді.

В дистальному відділі кукси шлунка після резекції за Більрот-II ЛК зріс з (25,11±1,10) до (29,22±1,25) мл/(хв · 100 г) або ж на 16,4 %, залишаючись нижчим такого ж доопераційного значення на 34,2 % ($p < 0,001$). Достовірне зростання ($p < 0,05$) відмічено в ділянці маргінальної зони ГЕА, де ЛК складав (24,83±0,81) мл/(хв · 100 г) і був вище рівня раннього періоду на 12,4 %. В СО початкового відділу відвідної петлі за період 1-5 років ЛК зріс з (37,92±0,81) до (40,22±0,77) мл/(хв · 100 г) відносно цього ж показника раннього періоду з достовірною різницею в 6,1 % ($p < 0,05$).

Висновки.

1. Ішемія навколо виразкового дефекту має не лише місцеву локалізацію, а й поширюється на всю кислотопродукуючу ділянку тіла шлунка з перерозподілом кровотоку на периферичні області.

2. Локальна ішемія сприяє розвитку імуноморфологічних порушень як у слизовій оболонці, так і всій стінці органа, функціональним змінам МЕФ та кислотопродукуючої функції шлунка, знижується природна резистентність слизової оболонки до різноманітних факторів виразкоутворення, які в сукупності приводять до виникнення виразкового дефекту.

3. У хворих після хірургічного лікування ВХШ, а саме ПРИСШ з СПВ відмічено значно кращі показники відновлення ЛК у віддаленому післяопераційному періоді, що вказує на пріоритетність у виборі даного методу порівняно з резекційними.

LOCAL BLOOD CIRCULATION OF STOMACH AND DUODENUM IN THE PATHOGENETIC CHOICE OF METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC ULCERS

L.Ya. Kovalchuk, A.D. Bedeniuk, Yu. M. Futuyma

SHEE "Ternopil Ivan Horbachevskyi State Medical University of Ministry of Healthcare of Ukraine". Department of surgery #1 with urology named by L.Ya.Kovalchuk

Summary. Basing on the studies of the local blood circulation using MuracamiMotonobu method (1982) modified in 1984 by L.Ya. Kovalchuk et al. in patients with gastric ulcer (GU) was developed the organprotecting method of surgical treatment of this disease – sighting resection of gastric ischemic segment (SRGIS) combined with SPV. The research of local blood circulation not only in patients with ulcers, but also in the postoperative period after different methods surgical treatment, who devoted his life scientist surgeon corresponding member of AMS of Ukraine, prof. L. Ya. Kovalchuk and later his students helped to develop an algorithm of measures aimed both at the choice of optimal methods of surgical treatment of peptic ulcer disease and the prevention of complications in the postoperative period. This article we dedicate to the blessed memory of our teacher, the great scientist, educationalist, professor and surgeon – a man with a capital letter – Leonid Ya. Kovalchuk.

Key words: gastric ulcer, organprotecting surgical treatment, SRGIS

Список використаної літератури.

1. Авакимян Г. А. Реогастрография при язве желудка / Г. А. Авакимян, В. А. Авакимян, А. Я. Коровин // Научно-практическая конференция: тезисы докладов. – Анапа, 1996. – С. 10–11.
2. Бойко В. В. Некоторые аспекты хирургической доктрины при язвенной болезни желудка / В. В. Бойко // Клінічна хірургія. – 2001. – № 6. – С. 19–24.
3. Гнатів В. В. Застосування способу безперервної тривалої оксигено-терапії при лікуванні пептичної виразки / В. В. Гнатів, А. Д. Беденюк, Н. А. Беденюк // Вісник наукових досліджень. – 2003. – № 3. – С. 26–28.
4. Гоженко А. І. Виразкова хвороба: етіологія і патогенез / А. І. Гоженко, А. О. Авраменко // Досягнення біології та медицини. – 2004. – № 1 (3). – С. 108–111.
5. Ковальчук Л. А. Способ определения кровотока слизистой оболочки желудка // Патол. физиол. и эксперим. терап. – 1984. – № 5. – С. 78–80.
6. Ковальчук Л. А. Прицельная сегментарная резекция желудка в хирургическом лечении язвы желудка / Л. А. Ковальчук, И. Я. Дзюбановский, В. В. Твердохлиб // Клиническая хирургия. – 1991. – № 9. – С. 52–55.
7. Ковальчук Л. Я. Зміни локального кровообігу шлунка залежно від локалізації виразки та методу оперативного лікування / Л. Я. Ковальчук, А. Д. Беденюк, Ю. М. Футуйма // Вісник наукових досліджень. – 2006. – № 1. – С. 62–64.
8. Ковальчук Л. Я., Дзюбановський І. Я. Хірургія демпінг синдрому. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 167 с.
9. Ковальчук Л. Я. Особливості локального кровообігу слизової оболонки гастродуоденальної зони при ускладненій виразковій хворобі дванадцятипалої кишки та після

хірургічного лікування / Л. Я. Ковальчук, А. Д. Беденюк, Ю. М. Футуйма // Хірургічна перспектива. – № 1. – 2010. – С. 80–86.

10. Патогенетичний підхід у виборі методу хірургічного лікування хворих на хронічну виразку шлунка / Короткий В.М., Колосович І.В., Фурманенко М.Ф., Красовський В.О. // Матеріали XX з'їзду хірургів України.– Том.1.– Тернопіль, 2002.– С.36-38.

11. Саєнко В.Ф., Полинкевич Б.С., Диброва Ю.А., Пустовит А.А. Тактика хірургічного лікування язвенної болізни на сучасному етапі // Клін. хірургія. – 2003. – № 3. – С. 5-8.

12. Murakami M. Moriga M., Miyake T.. A new method for determination of regional gastric mucosal blood flow in animals and humans // Gastroenterol. – 1982. – Vol. 82, N 3. – P. 457-467.

УДК 616.14-005.6/7-089

Кривокульський Б.Д., Жулкевич І.В., Кривокульський Д.Б.

СПОСІБ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРЕДБАЧЕННЯ І ВИЯВЛЕННЯ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВЕНОЗНИХ ТРОМБІВ В СУДИНАХ МАЛОГО ТАЗА ТА ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ Д-ДИМЕРУ В ПЛАЗМІ КРОВІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

На сьогодні встановлено що венозний тромбоемболізм (ВТЕ) – є багатофакторним у більшості випадків безсимптомно протікаючим захворюваннями із складними механізмами розвитку.

Слід відмітити, що в даний час тромбоемболітичні ускладнення (ТЕУ) являються однією із основних причин смерті в онкології. У 1999р – Kakkar et al., показали на аутопсії ознаки ВТЕ виявляють у 50% онкологічних пацієнтів, при чому тільки у 8-35% хворих з злоякісними новоутворами (ЗН) тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) була безпосередньою причиною смерті, а у 43% фоном для інших фатальних ускладнень. Однорічне виживання онкологічних пацієнтів у випадку розвитку ВТ, а при відсутності ВТ – цей показник становить .

За даними (Rahr і Sorensen 1992) хірургічні втручання у хворих з різними видами раку ускладнюються фатальними ТЕЛА у 4 рази частіше, ніж аналогічні операції у не онкологічних пацієнтів.

Покращення результатів лікування онкологічних хворих полягає в проведенні не лише адекватної тромбопрофілактики, а також своєчасного виявлення порушень згортальної системи крові серед пацієнтів у яких планується проведення оперативних втручань.

Таким чином тільки кропітка і чітка диференціація хворих з групи ризику по виникненню ТЕУ у хворих з онкогінекологічною патологією дає можливість покращити результати хірургічного лікування, однак всі вище зазначені методи діагностики вказують на наявність порушення гемостазу у хворих в судинному руслі без чіткої локалізації місця тромбозу, що є не менш важливим для оцінки клінічного стану, ніж підтвердження чи виключення венозного тромболізму. Крім того багато з методів діагностики є дороговартісними або рідко використовуються в клінічній практиці. Тому для визначення оцінки ступеню активації системи згортання крові та визначення рівня Д-димеру(ДД), а також визначення наявності тромбозу в судинах малого тазу, що визначається при інтраопераційній ревізії малого тазу. Це дає можливість покращити результати лікування, а виявлення і гістологічне підтвердження наявності тромбу підтверджує агресивність перебігу онкологічного захворювання.

Мета роботи: Розробити спосіб інтраопераційного передбачення і виявлення локалізації венозних тромбів в судинах малого тазу та визначення рівня ДД в плазмі крові.

Матеріали і методи: Відомий спосіб лабораторної діагностики тромбоемболітичних ускладнень полягає в тому, що у крові хворих з тромбозами з'являються специфічні маркери активації системи гемостазу. При якому діагностика внутрішньо-судинного тромбоутворення являється спосіб визначається за рівнем ДД в плазмі крові, високий показник якого (більше

250нг/мл) вказує на наявність внутрішньо судинного тромба, а нормальне значення ДД виключає наявність венозних тромбозів. Недоліком відомого способу є недостатній рівень клінічної ефективності, яка випливає з неможливості з'ясувати локалізацію тромба.

В основу корисної моделі поставлено завдання вдосконалити відомий спосіб, шляхом інтраопераційного виявлення тромбозу в судинах малого тазу та визначення рівня ДД в плазмі крові. (Встановити кореляцію рівня ДД до наявності тромбозу), провести корекцію лікування та попередити виникнення післяопераційних ТЕУ.

Поставлене завдання вирішується шляхом інтраопераційного передбачення і визначення тромботичних мас в судинах малого тазу, проведення тромбектомії та визначенням рівня ДД в плазмі крові під час оперативного втручання (Пат.№90386 **Спосіб інтраопераційного передбачення і виявлення локалізації венозних тромбів в судинах малого тазу та визначення рівня д-димеру в плазмі крові**).

Приклади:

1) Хвора Ж. 60 років. Діагноз: С-г тіла матки І с ст. (pT1c N0 Mo0) II кл.гр.G-2. Тромбоз правої яєчникової вени, правої кардинальної зв'язки. 05.04.13– Екстирпація матки з додатками. Двобічна лімфаденектомія. Оментектомія. Тромбектомія правої яєчникової вени, правої кардинальної зв'язки. ПГД № 6635-45 від 12.04.13 – т.м.– помірнодиференційована аденокарцинома G-2 з розпадом і ураженням ендометрію до 0,3 см; стінка судини з тромбом. ДД (під час операції – 260 ng/ml). В п/о періоді отримувала лікувальну дозу антикоагулянтів. ДД після операції 26.04.13– 175 ng/ml. Зниження рівня ДД відмічається внаслідок ліквідації тромботичних мас і корекції лікування (переходу на лікувальні дози антикоагулянтів).

Висновки: Встановлено, що запропонований спосіб інтраопераційного передбачення і визначення локалізації тромботичних мас в судинах малого тазу, з проведенням тромбектомії та визначенням рівня Д-димеру в плазмі крові під час оперативного втручання забезпечує суттєві переваги над відомим методом. Спосіб дозволяє підтвердити локалізацію тромбу, провести адекватну тромбектомію з підтвердженням рівня кореляції Д-димеру до наявності тромбів. Це дає можливість провести корекцію лікування та попередити виникнення тромботичних ускладнень в онкогінекологічних хворих.

УДК: 618.2-06:616-001.3/6]-08

Лимар Є.А., Гур'єв С.О.

КЛІНІКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

*ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф МОЗ України»*

Проблема надання медичної допомоги постраждалим з політравмою є однією з найбільш актуальних та складних для системи охорони здоров'я майже усіх країн світу. Підвищення травмонебезпечності докільля внаслідок науково-технічного прогресу породжує виникнення нових форм множинних та поєднаних пошкоджень людини, у тому числі таких категорій суспільства, котрі раніше практично не отримували травм, а саме – вагітні жінки. Єдиним реально можливим шляхом вирішення даної проблеми є стандартизація та уніфікація діагностичного та лікувального процесу надання медичної допомоги постраждалим з політравмою. Провівши детальний аналіз 67 випадків політравми у вагітних жінок, ми розробили протокольну схему надання догоспітальної та ранньої госпітальної допомоги постраждалим вагітним жінкам. Догоспітальний етап надання медичної допомоги передбачає наступні заходи:

- забезпечення безпечного транспортування із застосуванням спеціальних ношів;
- проведення заходів, щодо збереження вагітності;
- проведення протишокових заходів;

- проведення заходів щодо зупинки зовнішньої кровотечі (не пов'язаною з вагітністю);
- проведення знеболення відповідно діючим протоколам залежно від клініко-нозологічної форми пошкодження в обсязі з урахуванням стану вагітності;
- протишокові заходи.

На ранньому госпітальному етапі необхідні наступні кроки для своєчасної діагностики: фізикальні методи обстеження, огляд, УЗД, Ро-обстеження (за суворими показами), огляд хірурга, гінеколога та інших спеціалістів (при потребі). Наступним кроком є оцінка клінічних результативних ризиків незбереження вагітності. Протокол А регламентує дії лікарів за умов збереження вагітності. Вданому випадку ризик є мінімальним або несуттєвим, у деяких випадках суттєвим за вирішенням акушера гінеколога.

У I, II триместрах вагітності виконуються виключно життєзберігаючі операції в мінімальному обсязі, бажано без застосування загальної анестезії. Операції внаслідок пошкодження опорно-рухового апарату в мінімальному обсязі (модульні стержневі АЗФ, скелетне витягання, гіпсова (скотчкаст) іммобілізація). Протокол Б регламентує дії лікарів за умов незбереження вагітності. В даній ситуації ризик є суттєвим, критичним або катастрофічним. Лікування в таких випадках проводиться за звичайною схемою надання медичної допомоги з урахуванням підвищеного ризику розвитку шоку та тяжкої крововтрати. В III триместрі вагітності бажано вирішення питання про дострокове родорозршення. Заходи щодо збереження вагітності проводяться за діючими протоколами МОЗ України щодо надання допомоги вагітним, роділлям та породіллям.

Таким чином, розроблена протокольна схема надання допомоги постраждалим вагітним з політравмою дасть змогу забезпечити надання своєчасної та адекватної допомоги вагітним х політравмою.

УДК 616.33-002.44-089-06: 616.329-002]-08

Лойко І.І., Герасимюк Н.І.

ВИБІР ТИПУ КОРЕКЦІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба при хронічній гастродуоденальній виразці діагностується у 11-71,6% хворих. Доповнення органощадних і органозберігаючих операцій при виразках хірургічною корекцією рефлюксної хвороби є актуальною і до кінця невирішеною проблемою.

Дослідження мало на меті з'ясувати особливості та оцінити ефективність різних типів хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу при поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою. В основу роботи покладено результати обстеження та хірургічного лікування 170 хворих на виразкову і гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу. Проведено аналіз даних ендоскопічного дослідження стравоходу з багатоточковою біопсією слизової оболонки нижньої третини стравоходу.

Результати дослідження. На тлі застосування різних методів лікування хворих на виразкову хворобу відзначалася різна ефективність операційної та медикаментозної корекції супутньої гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. На кращий результат наступав при операційній корекції гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби після органозберігаючих і органощадних операцій з приводу виразки. Він проявлявся зменшенням частки пацієнтів з важким езофагітом і найбільшим зростанням частки пацієнтів без його ознак в 83,58% випадків, що виявилось статистично достовірно більше, ніж на тлі резекційні методів лікування (58,30%). Ефективність медикаментозних методів корекції була статистично достовірно нижчою у всіх групах пацієнтів.

Висновок. Органозберігаючі і органощадні операції при виразковій хворобі володіють найбільшим потенціалом по ефективності корекції гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, а методом вибору у даних пацієнтів є операційний тип такої корекції.

УДК: 616.379-008.64-06:616.34-008.87-085

Максимлюк В.І., Доброродній В.Б., Смачило І.І.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Тривалі спостереження за хворими після холецистектомії дозволили виявити у них суттєві зміни кишкового мікробіоценозу, які ускладнювали перебіг захворювання та подовжували строки лікування.

Метою нашого дослідження було підвищити ефективність лікування хворих після холецистектомії шляхом корекції кишкового дисбіозу шляхом включення до комплексної терапії пробіотика Ентерожерміни.

Матеріал та методи дослідження. Під спостереженням знаходилися 30 хворих після холецистектомії віком від 21 до 62 років. Тривалість післяопераційного періоду коливалась в межах від 14 днів до 6 місяців. Хворі були розподілені на 2 групи: I група (15 чоловік) отримувала загальноприйняте лікування, II група (15 осіб) додатково отримувала пробіотик Ентерожерміну по 1 флакону двічі на добу. Курс лікування в усіх обстежених становив 14 днів. Для визначення стану кишкової мікрофлори проводили бактеріологічне дослідження випорожнень за методикою В.А.Знаменського.

Результати дослідження. Оцінюючи індивідуальні показники бактеріограм до лікування у 29 (96,67 %) хворих виявлено порушення кишкового мікробіоценозу. При цьому, дисбактеріоз I ступеня встановлено у 7 (23,33 %) осіб, II ступеня – у 12 (40,0 %) осіб, у 10 (33,33 %) – констатували дисбактеріоз III ступеня. Лікування із включенням Ентерожерміни поряд із швидким зменшенням клінічної симптоматики (абдомінального болю, здуття живота), викликало достовірне зниження загальної кількості кишкової палички з $(8,88 \pm 0,14)$ Іг КУО/г до $(7,41 \pm 0,13)$, $P < 0,05$, зменшення популяційного рівня кишкової палички зі слабо вираженою ферментативною активністю з $(6,98 \pm 0,15)$ до $(4,08 \pm 0,23)$, $P < 0,05$, припинення виділення гемолізуючої кишкової палички, зниження вмісту клібсіел з $(5,44 \pm 0,15)$ до $(2,96 \pm 0,23)$, $P < 0,05$, протеїв – з $(4,77 \pm 0,11)$ до $(2,21 \pm 0,31)$, $P < 0,05$, ентеробактерів – з $(5,15 \pm 0,16)$ до $(2,83 \pm 0,55)$, $P < 0,05$, цитробактерів – з $(4,98 \pm 0,13)$ до $(3,01 \pm 0,26)$, $P < 0,05$, зростання біфідобактерій – від $(7,01 \pm 0,11)$ до $(9,11 \pm 0,15)$, $P < 0,05$, лактобактерій – від $(7,01 \pm 0,11)$ до $(8,97 \pm 0,17)$, $P < 0,05$. Поліпшення загального самопочуття, покращення апетиту відзначали в усіх хворих з перших днів лікування. Загалом, лікування із включенням Ентерожерміни було ефективним у 28 (93,33 %) пацієнтів після холецистектомії.

Висновок. Позитивний ефект лікування із включенням пробіотика Ентерожерміни на кількісний і якісний склад кишкової мікрофлори дозволяють рекомендувати Ентерожерміну для широкого застосування в комплексній терапії хворих після холецистектомії.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗКАХ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ НА БАЗІ КРЕМЕНЕЦЬКОЇ РКЛ

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

Вступ. Актуальною проблемою хірургії, як в медичному, так і соціально-економічному аспекті залишається профілактика і лікування хронічної венозної недостатності та її ускладнення. В Україні 25-30% жінок та 10-20% чоловіків страждають від ХВН, яка в 40-90% випадків ускладнюється трофічною виразкою. Без спеціального лікування трофічні виразки характеризуються низькою тенденцією до загоєння і тривалим рецидивним перебігом (90%), що призводить до стійкої інвалідизації.

Сучасна програма лікування трофічних виразок венозного генезу базується на принципі етапності. Виразки, які рецидивують і не піддаються консервативному лікуванню, видаляють із наступною шкірною пластикою. Оперативне втручання раціонально виконувати після санації її поверхні, досягнення регенерації або суттєвого зменшення загальної площі рани.

Основною метою консервативного лікування при ХВН у стадії трофічних розладів є: купірування або зниження клінічних проявів ХВН; передопераційна підготовка.

Відновити дефект шкіри на трофічних виразках можна тільки оперативним шляхом, методом пересадки вільних розщеплених автодермотрансплантантів, як правило, зі стегна. Разом з тим підготовка трофічних виразок до автодермопластики є складним і тривалим завданням. Автодермопластику слід виконувати тільки після підтвердження готовності до неї трофічної виразки. Рання автодермопластика на зони зрілої грануляційної тканини є ефективним методом у лікуванні виразок різного генезу.

Значення автодермопластики в лікуванні трофічних виразок велике. Разом з тим, її використання як самостійного методу дискредитовано через значний відсоток некрозу шкірних клаптів та значну кількість рецидивів виразки.

Враховуючи практичний досвід і значну кількість негативних результатів лікування венозних виразок нижніх кінцівок, постійно актуальним є питання пошуку нових методів і технологій лікування, метою яких є скорочення часу перебування в стаціонарі, зменшення матеріальних витрат, прискорення реабілітації.

Мета роботи: оцінити стан готовності та терміни амбулаторної підготовки ранової поверхні трофічної виразки венозного генезу за допомогою універсальної ранозагоювальної пов'язки (УРП) до проведення автодермопластики та ефективність процесу загоєння в післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. Проведено амбулаторне лікування 66 хворих із трофічними виразками венозного генезу за період 2012-2014 років. Вік хворих складав від 45 до 76 років. Осіб чоловічої статі – 24, жіночої – 42. Посттромбофлебітичний синдром діагностовано у 24 пацієнтів, варикозну хворобу нижніх кінцівок, ускладнено ХВН III ст. – у 42. Після попередньої підготовки поверхні трофічної виразки пов'язкою УРП виконано автодермопластику в 32 пацієнтів у відділенні хірургії Кременецької районної центральної комунальної лікарні.

Результати досліджень та їх обговорення. Після обстеження пацієнтів, які звернулись за допомогою, у всіх діагностовано наявність на нижніх кінцівках трофічних виразок венозного походження різного розміру та локалізації. Хворих було поділено на дві групи. До першої відносили 43 хворих віком до 60 років, з наявною трофічною виразкою розмірами до 5-7 см, яка локалізувалась у нижній третині по медіальній поверхні гомілки. До другої – 23 хворих, з трофічними виразками великих розмірів (більше 7 см). Локалізація виразок – в нижній третині по медіальній поверхні гомілки з переходом на передню – задньобоккову та поодинокими випадками з циркулярним її розміщенням.

Після розвантажування ураженої кінцівки здійснювали туалет трофічної виразки розчинами антисептиків і накладали пов'язку УРП на основі суспензії оксиду цинку з екстрактом нативної живиці хвойних дерев. Після фіксації лікувальної пов'язки на нижню кінцівку на-

кладали еластичний бинт. Всі хворі відмічали суттєве поліпшення на другу-третю добу. Трофічні виразки очищались від гнійних нашарувань, вкривались соковитими грануляціями.

У пацієнтів першої групи на 10-ту добу відмічалась активна епітелізація рани, в поодиноких випадках загоєння наставало повністю. Наступні перев'язки із заміною лікувальних пов'язок проводили 1 раз на 7 діб. Це дозволяло здійснювати лікування в амбулаторних умовах.

У пацієнтів другої групи через 10 діб після передопераційної підготовки трофічні виразки активно очищались, поверхня покривалась яскравими рожевими грануляціями. Таким хворим із метою її повного загоєння була запропонована автодермопластика в умовах стаціонару.

Автодермопластику виконували під місцевою анестезією за методом Тірша. По передньозовнішній поверхні стегна проводили забір потрібної площі автодермотрансплантатів товщиною 0,2 мм, які накладали на гранулюючу поверхню трофічної виразки.

Поряд з цим хворі отримували в повному обсязі консервативне лікування ХВН (венотоніки, антикоагулянти, антиагреганти, вітаміни, біостимулятори, протизапальні та антибактеріальні препарати);

У післяопераційному періоді проводили щоденну заміну пов'язок із розчинами антисептиків. На 3-тю добу після автодермопластики відмічали фіксацію усіх шкірних клаптів. Через 7 діб у 6 (26 %) хворих наставав лізис 10-15 % пересаджених шкірних клаптів, а у решти 17 (74 %) пацієнтів відмічалось повне приживлення автодермотрансплантатів. Всі хворі на 10-14-ту добу перебування в стаціонарі були виписані на амбулаторне лікування з повним загоєнням та фіксованими автодермотрансплантатами.

Таким чином, застосування пов'язок УРП в лікуванні трофічних виразок венозного генезу сприяло значному поліпшенню результатів амбулаторного та стаціонарного лікування хворих. Відповідно, у першій групі пацієнтів тривалість амбулаторного лікування склала $(32 \pm 4,1)$ днів. У хворих другої групи термін передопераційної підготовки тривав $(9 \pm 1,2)$ доби, а тривалість перебування у стаціонарі складала $(12 \pm 2,1)$ доби.

Висновки:

1. Застосування пов'язок УРП дозволяє проводити ефективне амбулаторне лікування трофічних виразок венозного генезу із збереженням активного способу життя пацієнтів; зменшити навантаження на хірургічне відділення.

2. Розроблена методика лікування сприяє суттєвому скороченню тривалості передопераційного періоду, перебування хворого в стаціонарі, значному поліпшенню результатів лікування та ефективній реабілітації хворих із варикозною хворобою нижніх кінцівок і посттромбофлебітичним синдромом, ускладненим трофічними виразками.

УДК: 616.65-006.6-036.17-02:616.379-008.64-036

Пасічник С. М.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЛІКУВАННЯ ПІЗНІХ СТАДІЙ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ПЕРЕБІГ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ

Досить часто в урологічній практиці зустрічаються хворі на пізніх стадіях раку передміхурової залози, ускладненого цукровим діабетом II типу. При цьому виді діабету інсулін виробляється в нормальних або навіть підвищених кількостях, однак порушується механізм взаємодії інсуліну з клітинами організму [1]. Головною причиною інсулінорезистентності є порушення функцій мембранних рецепторів інсуліну при ожирінні (основний фактор ризику, 80% хворих на діабет мають надлишкову масу тіла.) – рецептори стають не здатними взаємодіяти з гормоном через зміну їх структури або кількості. В цілому цей вид цукрового діабету вражає людей старше 40 років. [1; 2]. Лікування пізніх стадій раку передміхурової залози полягає у проведенні максимальної андрогенної блокади, з метою блокування синтезу тестостерона – гормону, який стимулює ріст вражених пухлинним процесом клітини передміхурової залози[8.].

Результати останніх досліджень показують, що при застосуванні максимальної андрогенної блокади в лікуванні пізніх стадій раку передміхурової залози, в ряді випадків можна спостерігати підвищення рівня цукру в крові пацієнтів та зростає ризик розвитку інсулінової резистентності.[7.] . З метою більш глибокого вивчення даного питання нами було заплановано дослідження. [6; 9;12].

Мета: оцінити вплив лікування пізніх стадій раку передміхурової залози (РПЗ) на перебіг цукрового діабету (ЦД) II типу.

Матеріали і методи: В дослідженні приймало участь 87 хворих на РПЗ ($T_3-T_4; N_x-N_0-N_1; M_x-M_1; G_1-G_3$), ускладненого цукровим діабетом II типу. У 19 (21,8%) хворих на РПЗ, із супутньою патологією ЦД II типу маса тіла складала від 48 до 79 кг. (пацієнти I^{oi} – групи). В другу групу входило 68 (78,2%) хворих, вага тіла яких становила від 80 до 123 кг.

Критерії оцінки лікування: 1. Прогресія ЦД II типу на тлі застосування МАБ.

Оцінку результатів досліджень проводили через 6 місяців, 1, 3 та 5 років від початку застосування МАБ.

Всі пацієнти проходили обстеження та лікування в клініці урології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького в період з 2007 по 2013 рік. Вік хворих складав від 45 до 70 років. Всім хворим застосовувалось стандартне лікування пізніх стадій РПЗ ($T_3-T_4; N_x-N_0-N_1; M_x-M_1; G_1-G_3$), згідно рекомендацій МОЗ України, та рекомендацій Європейської асоціації урологів. Лікування включало в себе проведення максимальної андрогенної блокади МАБ. Першим етапом всім пацієнтам була проведена хірургічна кастрація, з послідовним призначенням не стероїдних анти андрогенних препаратів (фуцином, флутамід по 250 мг. х 3 р. в день).

Критерії оцінки лікування: 1. Розвиток ЦД на тлі застосування максимальної андрогенної блокади (МАБ); 2. Прогресія ЦД II типу на тлі застосування МАБ.

Оцінку результатів досліджень проводили через 6 місяців, 1, 3 та 5 років від початку застосування МАБ.

Результати й обговорення:

Прогресія ЦД II типу у хворих на пізніх стадіях РПЗ, на тлі застосування МАБ (термін спостереження 5 років).

Протягом періоду дослідження прогресія ЦД II типу на тлі застосування МАБ у хворих на пізніх стадіях РПЗ спостерігалась у пацієнтів I та II груп. Відповідно протягом 6 місяців від початку проведення МАБ, прогресія ЦД II не спостерігалась в жодному випадку.

Таблиця 2.

<i>Групи хворих</i>	I –гр. (n – 19)	II –гр. (n – 68)
<i>Період спостереження</i>		
<i>1 рік.</i>	-	4(5,88%)
<i>3 роки.</i>	1(5,26%)	11(16,18%)
<i>5 років.</i>	2(10,53%)	17(25%)
<i>Загальна кількість хворих за 5 років.</i>	3(15,79%)	32(47,05%)

Через 1 рік від початку проведення лікування прогресія ЦД II типу була зафіксовано лише у чотирьох 4(5,88%) хворих II групи. На третій рік, ЦД II типу прогресував у 1 (5,26%) I групи та у 11 (16,18%) пацієнтів II групи. Через 5 років спостереження прогресія ЦД II типу була відмічена нами у 2 хворих (10.53%) I групи та у 17 (25%) пацієнтів II групи.

Загальна кількість хворих I та II груп, у яких спостерігалось прогресія ЦД II типу на тлі застосування МАБ становила 3(15,79%) та 32(47,05%) відповідно.

Будь – який результат отриманий в результаті експерименту, згідно з теорією математичної статистики має свою помилку. Таку помилку мають і отримані нами відсотки. P%: 15, 79%; 47, 05%; 6, 56; 30, 43.

Розрахунок ризиків прогресії ЦД II типу у хворих на пізніх стадіях РПЗ, їх стандартів граничних похибок та інтервалів довіри.

Таблиця 3.

№ групи	Обсяг вибірки (n)	Наявність ЦД II типу	Стан	Маса тіла (кг.)	МАН					Стандартна Ор	Гранична похибка Δр	95% довірчий інтервал для значення р
					6міс.	1 рік	3 роки	5 років	Р %			
I	n-19	+	Прогресія	48-79	-	-	1(5,26)	2(10,53)	3(15,79)	0,0837	0,1640	- 0,006 - 0,3219
II	n-68	+		80-123	-	4(5,88)	11(16,18)	17(25)	32(47,05)	0,0605	0,1186	+ 0,352 - 0,589

Середню квадратичну помилку σ_p , кожного із наведених відсотків визначають по формулі [4]

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{p \times q}{n}}, \quad (1)$$

Де n – обсяг вибірки (число хворих в групі; p – знайдена частка. Наприклад, похибка частки 0,1579 є такою:

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{0,1579(1-0,1579)}{19}} = 0,0837 \quad (2)$$

При використанні формули (1) слід пам'ятати, що $q=1-p$

На основі σ_p обраховують граничну похибку частки p за формулою:

$$\Delta p = t_2 \times \sigma_p = t_2 \times \sqrt{\frac{pq}{n}}, \quad (3)$$

де t_2 – квантиль закону Гауса, який обраховують в залежності від заданого рівня ризику α , який при медичних дослідженнях, як правило становить 5% [5]. Якщо задано α , то t_2 знаходять за допомогою функції Лапласа

$$\frac{1-0,05}{2}$$

$\phi(t_2) = \frac{1-0,05}{2} = 0,47500$. По значенню половинної ймовірності 0,47500 із таблиць функції Лапласа[3]. Знаходимо: $t_2=1,96$

Обчислені значення середньої квадратичної похибки результату σ_p подано в таблиці 3. За закордонними канонами σ_p називають Standart (Standart Deviation). В таблиці 3, також подані значення граничних похибок Δp , обчислені за формулою (3); 95% довірчі інтервали для p. Якщо довірчий інтервал складає нуль (права і ліва сторона мають різні знаки), то це означає, що p% знаходиться нижче рівня нез'ясованих нескінченних факторів, тобто, значення $p = 15,79\%$ не свідчить про те, що є якийсь реальний ризик. Іншими словами $p = 15,79\%$ менше його граничної похибки $\Delta p = 16,40\%$ – реальність ризику не доказана. Але вона може бути доказана при збільшенні n і лише в такому випадку. А поки що наявний матеріал не дає змоги зробити позитивний висновок про дійсну наявність знайденого ризику $p=15,79\%$

Висновки:

- Застосування МАН терміном 6 місяців в лікуванні пізніх стадій РПЗ не впливає на прогресію ЦД II типу.
- Знайдений ризик прогресії ЦД II типу у хворих на пізніх стадіях РПЗ з масою тіла 48 – 79 кг не є значимим через малий обсяг вибірки. Гранична похибка цього ризику $\Delta p = 16,40\%$ більша від визначеного значення $p=15,79\%$.
- Ризик прогресії ЦД II типу для хворих з масою тіла понад 80 кг. Є досить високим і складає 47,05% при значенні 95% довірчого інтервалу для цієї величини в межах 35,2% – 58,9%.

Література

1. Attard G, Cooper CS, de Bono JS. Steroid hormone receptors in prostate cancer: a hard habit to break? *Cancer Cell* 2009 Dec;16(6):458-62.
2. Chi KN, Bjartell A, Dearnaley D, et al. Castration-resistant prostate cancer: from new pathophysiology to new treatment targets. *Eur Urol* 2009 Oct;56(4):594-605.
3. Jun J.A. «Fundamentals of Mathematical Physics statystykyu trained and physical rehabilitation.» Exactly: Tethys, 2010 – 88 p. Ukrainian (Джунь Й. В. Основи математичної статистики фізичному виховані та фізичній реабілітації. Рівне: Tetis, 2010 – 88 с.)
4. Erin A., Palyan Z.O. Theory of Statistics: Workshop. – К. : – Society "Knowledge" flat co, 1947. – 325 p. Ukrainian (Еріна А. М., Пальян З. О. Теорія статистики: Практикум. – К.: – Товариство «Знання», КОО, 1947. – 325 с.)
5. Hubler EV Vichyslytelnie methods of analysis and raspoznavanyya patolohycheskyh protsesov. L. : Medicine. 1978. – 296 p. ; Russian (Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Л.: Медицина. 1978. – 296 с.)
6. Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, et al. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncol* 2013 Nov;14(12):1165-74.
7. Liese AD, D'Agostino RB Jr, Hamman RF, Kilgo PD, Lawrence JM, Liu LL, Loots B, Linder B,
8. Mardilovich K, Pankratz SL, Shaw L: Expression and function of the insulin receptor substrate proteins in cancer. *Cell Commun Signal* 2009; 7: 14
9. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) clinical practice guidelines in Oncology. Prostate Cancer, version I.2014. NCCN.org [Access date March 2014].
10. Vozianov S. Prostate cancer. – К., 1994. 87 p. Ukrainian (Возіанов С. О. Рак передміхурової залози. – К., 1994. 87 с.)

Пасічник С.М.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВИХ ФОРМ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ

Частота виявлення раку сечового міхура (PCM) – складає 4% всієї онкологічної патології та посідає п'яте місце після пухлин легень, шлунку, стравоходу та гортані [2].

За даними багатьох Європейських досліджень, біля 70% уротеліальних новоутворів належать до так званого «поверхневого раку сечового міхура»[1]. Відповідно до класифікації запропонованої Європейською асоціацією урологів, до поверхневих форм раку сечового міхура належать пухлини ступінь локальної інвазії яких відповідає C_{is}, T_a та T₁. Тобто, локальна прогресія пухлини не поширюється за межі слизової та підслизової сечового міхура. За даними літератури, біля 70% поверхневих форм раку сечового міхура після проведення трануретральної резекції пухлини сечового міхура (ТУР СМ), рецидивують протягом п'яти років спостереження, досягаючи 90% протягом п'ятнадцяти років [3]. Досить важливим моментом є те, що біля 20 % поверхневих форм раку сечового міхура, прогресують та перероджуються в м'язово – інвазивний рак[3; 10]. Вибір лікувальної тактики поверхневих пухлин сечового міхура на сьогоднішній день не є зовсім однозначним. Деякі фахівців, притримуються тактики консервативного лікування, інші – надають перевагу виконанню радикальної цистектомії, оскільки велика кількість поверхневих форм пухлинного процесу, в подальшому прогресує в інвазивні форми раку сечового міхура[2; 6; 7]. Для прикладу, (Cookson et al., 1997), на основі проведених досліджень доказують, що застосування адювантної консервативної терапії (внутрішньоміхуроведення

БЦЖ) не запобігає прогресії перехідно – клітинного раку сечового міхура і хворі все життя знаходяться в стані небезпеки прогресії процесу[5]. Інша група авторів вважає, що застосування вищезгаданої ад'ювантної внутрішньоміхурової хіміотерапії, зокрема (застосування внутрішньоміхурових БЦЖ – інстиляцій) запобігає прогресії поверхневих форм раку сечового міхура низького ступеню диференціації пухлини[6;8]. Виходячи з позиції збереження сечового міхура, велика кількість лікарів надають перевагу застосуванню малоінвазивних методів лікування з послідуочим застосування ад'ювантної хіміо– та імунопрофілактики. З метою профілактики рецидиву захворювання, проводиться застосування ад'ювантної локальної хіміопрфілактики (АЛХП), та імунопрофілактики (АЛІП) . На сьогоднішній день існує різноманітні схеми проведення АЛХП із застосованням доксорубіцину, циклофосфану, мітоміцину та інших протипухлинних препаратів. З метою проведення АЛІП, як вже було згадано, застосовується УРО – БЦЖ вакцина, яка являє собою живі мікобактерії вакцинного штаму БЦЖ-1, ліофілізовані в 1,5 %-му розчині глютамінау натрія [4; 9; 10].

Як відомо, на сьогоднішній день не існує даних що до комбінації застосування антрациклінових антибіотиків в поєднанні з іншими препаратами, зокрема з димексидом.

Мета дослідження – провести оцінку результатів комплексного лікування ПФ РСМ, при застосуванні доксорубіцину у різних схемах АЛХТ.

Матеріали і методи:

Було проаналізовано результати комплексного лікування поверхневих форм РСМ у 352 пацієнтів. У всіх хворих була виявлена первинна пухлина сечового міхура та встановлена клінічна стадія $T_{A-1} G_{1-3}$. Всім пацієнтам було проведено ендохірургічне (ТУР) видалення пухлини сечового міхура. Для проведення ад'ювантної локальної хіміотерапії застосовувався препарат доксорубіцин в дозуванні 50 мг. (5 фл. по 10 мг.). Всім хворим, після проведення ТУР – пухлини с/м, кожних три місяці, протягом одного року та в послідуочому щорічно, проводилась контрольна цистоскопія (монофокальний ріст, відсутність рецидиву). Хворим з мультифокальним ростом пухлини та наявним рецидивом протягом першого року спостереження з метою виключення або виявлення повторного рецидиву пухлини, повторні цистоскопії проводились кожні три місяці. Всі пацієнти умовно були розділені на III групи дослідження: До I групи увійшло 124 пацієнти, яким було проведено ендовезікальні інстиляції 50 мг доксорубіцину, розчиненого у 30 мл 0,9% розчину NaCl. Курс лікування: перше введення протягом перших шести годин після операції, потім щодня протягом трьох днів. Далі – одне введення один раз на тиждень на протязі чотирьох тижнів, потім – одне внутрішньоміхурове введення препарату один раз на місяць на протязі чотирьох місяців. До групи II було включено 182 хворих, котрим проводилися ендовезікальні інстиляції такого складу: 50 мг доксорубіцину, 4 мл 70% розчину дімексиду та 26 мл 0,9% розчину NaCl. Введення проводилися за тією ж схемою, що і в групі I. Контрольна група налічувала 36 пацієнтів, цим хворим було застосовано тільки ендохірургічна резекція пухлини сечового міхура.

Оцінка результатів лікування проводилась у період з 2001 по 2006 рр. Середній вік пацієнтів при цьому складав – $57,21 \pm 2,23$ р. Період оцінки результатів лікування Зміс., та 1 рік від моменту проведеного первинного ТУР пухлини сечового міхура.

Критерії ефективності лікування: 1. Локальне рецидивування за показником (Т) та прогресію процесу за показником (G) протягом періоду спостереження.

Результати.

Таблиця 1

Локальна рецидивування процесу після проведеного комплексного лікування пухлини сечового міхура на стадіях ($T_A T_1 G_1 - G_3$) за показником Т.

Локальне рецидивування процесу через 1 рік після проведеного ТУР.		
Локальне рецидивування процесу через 14 місяці після проведеного ТУР.		
*I – гр. (n = 124)	*II – гр. (n = 182)	III – гр. (n = 36)
10 (8,06%)	9 (4,94%)	9 (25%)

Таблиця 2

Прогресія процесу після проведеного комплексного лікування пухлини сечового міхура на стадіях ($T_A T_1 G_1 - G_3$) за показником G .

* – відсутність протипоказів для проведення адьювантної хіміотерапії.

Локальне рецидивування процесу через 3 місяці після проведеного ТУР.		
*I – гр. (n – 124)	*II – гр. (n – 182)	III – гр. (n – 36)
0 (0%)	0 (0%)	1 (2,7%)
Локальне рецидивування процесу через 1 рік після проведеного ТУР.		
2 (1,61%)	1 (0,54%)	2 (5,5%)

Висновки.

1. Застосування внутрішньоміхурового введення хіміотерапевтичних препаратів після ендокірургічного лікування поверхневих пухлин сечового міхура, дозволяє на 30,3 % знизити ризик локального рецидивування пухлинного процесу за показником T , та на 3,89% зменшити ймовірність прогресування за показником G пухлини в порівнянні з пацієнтами яким було проведено ендокірургічне лікування без застосування АЛХТ.

2. Проведення АЛХТ препаратами доксорубіцин у комбінації з діметилсульфоксидом є ефективнішим, в порівнянні із введенням лише доксорубіцину. Застосування такої комбінації лікарських препаратів дозволяє на 8,2 % знизити ризик локального рецидивування пухлинного процесу за показником T , та на 1,07% зменшити ймовірність прогресування за показником G пухлини в порівнянні з пацієнтами яким було проведено ендокірургічне лікування із застосування АЛХТ лише препаратом доксорубіцин.

Список літератури:

1. Данильченко Д.И. Диагностическая и прогностическая ценность определения матрикс-металлопротеаз в моче у больных раком мочевого пузыря / НЕФРОЛОГИЯ: Северо-западная ассоциация нефрологов и врачей диализа. Научно-практический журнал. – 2009. – Том 13, № 1. – С. 34—37. – ISSN 1561-6274.
2. Лоран О. Б., Пушкарь Д.Ю., Кан Я. Д. и др. Применение трансуретральной резекции в лечении опухолей мочевого пузыря на стадии pT2a/B кн: Рак мочевого пузыря // Матер. 4-й Всеросс. конф. – М., 2001.– С.122
3. Переверзев А. С., Петров С. Б. Опухлости мочевого пузыря – Харьков, «Факт», 2002. – С. 97 – 104
4. Baniel J., Grauss D., Engelstein D., Sella A. Intravesical BCG treatment for stage T1 grade 3 transitional cell carcinoma of the bladder // Urology.– 1998.– V. 52.– P.785
5. Cookson M. S., Herr H. W., Zhang Z. F. et al. The treated natural history of high risk superficial bladder cancer: 15 year outcome // J. Urol. -1997.– V.158. – P. 62 – 67.
6. Hudson M. A., When intravesical measures fail. Indications for cystectomy in superficial disease // Urol. Clin. North. Am. -1992.-V.19.– P. 601-609
7. Ibrahim N, Elzagheid A, El-Hashmi H. The Potential Value of EGFR and P53 Immunostaining in Tumors of the Urinary Bladder// Libyan J Med. 2009. Dec V. 4. № 4. P. 3—5.
8. Petitjean A, Achatz MI, Borresen-Dale AL. TP53 mutations in human cancers: functional selection and impact on cancer prognosis and outcomes// Oncogene. 2007 Apr. V. 26. № 15. P. 57—65.
9. Rebecca A. Mason, Elaine V. Morlock, Margaret R.Karagas. EGFR pathway polymorphisms and bladder cancer susceptibility and prognosis// Carcinogenesis V. 30 № 7. P. 1155—1160. 2009 doi:10.1093/carcin/bgp077 Advance Access publication April 16, 2009.

10. Sanchez – Carbayo M., Heerrero E., Megias J. et al. Comparative Sensitivity of urinary CYFRA-21-1, urinary bladder cancer antigen and NMP 22 to detect bladder cancer//J. Urol.-1999.– V.162.-P.1951-1956

УДК 617-001-03-08:616-083.98

Процайло М.Д., Крицький І.О., Марченкова Н.О.

РІДКІСНИЙ ВИПАДОК КАТАТРАВМИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Наведено приклад важкої травми внаслідок падіння юнака з даху дев'ятиповерхового будинку, дитина не загинула.

A rare case of katatravma

M.D. Protsaylo, I.O. Krytskyy, N.O. Marchenkova

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The examples of serious injury due to falling from the room boy ninth floor of the building, not the child died.

За важкістю отриманих травм кататравма (КТ) займає одне з перших місць. КТ – особливий вид травми, отриманий внаслідок падіння з висоти. Вважають. Що КТ людина може отримати при падінні з висоти трьох метрів і більше. Чоловіки травмуються у 1,4 рази частіше від жінок. Таки травми супроводжуються важкою черепно – мозковою травмою, чисельними переломами кінцівок, черепа, кісток тазу, ребер, важкими травмами органів грудної та черевної порожнин [1 – 3].

До 80% дітей внаслідок КТ помирають на догоспитальному етапі від травм несумісних з життям або від травматичного шоку. Інші (до 5 %) – в стаціонарі. Ті, що залишилися живими, стають інвалідами.

Найчастіше КТ спостерігається при випадінні дітей віком 5-6 років з вікон багатоповерхівок. Найчастіше сезон «літунів», як називають таких потерпілих, відкривається з початком теплого сезону [5]. Нехтування батьками міраами безпеки та проста необізнаність, призводить до того, що діти випадають з вікон, яки затягнуті москітною сіткою. В ряді Європейських країн для запобігання даних травм вікна змонтовані так, що відкрити їх повністю неможливо і це зберігає життя дитини. Як результат, згідно статистичних даних, протягом 2014 року в Москві від КТ загинуло 600 дітей, тоді як в Лондоні не було жодного подібного випадку [5].

Описані поодинокі випадки падіння дітей з висоти 2-4 поверху, які залишились живими [2, 4].

Наше клінічне спостереження цікаве тому, що підліток внаслідок падіння з даху дев'ятиповерхового будинку не загинув.

Хворий К., зріст 172 см, маса тіла 55 кг, віком 16 років, в липні минулого року, випав з даху дев'ятиповерхового будинку. Обставини травми не пам'ятає. Доставлений каретою швидкої допомоги в реанімаційне відділення у дуже важкому стані.

Діагностовано: КТ, Політравма. Відкрита черепно – мозкова травма. Перелом кісток основи черепа. набряк головного мозку. Центральна кома II. Субарахноїдальний крововилив. Ротаційний підвих атланта. Закрита травма грудної клітки. Забій обох легень та органів середостіння. Закрита травма живота. Розрив печінки. Внутрішньочеревенна кровотеча. Заочеревенна гематома. Забій нирок і сечового міхура. Макрогематурія. Двобічний закритий перелом гілок сідничних кісток із зміщенням уламків. Внутрішньосуглобовий перелом даху правої вертлюгової западини без зміщення. Перелом верхньої гілки лівої лонної кістки без зміщення уламків. Відкриті уламкові переломи середніх третин правої та лівої плечових кісток із зміщенням улам-

ків. Стабільні компресійні переломи тіл 6-7 грудних хребців I ст. Закриті уламкові переломи кісток обох стоп із значним зміщенням. Закритий перелом дистального метафіза кісток обох гомілок із зміщенням уламків. Травматичний шок III ст.

Остаточо механізм КТ не вивчений. Очевидно в даному випадку було пасивне падіння – падіння без надання тілу стійкої рівноваги на випрямлені ноги. Приземлення у фізіологічно невігідному положенні з ударом об тверду поверхню. Величезна кінетична енергія (висота дев'ятиповерхового будинку, маса тіла 55 кг) обумовила загальний струс тіла, крововиливи та пошкодження органів черевної та грудної порожнини. Майже уся сила первинного удару припала на кістки обох стоп, гомілок, тазу. Внаслідок форсованого згинання тулуба, голови, настав ротаційний підвивих атланта, компресійні переломи тіл грудних хребців. Потужний протиудар основи черепа сприяв пошкодженню головного мозку.

На час публікації даного матеріалу, хлопчик може пересуватись на візку із сторонньою допомогою. Розладів свідомості не має. Може самостійно сидіти, не ходить. Правий гомілковоступневий суглоб фіксований апаратом Ілізарова, лівий – стержньовим апаратом зовнішньої фіксації. Зрощений перелом правої плечової кістки, стан після операції. Післятравматичний хибний суглоб середньої третини лівої плечової кістки. Множинні зростаючі переломи кісток тазу, правої стопи та гомілки. Хронічний післятравматичний остеомієліт п'яркової кістки в стадії ремісії. Наслідки відкритої черепно – мозкової травми – цефалгії, вегетосудинна дистонія. Внаслідок комплексного лікування дитина залишилась живою. Продовжує лікуватися.

Література:

1. Sudebnaja.ru Травма при падении.
2. Wissarionov.ru/.../Katatravma – vzyvnoj perelom. Кататравма. взрывной перелом тела L/2. 18.06.2012.
3. www.aspvestnik.com /2013/...25_baranov.pd... Кататравма как причина повреждения таза.
4. www.aif.ru/health/children/1220793 От падения с высоты погибают около 600 детей в году. 01.08.2014.
5. www.spbdeti.org/id2712/printverion За два дня из окон выпало двое малышей.

УДК: 616.381 – 003.217 – 089 – 092.9

Романюк Т.В., Дзюбановський І.Я., Кузів О.В., Господарський А.Я.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Одним з найбільш поширених хірургічних видів корекції синдрому асцити є почергове видалення асцитичної рідини з черевної порожнини. Підставою до нього слугує зростаючий абдомінальний компартмент синдром. Вимушений багаторазовий лапароцентез з утилізацією асцитичної рідини призводить до значної гіпопротеїнемії, кахексії і швидкого розвитку поліорганної недостатності. А також тягне за собою значну гіпотензію у хворих, зниження периферичного опору і зменшення ниркового кровотоку.

Значно кращі результати лікування отримано від операції Кальба, сутність якої полягає в лапаротомному з'єднанні вільної черевної порожнини і заочеревинного простору в проекції трикутників Пті, шляхом поширеного розсічення в цих анатомічних зонах очеревини, поперечної фасції і м'язового шару до підшкірної жирової клітковини. Це забезпечує всмоктування асцитичної рідини судинами заочеревинної клітковини, м'язів і підшкірної клітковини тулуба.

Ще кращі результати описані після лапароскопічного варіанту операції типу Кальба (Байдо С.В.,1997).

Однак, на сьогодні, все ж залишаються до кінця експериментально не обґрунтованими ефективності її виконання.

Мета роботи. Провести експеримент на тварині щодо лікувальної ефективності відомої моделі хірургічного лікування діуретикорезистентного асциту.

Матеріали і методи. Досліджувалася швидкість реабсорбції введеної речовини у вільну черевну порожнину експериментальної тварини (в'єтнамська свинка) у двох групах – основній і контрольній (5 тварин у групі). Як модель асциту використано введення в черевну порожнину 10 % розчину альбуміну, в об'ємі 1000 мл. Контроль швидкості резорбції здійснювався щоденно до 8 доби від початку експерименту, шляхом пункції та катетеризації вільної черевної порожнини.

Результати і обговорення. Дослідження проведено у два етапи. На першому етапі дослідним тваринам виконано лапароскопічний еквівалент операції Кальба. Під загальним знечуленням тіопенталу натрію, після встановлення лапароскопічних портів для почергового доступу в обидві люмбальні ділянки, із використанням стандартного лапароскопічного мініінвазивного обладнання здійснено розсічення очеревини в зоні відповідних бокових каналів черевної порожнини. В субнефральной зоні висічено заочеревину жирову клітковину та частину м'яза спини, чим досягалось з'єднання внутрішньочеревного простору з підшкірною жировою клітковиною через фенестрований м'язовий шар заочеревинного простору [рис. 1]. Саме це сприяє більш активному всмоктуванню асцитичної рідини в підшкірній жировій клітковині системою нижньої порожнистої вени.

Операцію закінчували наповненням черевної порожнини 10 % розчином альбуміну через троакари (1000 мл) та встановленням катетера в черевну порожнину для контролю реабсорбції рідини у ній. Контрольній групі цей розчин вводили пункційно.



Рис 1. Фото. Вид фенестрованого м'язового шару заочеревинного простору.

Наступним етапом експерименту досліджували реабсорбційну здатність черевної порожнини в основній та контрольній групах, щоденно видалюючи усю рідину з черевної порожнини через катетер у ній. Після заміру рівна кількість видаленної рідини поверталась в черевну порожнину.



Рис. 2. Діаграма. Порівняльна характеристика реабсорбційної здатності черевної порожнини у дослідних групах.

Як видно на діаграмі, виконання операції Кальби суттєво покращує реабсорбцію внутрішньочеревної рідини.

Висновки. Вперше було експериментально апробовано на дослідній тварині лапароскопічний еквівалент операції Кальба.

Вперше, в експериментальних умовах, було досліджено швидкість реабсорбції рідини в черевній порожнині при виконанні лапароскопічного еквівалента операції Кальба, і порівняно отриманні результати з контрольними показниками.

З отриманих результатів підтверджено, що операції типу Кальба достовірно підвищують швидкість реабсорбції асцитичної рідини з черевної порожнини, що може суттєво покращити результати лікування таких хворих, і зокрема підвищити якість їхнього життя.

**Секція 3. «СТОМАТОЛОГІЯ,
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ,
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ»**

Вівчар В.Я., Корицький В.Г., Хоружий І.В.

**ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАКАЇНУ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ХІРУРГІЧНІЙ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ**

*КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»,
Обласна комунальна дитяча клінічна лікарня,
Тернопільська міська комунальна лікарня №2*

Метою нашої роботи був аналіз оглядової публікації оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню ультракаїну для місцевого знеболення в хірургічній оториноларингології, яка вийшла 2007 року в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є статтею.

Г.С. Протасевич, І.В. Мальована і Е.В. Савчук (2007) в оглядовій статті «Місцеве знеболення ультракаїном в хірургічній оториноларингології» описують застосування ультракаїну для місцевого знеболення при оториноларингологічних операціях: підслизовій резекції перегородки носа; радикальній операції на верхньощелепній пазусі; конхотомії; ультразвукової дезінтеграції нижніх носових раковин; підслизовій (внутрішньотканинній) електроакустиці (термоакустиці) нижніх носових раковин; видаленні атероми; видаленні ангіофіброми перегородки носа; репозиції відламків при переломах кісток носа; тонзилектомії; ендауральних операціях на середньому вусі; розкритті абсцесу зовнішнього слухового ходу. Відмічено 7 особливостей знеболювального ефекту ультракаїну при підслизовій резекції перегородки носа і 10 особливостей ультракаїнового знеболення при тонзилектомії. Розшифровуються ці особливості. Підкреслюється, що ультракаїнове знеболення частіше використовується при підслизовій резекції перегородки носа і тонзилектомії, рідше – при інших операціях на ЛОР – органах. Ультракаїн може бути рекомендований для місцевого знеболення в хірургічній оториноларингології як найбільш надійний і оптимальний засіб, зазначають автори.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини в 2007 році опублікували 1 оглядову роботу (статтю) по застосуванню ультракаїну для місцевого знеболення в хірургічній оториноларингології. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, особливо початківців.

Войнаровський І.В., Андрейчин Ю.М., Ніколов В.В., Корицький В.Г.

**ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГАТИЛИН ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ
ЗАГОСТРЕНОГО ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У
ДОРΟΣЛИХ**

*Бучацька ЦКРЛ,
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Тернопільська обласна комунальна дитяча лікарня*

Мета нашої роботи – аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Гатилин для загального лікування загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з

цього питання розпочалися з 2012 року. За період з 2012 по 2014рр. оториноларингологи Тернопільщини опублікували 1 наукову роботу по застосуванню препарату Гатилин для загального лікування загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

І.В. Мальована, Г.С. Протасевич, Е.В. Савчук і співавтори (2012) в тезах «До питання лікування загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих» описують ефективність застосування сучасного фторхінолону IV-го покоління Гатиліну (гatifлоксацину) в комплексній терапії загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу як антимікробного і протизапального засобу у 22 хворих віком від 19 до 37 років. Гатилин (гatifлоксацин) призначався досередини по 1 таблетці (200 мг) двічі на день протягом 7 днів. Лікування виявилось ефективним. Підкреслюється, що застосування Гатиліну (гatifлоксацину) в комплексному лікуванні загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу підвищує ефективність терапії хворих з даною патологією.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2012 по 2014рр. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Гатилин для загального лікування загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості будуть мати певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення як для оториноларингологів, так й для інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

Герасимюк М.І., Яшан Л.В., Говда О.В., Гавура І.А.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГАТИЛИН ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНОГО ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО МЕЗОТИМПАНИТУ У ДОРΟΣЛИХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»*

Метою нашої роботи був аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Гатилин для загального лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочалися з 2012 року. За період з 2012 по 2014рр. оториноларингологи Тернопільщини опублікували 1 наукову роботу по застосуванню препарату Гатилин для загального лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, П.І. Вакіряк і співавтори (2012) в тезах «Лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту з використанням Гатиліну у дорослих» описують застосування сучасного фторхінолону IV-го покоління Гатиліну (гatifлоксацину) в комплексному лікуванні загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у 20 хворих віком від 20 до 45 років. Гатилин (гatifлоксацин) призначався досередини по 1 таблетці (200 мг) двічі на день протягом 7 днів. Лікування виявилось ефективним. Підкреслюється, що застосування Гатиліну (гatifлоксацину) в лікуванні хворих на загострений хронічний гнійний мезотимпаніт підвищує ефективність терапії пацієнтів з цією патологією. Отримані результати дають підставу рекомендувати Гатилин (гatifлоксацин) для лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту як антибактерійний засіб, зазначають автори.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2012 по 2014рр. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Гатилин для загального лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів та інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

СТВОРЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПЛІВОК ЯК ПЕРСПЕКТИВНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Сучасні методи лікування запальних хвороб пародонту потребують акцентування на таких властивостях лікарських форм, як пролонгованість локальної дії з цільовим введенням необхідних активних компонентів. Таким вимогам відповідають стоматологічні плівки, як носії, що містять індивідуально підібраний комплекс лікарських речовин. Неабияку роль у ефективності таких плівок відіграє максимальний контакт лікарських засобів та тканин пародонту. Найбільш важлива перевага пародонтальних плівок пов'язана з можливістю регулювання швидкості вивільнення лікувальних компонентів, що суттєво поліпшує фармакотерапевтичну ефективність препарату, що застосовується.

Мета дослідження – опрацювання складу та технології стоматологічних плівок з метронідазолом та хлорофіліптом.

Ефективність лікарських засобів визначається властивостями та видом носія, та підбором допоміжних речовин. При вивченні складу плівок оцінювали метилцелюлозу (МЦ), натрій-карбоксиметилцелюлоза (NaКМЦ), полівініловий спирт (ПВС) у концентрації 1-15%. У якості пластифікатора вводили пропіленгліколь. Якість плівок оцінювали за виглядом, міцністю, еластичністю та адгезією до слизової оболонки.

Фізико-хімічні властивості плівок з олійним р-м хлорофіліпту були незадовільні. Тому нами запропоновані плівки з 1% спиртовим р-м хлорофіліпту, з 10% концентрацією ПВС. Отримані плівки □ прозорі, блискучі, однорідні, еластичні, гладкі, світло-зеленого кольору.

Нами розроблена технологія та запропонована технологічна схема одержання стоматологічних плівок в лабораторних умовах. Технологічний процес одержання плівок складається з 8 стадій.

AGGREGATIBACTER ACTINOMYCETEMCOMITANS ЯК ОДИН ІЗ ОСНОВНИХ ЗБУДНИКІВ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНИХ ПАРОДОНТИТІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Запалення в тканинах пародонта викликається мікрофлорою зубної плівки. У міру розвитку пародонтиту в ній виявлено збільшення кількості *Porphyromonas gingivalis* та *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* – це нерухомі грамнегативні факультативно-анаеробні палички, які відіграють ключову роль у розвитку локалізованого агресивного пародонтиту. Вони володіють широким спектром факторів вірулентності, зокрема протеолітичною і остеорезорбуючою активністю. Відома фенотипічна варіабельність штамів *A. actinomycetemcomitans* може відбиватися на патогенезі пародонтиту. Виявлено 6 серотипів данного мікроорганізму. *A. actinomycetemcomitans* виявляється також у пацієнтів, які не страждають на пародонтит. У ранніх клінічних дослідженнях встановлена здатність *A. actinomycetemcomitans* проникати в ясенний епітелій, причому дуже незвичайним чином, зі специфічною внутрішньоклітинною локалізацією. У ході цього динамічного процесу *A. actinomycetemcomitans* прикріплюється до клітини організму. Спочатку згладжуються мікроросинки епітеліоцита, потім бактерія оточується виступами мембрани і проникає всередину клітини, приводячи до утворення в ній вакуолі. Після цього вакуоль швидко руйнується, а бак-

терії надходять в цитоплазму. Далі проходить типова для внутрішньоклітинних паразитів перебудова функцій клітини господаря. В останні кілька десятиліть виявлено близько 200 інфекційних хвороб позаротової порожнини, асоційованих з *A. actinomycetemcomitans*. Результати досліджень *in vitro* дозволили припустити, що внаслідок проникнення в епітеліальні клітини і розвиток процесу із середини та міжклітинного поширення *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* у сполучній тканині ясен розвивається деструкція, характерна для хвороб пародонта. Переважання в тканинах *A. actinomycetemcomitans* являється поганою прогностичною ознакою при типових формах пародонтиту.

Ковалик А.П., Корицький В.Г., Чортківський Т.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ПРОПОЛІСУ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО І ХРОНІЧНОГО РИНИТУ

*ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України”,
Обласна комунальна дитяча клінічна лікарня,
Чортківська ЦКРЛ*

Мета нашої роботи – аналіз оглядової публікації оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препаратів прополісу для місцевого лікування гострого і хронічного риніту, яка вийшла 2006 року в журналі «Здобутки клінічної і експериментальної медицини» (м. Тернопіль) і є статтею.

Г.С. Протасевич, І.В. Мальована, О.І. Яшан і співавтори (2006) в оглядовій статті «Застосування прополісу при ринітах» наводять методи місцевого лікування препаратами прополісу гострого і хронічного риніту. Відмічається, що при гострому риніті використовуються різні препарати прополісу: 20 % прополісна мазь; інгаляції 2-4 % водно – спиртовим розчином прополісу; аерозольні інгаляції прополісом, бджолиним медом, маточним молочком. Зазначається, що для лікування хронічного катарального риніту застосовуються 15-20 % екстракт прополісу і інгаляції прополісу, для терапії хронічного субатрофічного та хронічного атрофічного риніту використовується 20 % прополісна мазь, 10-15 % мазь з нативного прополісу, 5-10 % емульсія прополісу з 10 % прополісною маззю, інгаляції прополісу. Вказується на використання препаратів прополісу при озені: 5 % прополісної мазі; 5-15 % прополісної мазі; 20 % прополісної мазі; суміші з 5 % спиртового розчину прополісу, олійного розчину вітаміну А і стрептоміцину; 3-5 % розчину прополісу; аерозольних інгаляцій з концентрованим розчином прополісу; аерозольних інгаляцій 2-4 % водно – спиртового розчину прополісу. Описують методи застосування цих препаратів прополісу при гострому і хронічному риніті, озені.

Таким чином, оториноларингологами Тернопільщини в 2006 році опублікована 1 оглядова робота (стаття) по застосуванню препаратів прополісу для місцевого лікування гострого хронічного риніту. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, особливо початківців.

ЗАСТОСУВАННЯ НАЗАЛЬНОГО СПРЕЮ «АКВА МАРИС» ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО РИНИТУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Обласна комунальна дитяча клінічна лікарня*

Мета нашої роботи – аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню назального спрею «Аква Маріс» для місцевого лікування хронічного атрофічного риніту. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочалися з 2011 року. За період з 2011 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опублікована 1 наукова робота по застосуванню назального спрею «Аква Маріс» для місцевого лікування хронічного атрофічного риніту. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

Г.С. Протасевич, А.І. Гавура, О.В. Говда і співавтори (2011) в тезах «Лікування хворих на хронічний атрофічний риніт із застосуванням назального спрею «Аква Маріс»» описують використання цього спрею для лікування даної форми хронічного риніту (дифузної і обмеженої) у 38 хворих віком від 36 до 67 років. Пацієнти отримували загальноприйняте лікування, доповнене щоденним зрошуванням порожнини носа назальним спреєм «Аква Маріс». Зрошування проводилось 5 разів на день, по 3-4 зрошування кожної половини носової порожнини. Лікування виявилось ефективним. Підкреслюється, що назальний спрей «Аква Маріс» є безпечним і ефективним препаратом в лікуванні хворих на хронічний атрофічний риніт. Це дозволяє рекомендувати його як препарат вибору, в тому числі у ослаблених хворих та пацієнтів з підвищеною чутливістю до медикаментозних середників, в терапії вказаної форми хронічного риніту, зазначають автори.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2011 по 2014рр. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню назального спрею «Аква Маріс» для лікування хронічного атрофічного риніту. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості будуть мати певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення як для оториноларингологів, так й для інших фахівців (профпатологів, терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЛОФЛОКС ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНОГО ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРΟΣЛИХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Метою нашої роботи був аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Лофлоркс для загального лікування загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочалися з 2013 року. За період з 2013 по 2014 рр. оториноларингологи Тернопільщини опублікували 1 наукову роботу по застосуванню препарату Лофлоркс для загального лікування загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

М.П. Багрій, А.В. Зінько, М.М. Янюк і співавтори (2013) в тезах «Комплексне лікування загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу з застосуванням Лофлорксу у

дорослих» описують використання антибіотику Лофлоксу (офлоксацину) в комплексному лікуванні загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу у 20 хворих віком від 19 до 42 років. Лофлокс (офлоксацин) призначався по 200 мг двічі на добу перорально, не розжовуючи, запиваючи водою, після вживання їжі на протязі 10 днів. Отримано добрі результати. Підкреслюється, що застосування антибіотику Лофлокс (офлоксацин) в лікуванні хворих на загострений хронічний гнійний верхньощелепний синусит підвищує ефективність терапії пацієнтів з цією патологією. Автори рекомендують Лофлокс (офлоксацин) для загального лікування хворих на загострений хронічний гнійний верхньощелепний синусит як антибактерійний засіб.

Таким чином, оториноларингологами Тернопільщини за період з 2013 по 2014рр. опублікована 1 наукова робота (тези) по застосуванню препарату Лофлокс для загального лікування загостреного хронічного гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості будуть мати певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, а також для інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

УДК 616.314.17-008.1-031.81-092:616.12-008.331.1

Колесова Н.В.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ РОЗВИТКУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

В розвитку генералізованого пародонтиту (ГП) вагоме місце займає хронічний рецидивуючий запальний і деструктивний процес в тканинах пародонта, при якому особливості клінічної симптоматики в значній мірі залежать від місцевих та загальних патогенетичних факторів. Серед останніх важливе місце займає артеріальна гіпертензія (АГ).

Метою роботи стало дослідження клінічних, рентгенологічних та структурних закономірностей розвитку ушкодження тканин пародонта за ГП у хворих на АГ. Клінічні, лабораторні та рентгенологічні дослідження проведені у 70 пацієнтів, які були розподілені на 3 основні групи. I група – 41 хворий на ГП, що розвинувся на фоні тривалого (3-5 років) перебігу хронічного катарального гінгівіту без загальної патології; II група – 22 хворих на ГП, поєднаний з артеріальною гіпертензією; III група – 7 пацієнтів без ознак патології тканин пародонта (контроль). Всі пацієнти були в віці 20-44 років. Морфологічні дослідження зубощелепних блоків проведені на архівному матеріалі.

Отримані в результаті клінічних і рентгенологічних досліджень дані з розвитку ГП у осіб без соматичної патології показали, що клінічна симптоматика ГП пов'язана з патологією кісткової тканини альвеолярного відростка, яка на рентгенограмах проявляється у вигляді нерівномірної резорбції кортикальної пластинки на верхівках міжальвеолярних перетинок з поступовим розповсюдженням на губчасту речовину. Активність кісткових деструктивних змін рентгенологічно визначається за характером зон резорбції та їх чіткості. Нечіткі контури вогнищ остеопорозу на рентгенограмах свідчать про загострений перебіг ГП і клінічно поєднуються з підвищенням кровоточивості ясен, гноєвиділенням, рухомістю зубів. Визначені клінічні і рентгенологічні ознаки ГП мають чітку морфологічну основу: наявність в яснах, періодонті та кістковій тканині хронічного запального процесу в стадії ремісії або загострення (лімфо-плазмодклітинні інфільтрати з наявністю нейтрофільних гранулоцитів при загостренні, набряк стінок судин гемомікроциркуляторного русла та периваскулярної сполучної тканини). Розвивається остеокластична резорбція кісткової тканини, а також запальна її деструкція. Процеси регенерації кісткової тканини значно сповільнені, що обумовлене зменшенням кількості остеобластів та їх дистрофічними та атрофічними змінами.

В генезі ГП за АГ важливе місце посідають деструктивні процеси в кістковій тканині альвеолярного відростка, які проявляються первинно незапальною резорбцією в ендості і пери-

ості, яка пов'язана з активацією остеокластичної та гладенької резорбції і зі зниженням ступеня новоутворення кістки. В генезі ушкодження кісткової тканини пародонта за ГП у цієї групи хворих велике значення має розвиток склеротичних змін артерій і артеріол в кістковомозкових просторах, що призводить до порушення трофіки та розвитку тканинної гіпоксії, яка викликає структурні та функціональні зміни тканин пародонта. Важливе значення в розвитку деструкції всіх тканин пародонта у хворих на артеріальну гіпертензію має також дія циркуляторної гіпоксії серцевого походження. Характерне також вторинне приєднання запального процесу, який носить переважно хронічний характер, призводить до розвитку ознак продуктивного запалення з наявністю лімфо-плазмноклітинних інфільтратів та активно функціонуючих фіброblastів, що обумовлює фіброз кістково-мозкових просторів.

Таким чином, встановлені особливості розвитку клініко-рентгенологічної та морфологічної симптоматики ГП у різних груп пацієнтів, необхідно враховувати при проведенні профілактики і лікування цієї категорії хворих.

Корицький В.Г., Дужик У.Р.

ЗАСТОСУВАННЯ АЕРОЗОЛЮ БІОПАРОКС ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ФАРИНГІТУ

*Тернопільська обласна комунальна дитяча лікарня,
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»*

Мета даної роботи – проаналізувати наукові публікації оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню аерозолю Біопарокс для місцевого лікування гострого фарингіту. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2013 року. За період з 2013 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 2 наукові роботи по застосуванню аерозолю Біопарокс для місцевого лікування гострого фарингіту. Наукові роботи опубліковані в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ). Обидві публікації є тезами.

Д.В. Береговий, М.М. Янюк, І.В. Хоружий і співавтори (2013) в тезах «Застосування аерозолю Біопарокс в комплексному лікуванні гострого фарингіту у дорослих» наводять результати використання аерозолю Біопарокс в комплексному лікуванні гострого фарингіту у 20 хворих віком від 20 до 37 років. Аерозоль Біопарокс призначався по 4 інгаляції через рот і 2 інгаляції через кожний носовий хід 4 рази на день. Крім того, пацієнти отримували загальноприйнятту терапію. Лікування було ефективним. Підкреслюється, що застосування аерозолю Біопарокс в комплексному лікуванні гострого фарингіту у дорослих значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Аерозоль Біопарокс добре переноситься хворими, не має побічної дії, що дає підставу рекомендувати його для місцевого лікування в комплексній терапії хворих на гострий фарингіт, зазначають автори. В.І. Омеляш, В.Г. Корицький, М.І. Герасимюк і співавтори (2013) в тезах «Застосування аерозолю Біопарокс в комплексному лікуванні гострого фарингіту у дітей» описують використання аерозолю Біопарокс в комплексному лікуванні гострого фарингіту у 10 дітей віком від 8 до 18 років. Діти отримували аерозоль Біопарокс і загальноприйняте лікування. Аерозоль Біопарокс призначали 4 рази на день по 2 інгаляції через рот і 1 інгаляції в кожний носовий хід. Результати лікування були добрими. Підкреслюється, що застосування аерозолю Біопарокс в комплексному лікуванні гострого фарингіту у дітей суттєво покращує самопочуття дітей, значною мірою усуває основні симптоми захворювання. Автори рекомендують його для терапії дітей з вказаною патологією.

Таким чином, оториноларингологами Тернопільщини за період з 2013 по 2014рр. опубліковано 2 наукові роботи (тези) по застосуванню аерозолю Біопарокс для місцевого лікування гострого фарингіту. Вважаємо, що наведені в даній публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, а також для інших фахівців (терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів та ін.).

ЗАСТОСУВАННЯ НАЗАЛЬНОГО СПРЕЮ КСИМЕЛІН ЕКСТРА ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНИТУ У ДОРОСЛИХ

*Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня,
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»*

Метою нашої роботи є аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню назального спрею Ксимелін Екстра для місцевого лікування гострого катарального риніту (другої стадії) у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2014 року. За 2014р. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 1 наукову роботу по застосуванню назального спрею Ксимелін Екстра для місцевого лікування гострого катарального риніту (другої стадії) у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

А.І. Гарасимів, А.В. Зінько, Т.В. Проць і співавтори (2014) в тезах «Застосування назального спрею Ксимелін Екстра при гострому катаральному риніті у дорослих» наводять результати використання назального спрею Ксимелін Екстра для місцевого лікування гострого катарального риніту (другої стадії) у 26 хворих віком від 20 до 39 років. Спрей Ксимелін Екстра застосовували згідно інструкції: по 1 упорскуванню в кожний носовий хід двічі на добу. Крім того, хворі отримували загальноприйняте лікування. Терапія виявилась ефективною. Підкреслюється, що назальний спреї Ксимелін Екстра є ефективним препаратом для місцевого лікування гострого катарального риніту (другої стадії) у дорослих. На підставі одержаних даних автори рекомендують застосування назального спрею Ксимелін Екстра для місцевого лікування гострого катарального риніту (другої стадії) у дорослих для впровадження в клінічну практику.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за 2014 р. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню назального спрею Ксимелін Екстра для місцевого лікування гострого катарального риніту (другої стадії) у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості будуть мати певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення як для оториноларингологів, так й для інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

УДК: 616.288.3+611-018+576.31:616.36-008.5]-001.5

Левків М.О.

ВПЛИВ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ НА РОЗВИТОК ХРОНІЧНОГО СІАЛОАДЕНІТУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Хронічні захворювання слинних залоз, сіалози та сіалоаденіти зустрічаються відносно часто в системі загальної захворюваності. Близько 41% хворих страждає патологією слинних залоз. На сьогодні етіологія і патогенез хронічних захворювань слинних залоз вивчені недостатньо. Значну увагу слід приділити реакції залози у відповідь на різноманітні патологічні стани, що розвиваються в організмі людини. Значна роль відводиться стану травної системи в порушенні діяльності слинних залоз, а також їх взаємному впливу. В даний час наявні дані про порушення діяльності слинних залоз у хворих виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки, що дозволяє дослідникам виділити симптомокомплекс «шлунок – слинні залози».

Мета дослідження: встановити значення супутньої патології у виникненні і розвитку хронічного сіалоаденіту.

Матеріали і методи: 14 пацієнтів із різними формами хронічного сіалоаденіту: (5 – паренхіматозний сіалоаденіт; 3 – інтерстиційний сіалоаденіт; 6 – сіалодохіт). Контрольна група: 10 пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні з приводу інших захворювань ШЧД, без патології слинних залоз. Супутня патологія розділена наступним чином: захворювання травної

системи, печінки і жовчного міхура, серцево-судинної системи, органів дихання, опорно-рухового апарату, цукрового діабету.

Результати дослідження: пацієнти із діагнозом паренхіматозний паротит в 2 рази частіше страждали на хвороби органів дихання в порівнянні з контрольною групою. У хворих інтерстиційним паротитом частіше визначались запальні процеси органів дихання, травної системи – в 2 рази частіше, ніж в контрольній групі пацієнтів. У пацієнтів із сіалодохітом в 2 рази частіше виявлялися захворювання органів дихання і травної системи, важливо зазначити, що у даної групи пацієнтів в 9 раз частіше виявлялася супутня кістозна патологія нирок.

Висновки: можна припустити, що спільним для хворих на хронічний сіалоаденіт є патологія органів дихання і травної системи. Таким чином, супутня патологія, знижуючи реактивність організму, створює преморбідний фон для розвитку хронічного сіалоаденіту, тому в процесі лікування пацієнтів із хворобами слинних залоз увага лікарів має бути звернена на характерну супутню патологію кожної із форм сіалоаденіту.

УДК 615.1: 616-08-039.78:617.7

Макаренко О. В.¹, Кризов'яз О. В.², Томашевська Ю. О.²

ФАКТОР ДОЗУВАННЯ В СТРУКТУРІ ВИТРАТ НА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ

1 – Державний заклад «Дніпропетровська медична академія»,

2 – Вінницький національний медичний університет

Доза та кратність прийому є необхідною умовою для ефективного і максимально безпечного використання лікарського засобу, оскільки впливає не тільки на терапевтичний ефект, а і на вартість лікування. Отже, дозування є надзвичайно важливим і актуальним для процесу лікування глаукоми. Тому, метою роботи було вивчення структури та вмісту контейнерів для очних крапель бета-блокаторів і визначення їх впливу на вартість лікування глаукоми. Було проведено маркетинговий та товарознавчий аналіз досліджуваних очних крапель, проаналізований термін придатності після відкриття первинної упаковки. Надлишкові витрати, пов'язані з дозуванням, розраховувалися за розробленою формулою. В результаті дослідження було встановлено, що бета-блокатори у формі очних крапель представлені на фармацевтичному ринку України препаратами бетаксолу і тимололу. Вивчення середніх роздрібних цін (мінімальна – 4,68 грн, максимальна – 230,76 грн.) показало наявність препаратів різних цінових ніш. Об'єм первинної упаковки флакона-крапельниці знаходиться в межах від 1 до 10 мл. Термін придатності після розкриття первинної упаковки – 28 – 45 днів. Надмірні витрати, пов'язані з дозуванням, становили від 33,80 грн. для Окумеда до 1181,19 грн. при монотерапії Ганфортом. Таким чином, дослідження показало, що обсяг флакона для більшості препаратів бета-блокаторів у формі очних крапель перевищує потребу більше, ніж в два рази. Це призводить до подвійного підвищення витрат пацієнтів на лікування.

Мальована І.В., Волошин Г.Г., Герасимюк М.І., Ткачук В.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ НЕЛАДЕКС ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДИФУЗНОГО ЗОВНІШНЬОГО ОТИТУ У ДОРОСЛИХ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,

Теребовлянська ЦКРЛ

Метою нашої роботи був аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Неладекс для місцевого лікування гострого дифузного зовні-

шнього отиту у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочали з 2013 року. За період з 2013 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 1 наукову роботу по застосуванню препарату Неладекс для місцевого лікування гострого дифузного зовнішнього отиту у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вухних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

В.В. Ніколов, О.В. Говда, Г.С. Протасевич і співавтори (2013) в тезах «Неладекс в місцевому лікуванні гострого дифузного зовнішнього отиту у дорослих» описують застосування препарату Неладекс для місцевого лікування гострого дифузного зовнішнього отиту у 16 хворих віком від 20 до 42 років. Неладекс призначався згідно рекомендаціям компанії – виробника («Е.І.П.І.Ко» (Єгипет): по 4 краплі тричі на добу шляхом закрапування у зовнішній слуховий хід. Курс лікування тривав 7 днів. Отримано добрі результати. Підкреслюється висока ефективність препарату Неладекс для місцевого лікування гострого дифузного зовнішнього отиту у дорослих. На підставі отриманих результатів автори рекомендують Неладекс для місцевого лікування гострого дифузного зовнішнього отиту як протибактерійний і протизапальний засіб.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2013 по 2014 рр. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Неладекс для місцевого лікування гострого дифузного зовнішнього отиту у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів та інших фахівців (дерматологів, терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

Мальована І.В., Питак Т.А., Волошин Г.Г., Янюк М.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОДУКТІВ БДЖІЛЬНИЦТВА В РИНОЛОГІЇ І ФАРИНГОЛОГІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Бережанська ЦКРЛ*

Мета даної роботи – аналіз оглядових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню продуктів бджільництва в ринології і фарингології. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2000 року. За період з 2000 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 2 оглядові роботи по застосуванню продуктів бджільництва в ринології (1 при гострому і хронічному риніті, 1 при гострому і хронічному синуситі) і 1 – в фарингології (при гострому і хронічному фарингіті). Оглядові роботи опубліковані в «Журналі вухних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є статтями.

Г.С. Протасевич, І.В. Мальована, О.І. Яшан і співавтори (2006) в оглядовій статті «Застосування бджолиного меду, бджолиної отрути і маточного молочка при ринітах» описують методи лікування цими продуктами бджільництва гострого і хронічного риніту. П.В. Ковалик, Г.С. Протасевич, О.І. Яшан і співавтори (2000) в оглядовій статті «Застосування бджолиного меду, бджолиної отрути і бджолиного воску при синуситах» аналізують відомості з літератури стосовно використання цих продуктів бджільництва при гострому і хронічному синуситі. О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, Ю.М. Андрейчин і співавтори (2000) в оглядовій статті «Застосування бджолиного меду, маточного молочка і квіткового пилку при фарингітах» аналізують дані літератури стосовно застосування бджолиного меду, маточного молочка і квіткового пилку при гострому і хронічному фарингіті.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2000 по 2014рр. опублікували 3 оглядові роботи (статті) по застосуванню продуктів бджільництва в ринології (2) і фарингології (1). Вважаємо, що наведені в даній публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, особливо початківців.

МАЗЬ ПІНОСОЛ В ЛІКУВАННІ «ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО» РИНИТУ ПРИ КОНХОТОМІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Кам'янець – Подільська міська лікарня № 1*

У хворих, що перенесли конхотомію (відсічення гіпертрофованої частини нижньої носової раковини), у відповідь на операційну травму на другий день після видалення турунд з носа виникає «післяопераційний» риніт, який проявляється гіперемією, набряком слизової оболонки порожнини носа, слизовими виділеннями, деяким звуженням носових ходів, що утруднює дихання через ніс. Тому в післяопераційному лікуванні таких хворих потребується використання відповідних фармакологічних середників. Ми застосували мазь Піносол в лікуванні «післяопераційного» риніту при конхотомії у 12 хворих віком від 26 до 43 років. Застосування мазі Піносол здійснювалось тричі на добу шляхом нанесення її на слизову оболонку порожнини носа за допомогою турунд, просочених маззю Піносол, з подальшим їх витягуванням – через 20 хв. Препарат застосовували на протязі 5-7 днів. Хворі, крім мазі Піносол, отримували за призначенням лікаря тетрациклін і сульфадимезин перорально. Суб'єктивна оцінка терапії хворими в цілому була позитивною, що підтверджувалось об'єктивно (передня риноскопія).

Таким чином, ефективність мазі Піносол виявилась доброю. На підставі одержаних даних вважаємо, що мазь Піносол є ще одним середником в арсеналі спектру лікарських засобів для лікування «післяопераційного» риніту при конхотомії. Даний препарат заслуговує більш широкого впровадження в оториноларингологічну практику при лікуванні даної післяопераційної патології.

ЗАСТОСУВАННЯ ГІПНОЗУ ДЛЯ ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ДЕЯКИХ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня*

Метою нашої роботи є аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню гіпнозу для знеболення при оториноларингологічних операціях. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 1989 року. За період з 1989 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опублікована 1 наукова робота по застосуванню гіпнозу для знеболення при оториноларингологічних операціях. Наукова робота опублікована в «Журнале ушных, носовых и горловых болезней» (м. Київ) і представляє собою статтю.

І.А. Яшан, Г.С. Протасевич, Р.Т. Лавецький і співавтори (1989) в статті «О гипнотическом обезболивании в ЛОР – хирургии» описують методику і результати використання гіпнозу для знеболення при 4 хірургічних втручаннях (1 поліпотомії носа і діатермокоагуляції нижніх носових раковин, 2 тонзилектоміях, 1 тимпанопластиці). При цьому знеболювальний ефект був різний. Якщо при поліпотомії носа і діатермокоагуляції нижніх носових раковин, тонзилектоміях він виявився достатнім, то при тимпанопластиці – не зовсім. Підкреслюється перспективність використання гіпнозу при багатьох хірургічних втручаннях в оториноларингології (тонзилектомія, тонзилотомія, аденотомія, поліпотомія носа, вуха, конхотомія, прокол верхньощелепної пазухи та ін.). Що ж стосується більш поширених і тривалих за часом операцій (загальнопорожнинна операція на середньому вусі та ін.), то гіпнотичне знеболення є недостатнім, зазначають, автори.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 1989 по 2014рр. опублікували 1 наукову роботу (статтю) по застосуванню гіпнозу для знеболення при оториноларингологічних операціях. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, особливо початківців, психотерапевтів.

Мальований В.В., Ніколов В.В., Чортківський Т.В., Шевага Б.І.

ТОКСИЧНА ДІЯ АНТИБІОТИКІВ, ДИСБАКТЕРІОЗ ТА ІНШІ ВПЛИВИ НА ОРГАНІЗМ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Чортківська ЦКРЛ,
Кам'янець-Подільська міська лікарня №1*

Серед трьох видів шкідливого впливу на організм (алергійні реакції, токсична дія, дисбактеріоз і інші впливи) частіше зустрічається токсична дія антибіотиків.

Токсична дія. Токсична дія антибіотиків на організм пов'язана з особливостями антибіотиків. Вона залежить від дози і від тривалості лікування. Токсичні реакції бувають частіше, ніж алергійні. Вони специфічні для кожного антибіотика. Токсичні реакції залежать як від дози, так й домішків, продуктів розщеплення і від стану видільних органів. На останній бік треба звертати велику увагу, оскільки при порушенні функції нирок навіть терапевтичні дози антибіотиків викликають негативну дію. Токсична дія залежить і від способу введення антибіотика. Є небезпечні токсичні впливи (агранулоцитоз, апластичний стан кровотворних органів) і не небезпечні (вплив на слух, нирки, нервову систему, шлунково – кишковий тракт). Агранулоцитоз буває від левоміцетину, стрептоміцину, тетрацикліну. Одним з характерних симптомів агранулоцитозу є ураження горла. При цьому з'являються некротичні і виразкові зміни в горлі, в основному в ділянці піднебінних мигдаликів – розвивається агранулоцитарна ангіна. Агранулоцитоз частіше буває у жінок, ніж у чоловіків. Зустрічається рідко, в основному в зрілому віці. В крові спостерігається виражена лейкопенія з різким зменшенням чи повною відсутністю поліморфноядерних лейкоцитів. На протязі декількох днів число нейтрофільних гранулоцитів нерідко падає до нуля. В лікуванні основне зусилля скеровується на активацію кровотворної системи. Токсичний вплив антибіотиків на слуховий і вестибулярний аналізатор (ототоксичність) описуємо в окремому повідомленні.

Дисбактеріоз і інші впливи. Одним з небезпечних ускладнень є генералізований кандидікоз. Розвивається стафілококовий ентероколіт, ендогенні і екзогенні суперінфекції.

Таким чином, токсичні впливи антибіотиків на організм зустрічаються доволі часто, дисбактеріоз та інші впливи бувають рідше.

УДК: 577.154.22-02:616.379-008

Манащук Н.В., Чорній Н.В., Бойцанюк С.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Застосуванню лікарських засобів рослинного походження в терапії захворювань пародонта здавна приділяється особлива увага. З метою попередження цих патологій використовують-

ся полоскання відварами і настоями трав і чищення зубів лікувально-профілактичними зубними пастами.

Фітопрепарати, що використовують в пародонтології можна поділити на дві групи. До першої відносять настої, настоянки, відвари лікарських трав. До другої – комбіновані препарати з різних лікарських трав. Вони можуть бути у вигляді спиртових, олійних розчинів, мазей.

Як окрему групу можна виділити зубні пасти та ополіскувачі, до складу яких входить одна або декілька лікарських рослин. Якщо перші дві групи використовують для лікувальних цілей, то третю – з лікувально-профілактичною, або ж суто з профілактичною метою.

Відвари і настої з рослинної сировини, які мають протизапальну, в'язучу, дезодоруючу дію застосовують у вигляді полоскань, ванночок, аплікацій, іригацій. Настоянки з лікарських трав звіробоя, евкаліпта, календули додають в воду для полоскання. Полоскання і іригації сприяють механічному очищенню поверхні зубів, ясен, ясенних кишень, відновленню нейтральної реакції середовища порожнини рота, стимулюють кровообіг, покращують трофіку тканин. Для полоскань ротової порожнини найбільш ефективні полоскання настоянками евкаліпта, шавлії, чистотілу, хлорофіліпту, настоями і відварами лепехи, материнки, календули, евкаліпта, м'яти перцевої, деревію і ін.

Таким чином, в ефективній терапії захворювань пародонта препарати природньої аптеки є прекрасним доповненням до інших лікувальних заходів.

Остапченко В.П., Гомза І.М.

ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАКАЇНУ ДЛЯ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ В ХІРУРГІЧНІЙ РИНОЛОГІЇ

*КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»,
Міська комунальна дитяча клінічна лікарня*

Мета нашої роботи – аналіз оглядової публікації оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню ультракаїну для місцевої анестезії в хірургічній ринології, яка вийшла 2012 року в журналі «Ринологія» (м. Київ) і є статтею.

О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, Е. В. Савчук і співавтори (2012) в оглядовій статті «Місцева анестезія ультракаїном в хірургічній ринології» описують застосування ультракаїну для місцевої анестезії при ринологічних хірургічних втручаннях: підслизовій резекції перегородки носа; конхотомії; ультразвуковій дезінтеграції нижніх носових раковин; підслизовій електроакустиці нижніх носових раковин; підслизовій вазотомії нижніх носових раковин; пункції верхньощелепної пазухи; поліпотомії носа; видаленні ангіофіброми перегородки носа; репозиції відламків при переломі кісток носа; ринопластиці; радикальній операції на верхньощелепній пазусі. Відмічено 7 особливостей анестезувального ефекту ультракаїну при підслизовій резекції перегородки носа. Розшифровуються ці особливості. Підкреслюється, що ультракаїнова анестезія частіше використовується при підслизовій резекції перегородки носа, рідше – при інших ринологічних операціях. Ультракаїн може бути рекомендований для місцевої анестезії в хірургічній ринології як найбільш надійний і оптимальний засіб, зазначають автори.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини в 2012 році опублікували 1 оглядову роботу (статтю) по застосуванню ультракаїну для місцевої анестезії в хірургічній ринології. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для практикуючих оториноларингологів, особливо початківців.

Питак Т.А., Мальована І.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ПІНОСОЛ (КРАПЛІ В НІС) ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНИТУ У ДОРОСЛИХ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Мета нашої роботи – аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Піносол (краплі в ніс) для місцевого лікування гострого катарального риніту у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2002 року. За період з 2002 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 1 наукову роботу по застосуванню препарату Піносол (краплі в ніс) для місцевого лікування гострого катарального риніту у дорослих. Наукова робота опублікована в збірнику «Словакофарма ревью» (м. Київ). Ця публікація є статтею.

Г.С. Протасевич, І.А. Гавура і Л.Є. Білик (2002) в статті «Применение препарата Пиносол (крапли в нос) в ринохирургии» описують використання цього препарату в лікуванні гострого катарального риніту у 32 хворих. Лікування заключалось у введенні препарату по 3-4 краплі через носові отвори на слизову оболонку порожнини носа тричі на день протягом 7 днів. Піносол проявляв виражений лікувальний ефект при цьому захворюванні і не потребувалось при своєчасному застосуванні препарату на різних стадіях лікування додатково призначати інші місцеві середники жодному із пролікованих хворих. Пацієнти в переважній більшості випадків (в 30 із 32) добре переносили лікування даним препаратом. Місцева алергічна реакція з'явилась лише в 2 випадках, однак вона не була серйозною. Підкреслюється, що Піносол (краплі в ніс) є ще одним середником в арсеналі спектру лікарських засобів для лікування гострого катарального риніту.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2002 по 2014 рр. опублікували 1 наукову роботу (статтю) по застосуванню препарату Піносол (краплі в ніс) для місцевого лікування гострого катарального риніту у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть відповідне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, особливо початківців а також для інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

Пляшко К.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ КОМБІНІЛ ДУО ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНОГО ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО МЕЗОТИМПАНИТУ У ДОРОСЛИХ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Мета нашої роботи – аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Комбініл Дуо для місцевого лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2013 року. За період з 2013 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опублікована 1 наукова робота по застосуванню препарату Комбініл Дуо для місцевого лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, Ю.М. Андрейчин і співавтори (2013) в тезах «Місцева фармакотерапія загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту з використанням Комбінілу Дуо у дорослих» описують застосування препарату Комбініл Дуо для місцевої терапії загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у 20 хворих віком від 19 до 40 років. Крім Комбінілу Дуо,

застосовувався Олететрин перорально. Комбінил Дуо призначався по 4 краплі двічі на день у зовнішній слуховий хід після туалету вуха сухим способом. Отримано добрі результати. Підкреслюється, що застосування препарату Комбінил Дуо для місцевої фармакотерапії хворих на загострений хронічний гнійний мезотимпаніт підвищує ефективність лікування пацієнтів на цю патологію. Автори рекомендують Комбінил Дуо для місцевої фармакотерапії загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту як антибактерійний і протизапальний засіб.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2013 по 2014рр. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Комбінил Дуо для місцевого лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості будуть мати певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів та інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

Пляшко К.О.

ДО ПИТАННЯ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ДЕРМАТИТУ ВУШНОЇ РАКОВИНИ І ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Дерматит вушної раковини і зовнішнього слухового ходу буває порівняно рідко. В 2012 р. ми (Д.Д. Береговий, В.В. Ніколов, Г.С. Протасевич) лікували 18 хворих на дерматит вушної раковини і зовнішнього слухового ходу. Нині ми спостерігали ще 8 таких пацієнтів віком від 19 до 38 років. Серед них чоловіків було 6, жінок – 2. однобічне ураження було у 7 осіб, двобічне – у 1 хворого. Для місцевої терапії цих осіб ми застосували 10% спиртовий розчин прополісу. Цим препаратом проводили змащування вушної раковини і зовнішнього слухового ходу. В слуховий хід також вводили турунду, змочену в розчині прополісу, і кожні 4 год. закрапували краплі прополісу на турунду. Суб'єктивний стан хворих швидко покращувався, що пов'язано з анестезувальними, протизапальними і протисвербіжними властивостями прополісу, а через 2-3 дні зникали явища дерматиту вушної раковини і зовнішнього слухового ходу. Біль, свербіж, що мали місце в більшій чи меншій мірі у всіх хворих, проходили при застосуванні прополісу через 2-3 дні. При огляді – набряклість, інфільтрація, гіперемія шкіри вушної раковини і зовнішнього слухового ходу зменшувалися, просвіт слухового ходу збільшувався, барабанна перетинка нормалізувалась за короткий термін застосування прополісу на фоні десенсибілізуювального і загальнозміцнювального лікування. В результаті проведеної терапії у всіх спостережуваних хворих було досягнуто одужання до 3-4 – год. дня від початку лікування.

Таким чином, нами було підтверджено, що 10% спиртовий розчин прополісу являється ефективним засобом місцевої терапії дерматиту вушної раковини і зовнішнього слухового ходу безпосередньо після лікування. Але для кінцевого висновку лікувальних властивостей цього препарату при вказаній патології необхідно подальші спостереження у віддалений період.

Пляшко К.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ПІНОСОЛ (КРАПЛІ В НІС) ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНИТУ У ДОРΟΣЛИХ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Мета нашої роботи – аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Піносол (краплі в ніс) для місцевого лікування гострого катараль-

ного риніту у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочалися з 2002 року. За період з 2002 по 2014 рр. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 1 наукову роботу по застосуванню препарату Піносол (краплі в ніс) для місцевого лікування гострого катарального риніту у дорослих. Наукова робота опублікована в збірнику «Словакофарма ревью» (м. Київ). Ця публікація є статтею.

Г.С. Протасевич, І.А. Гавура і Л.Є. Білик (2002) в статті «Применение препарата Пиносол (крапли в нос) в ринохирургии» описують використання цього препарату в лікуванні гострого катарального риніту у 32 хворих. Лікування заключалось у введенні препарату по 3-4 краплі через носові отвори на слизову оболонку порожнини носа тричі на день протягом 7 днів. Піносол проявляв виражений лікувальний ефект при цьому захворюванні і не потребувалось при своєчасному застосуванні препарату на різних стадіях лікування додатково призначати інші місцеві середники жодному із пролікованих хворих. Пацієнти в переважній більшості випадків (в 30 із 32) добре переносили лікування даним препаратом. Місцева алергічна реакція з'явилась лише в 2 випадках, однак вона не була серйозною. Підкреслюється, що Піносол (краплі в ніс) є ще одним середником в арсеналі спектру лікарських засобів для лікування гострого катарального риніту.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2002 по 2014 рр. опублікували 1 наукову роботу (статтю) по застосуванню препарату Піносол (краплі в ніс) для місцевого лікування гострого катарального риніту у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть відповідне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, особливо початківців а також для інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

Пляшко К.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ФУРАСОЛУ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Ми вивчали ефективність застосування антибактерійного препарату фурасол (фурагін розчинний) для місцевої терапії гострого фарингіту у дітей.

Під нашим спостереженням за 2011-2014 рр. знаходилось 20 дітей, хворих на гострий фарингіт. Діти були розподілені на 2 групи: основну (10 осіб), місцево лікування яких проводилось фурасолом, та контрольну (10), яким місцево проводилось зрошування задньої стінки горла, задніх піднебінних дужок і піднебінного язичка розчином бікарбонату натрію. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Розчин фурасолу готували безпосередньо перед застосуванням. Вміст пакетика розводили у склянці гарячої води і використовували на одне полоскання. Теплим розчином діти полоскали горло 3-4 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії дітьми (вплив на біль в горлі, вплив на кашель, вплив на першіння в горлі, вплив на відчуття сухості в горлі, вплив на відчуття стороннього тіла в горлі), фарингоскопічна картина (колір, вологість, консистенція слизової оболонки горла). При аналізі результатів лікування відмічено інтенсивніший регрес симптомів гострого фарингіту у дітей основної групи. Так, 8 дітей із 10, що лікувались фурасолом, вказували на зникнення, 2 – на зменшення болю в горлі, 8 – на зникнення кашлю, 7 – на зникнення першіння в горлі, 7 – на зникнення відчуття сухості в горлі, 7 – на зникнення відчуття стороннього тіла в горлі (на 3-4-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Фарингоскопічна картина нормалізувалась на 3-4-й день лікування у 8 дітей основної групи. Слизова оболонка задньої стінки горла, задніх піднебінних дужок і піднебінного язичка у них мала рожевий колір, нормальну вологість, нормальну консистенцію. В контрольній групі фарингоскопічна картина нормалізувалась у 6 дітей. Стерпність фурасолу у

всіх дітей була доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не відмічалось у жодної дитини.

Таким чином, застосування фурасолу для місцевого лікування гострого фарингіту у дітей виявилось ефективним. На підставі отриманих результатів можна рекомендувати фурасол для місцевого лікування гострого фарингіту у дітей в якості антибактерійного засобу.

Пляшко К.О., Волошин Г.Г., Питак Т.А.

ЗАСТОСУВАННЯ НАЗАЛЬНОГО СПРЕЮ КСИМЕЛІН ЕКСТРА ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРΟΣЛИХ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Метою нашої роботи був аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню назального спрею Ксимелін Екстра для місцевого лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2014 року. За 2014р. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 1 наукову роботу по застосуванню назального спрею Ксимелін Екстра для місцевого лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

П.С. Павлюк, Л.А. Чортківська, В.В. Ніколов і співавтори (2014) в тезах «Ксимелін Екстра в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих» наводять результати використання назального спрею Ксимелін Екстра як місцевої терапії в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у 10 хворих віком від 19 до 39 років. Спрей Ксимелін Екстра застосовували згідно інструкції: по 1 упорскуванню в кожний носовий хід двічі на добу. Крім того, пацієнтам призначалось загальноприйняте лікування. Отримано добрі результати. Підкреслюється, що назальний спрей Ксимелін Екстра є ефективним препаратом для місцевого лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. На підставі одержаних результатів можна рекомендувати застосування назального спрею Ксимелін Екстра для місцевого лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих, зазначають автори.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за 2014 р. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню назального спрею Ксимелін Екстра для місцевого лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості будуть мати певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення як для оториноларингологів, так й для інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ АЗИКЛАР ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ГНІЙНОГО ОТИТУ В ДОПЕРФОРАТИВНІЙ СТАДІЇ У ДОРΟΣЛИХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Обласна дитяча комунальна клінічна лікарня*

Мета нашої роботи – аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Азиклар для загального лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочалися з 2012 року. За період з 2012 по 2014 рр. оториноларингологи Тернопільщини опублікували 1 наукову роботу по застосуванню препарату Азиклар для загального лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, А.О. Яшан і співавтори (2012) в тезах «Азиклар в лікуванні гострого середнього гнійного отиту у дорослих» діляться досвідом застосування антибіотика Азиклар (кларитроміцин) як антимікробного і протизапального засобу в комплексному лікуванні гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у 20 хворих віком від 20 до 43 років. Пацієнти отримували Азиклар (кларитроміцин) і загальноприйняте лікування. Азиклар (кларитроміцин) призначався досередини по 1 таблетці (250 мг) двічі на добу протягом 7 днів. Лікування було ефективним. Підкреслюється, що застосування препарату Азиклар (кларитроміцин) в загальному лікуванні хворих на гострий середній гнійний отит в доперфоративній стадії підвищує ефективність лікування пацієнтів з цим захворюванням. На підставі отриманих даних автори рекомендують Азиклар (кларитроміцин) для загального лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії як антибактерійний і протизапальний засіб.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2012 по 2014 рр. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Азиклар для загального лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості будуть мати певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення як для оториноларингологів, так й для інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

Протасевич Г.С.

ДО ПИТАННЯ ПРО ГОСТРИЙ СТЕНОЗ ГОРТАНІ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

В одну березневу ніч далекого 1982 р. як черговий лікар ЛОР – відділення Тернопільської обласної клінічної лікарні (нині – КЗ ГОР «Тернопільська університетська лікарня») я був викликаний в обласну дитячу клінічну лікарню, корпус якої в ті роки знаходився поруч (нині вона має нове сучасне приміщення в іншому місці) для консультації дитини з метою виключення чи підтвердження стороннього тіла гортані.

При огляді – дитина раннього віку (біля 1,5 року), в наявності гострий стеноз гортані III стадії. Зі слів матері, дитина хворіє гострим катаром верхніх дихальних шляхів (тоді він ще не називався ГРВІ). Раптом дихання у неї різко погіршилось. При прямій ларингоскопії стороннього тіла в гортані мною не знайдено, натомість є різко виражений набряк підскладкового простору гортані. Педіатром – реаніматологом негайно проведені необхідні реанімаційні заходи з введенням кортикостероїдів (преднізолону) внутрішньовенно. Дитина була покладена під

«ковпак». Прошло біля 15-20 хв., дитина заспокоїлась, дихання стало рівним, спокійним, дитина спокійно заснула. З того часу пройшло 43 роки, але мені і донині бачиться цей випадок. Тому вирішив поділитися з практикуючими оториноларингологами. Хочеться звернути увагу практикуючих оториноларингологів на можливість швидкої ліквідації гострого стенозу гортані III стадії внутрішньовенним введенням кортикостероїдів (преднізолону). Недарма цей метод отримав назву «внутрішньовенна трахеотомія».

Нині внутрішньовенне введення кортикостероїдів для відновлення гортанного дихання у разі гострого стенозу гортані не диво. Воно широко використовується педіатрами – реаніматологами при гострому стенозі гортані, зокрема III стадії. Вважаємо, що наведений випадок матиме певне пізнавальне, а головне, практичне значення для практикуючих оториноларингологів, особливо початківців.

Протасевич Г.С., Яшан О.І., Шевага Б.І.

НІЧНИЙ ЕНУРЕЗ У ДІТЕЙ НА ГІПЕРТРОФІЮ ГОРЛОВОГО МИГДАЛИКА

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»,
Кам'янець-Подільська міська лікарня №1*

Гіпертрофія горлового мигдалика (аденоїди, аденоїдні розростання, аденоїдні вегетації) – патологія, як правило, дитячого віку (Г.С. Протасевич, 2011; О.І. Яшан і співавт., 2011). Проте це захворювання може спостерігатись і в дорослих (Г.С. Протасевич і соавт., 1999; А.А. Лайко і співавт., 2010; Г.С. Протасевич, 2011; О.І. Яшан і співавт., 2011, та ін.).

Однією з скарг дітей на гіпертрофію горлового мигдалика відмічається нічний енурез. За даними Д.І. Заболотного і співавтори (2009); А.А. Лайка і співавтори (2010), на нічний енурез скаржаться до 7 % дітей на гіпертрофію горлового мигдалика. Ми вивчали частоту нічного енурезу у дітей на гіпертрофію горлового мигдалика. Ступінь гіпертрофії визначали по відношенню її до хоан. До I ступеню відносили стан, при якому горловий мигдалик займав склепіння носової частини горла і спускався дещо нижче, до верхнього краю хоан ; до II ступеню – стан, при якому горловий мигдалик закривав 1\3 просвіту хоан; до III ступеню – стан, при якому горловий мигдалик закривав 2\3 просвіту хоан і більше.

Під нашим спостереженням знаходилось 280 дітей на гіпертрофію горлового мигдалика віком від 5 до 14 років. На нічний енурез скаржилось 24(8,5%) дітей. При цьому він відмічався у дітей, які мали гпертрофію II і III ступеню. О.І. Яшан і Г.С. Протасевич (1999), а також О.І. Яшан і співавтори (2011) у дорослих з аденоїдами нічного енурезу не відмічали. Всі діти були піддані аденотомії. Операція проводилась аденотомом Бекмана трьома зрізальними рухами: посередині і з боків носової частини горла. Розмір аденотома визначався віком дитини. Всі оперовані прослідковані протягом року. Зникнення нічного енурезу спостерігалось від 9 до 11 міс.

Таким чином, за нашими даними, на нічний енурез скаржилось 8,5% дітей на гіпертрофію горлового мигдалика. Зникнення нічного енурезу відмічалось в термін від 9 до 11 міс після аденотомії.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ФЛАМІФІКС ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРОСЛИХ

*Гусятинська ЦКРЛ,
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Бучацька ЦКРЛ*

Метою нашої роботи був аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Фламифікс для загального лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочалися з 2012 року. За період з 2012 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 1 наукову роботу по застосуванню препарату Фламифікс для загального лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, А.О. Яшан і співавтори (2012) в тезах «Антибактерійне лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих» описують комплексне лікування антибактерійним препаратом Фламифікс (цефіксим) 22 хворих віком від 22 до 43 років, що страждали на гострий гнійний верхньощелепний синусит. Фламифікс (цефіксим) призначався досередини по 1 капсулі (200 мг) двічі на добу протягом 7 днів. Отримано добрі результати. Підкреслюється, що застосування препарату Фламифікс (цефіксим) в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу підвищує ефективність терапії хворих з цією патологією. На підставі отриманих даних автори рекомендують Фламифікс (цефіксим) для лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу як антимікробний засіб.

Таким чином, оториноларингологами Тернопільщини за період з 2012 по 2014рр. опубліковано 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Фламифікс для загального лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості будуть мати певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів та інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

Хоміцький Г.М., Гайдучик І.Я.

МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ПІДСЛИЗОВІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

*КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»,
Кременецька ЦКРЛ*

Мета нашої роботи – аналіз оглядової публікації оториноларингологів Тернопільщини по методах знеболення при підслизовій резекції перегородки носа, яка вийшла 2003 року в журналі «Ринологія» (м. Київ) і є статтею.

Г.С. Протасевич, О.І. Яшан і І.А. Яшан (2003) в оглядовій статті «Знеболення при підслизовій резекції перегородки носа» описують методи знеболення при підслизовій резекції перегородки носа: місцеву анестезію; наркоз; керовану гіпотонію. Відмічається проведення підслизової резекції перегородки носа під аплікаційною анестезією з використанням кокаїну, дикаїну, тіокаїну, аліпіну. Вказується недостатнє знечулення при такій анестезії. Зазначається, що рідко проводяться операції лише під інфільтраційною анестезією розчином новокаїну. Однак частіше застосовується комбіноване знеболення, яке включає в себе аплікаційну і інфільтраційну анестезію. Вказується, що при комбінованому знеболенні для аплікаційної анестезії використовують 5-20% розчин кокаїну, 1-3% розчин дикаїну, 3% розчин дифазину, 10% аерозоль лідокаїну, піромекаїн. Відмічається, що для інфільтраційної анестезії рекомендують 0,25-2% розчин новокаїну, 0,5-2% розчин лідокаїну, 0,5-1% розчин тримекаїну, 0,5% розчин дифазину,

0,25-1% розчин ринокаїну, ультракаїн, тутокаїн, прокаїн. Зазначається, що використання при підслизовій резекції перегородки носа фізіологічного розчину кухонної солі не одержало розповсюдження. Вказується на струмінний безголковий метод введення знеболювальних речовин, на місцеву анестезію з премедикацією при підслизовій резекції перегородки носа. Відмічається застосування також потенційованого знеболення, починаючи введення різних седативних і снодійних препаратів ще напередодні операції, місцевої провідникової анестезії, новокаїнової блокади крипопіднебінного вузла, внутрішньоносової блокади. Повідомляється про проведення підслизової резекції перегородки носа під наркозом (внутрішньовенним, ендотрахеальним). Зазначаються переваги ендотрахеального наркозу: безболісність хірургічного втручання при всіх видах деформації перегородки; виключення різких вегетативних реакцій, що нерідко виникають при операціях під місцевою анестезією і навіть під комбінованим знеболенням. Відмічається використання керованої гіпотонії при хірургічних втручаннях на перегородці носа, комбінованого ендотрахеального наркозу з керованою гіпотонією. Підкреслюється, що хірургічні втручання на перегородці носа проводяться під різними видами знеболення, з яких найбільш розповсюдженим є місцева інфільтраційна анестезія з премедикацією. Перспективними автори вважають ендотрахеальний наркоз і керовану гіпотонію, за якими зберігається майбутнє.

Таким чином, оториноларингологами Тернопільщини в 2003 році опублікована 1 оглядова робота (стаття) по методах знеболення при підслизовій резекції перегородки носа. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, особливо початківців, і анестезіологів.

УДК: 616.311 – 002.2 – 085.37+615.015.32

Хороз Л.М., Фурдичко А.І., Ільчишин М.П.

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МІСЦЕВОГО ЗАСТОСУВАННЯ
ГОМЕОПАТИЧНОГО ПРЕПЕРАТУ «ТРАУМЕЛЬ С»
ТА МУКОЗАЛЬНО-АДГЕЗИВНОГО ГЕЛЮ НА ОСНОВІ ФІТОЛІЗОЦИМУ
ПРИ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Патологія пародонту залишається однією з найскладніших проблем стоматології. Безпосередній вплив на мікроорганізми здійснюють за допомогою широкого спектру антибактерійних засобів. При цьому відбувається стерилізація ендосередовища без збереження фізіологічної мікрофлори, що приводить до дисбіозу. Гідролітичний фермент лізоцим руйнує бактерії і віруси, активує імуноглобуліни і лейкоцитарний фагоцитоз. Компоненти препарату «Траумель С» впливають на ланки патогенезу запального процесу (протизапальна, протинабрякова, болезаспокійлива дія, покращення мікроциркуляції у вогнищі запалення, підвищення імунної активності).

Мета дослідження: обґрунтувати доцільність застосування мукозально-адгезивного гелю на основі фітолізоциму та гомеопатичного препарату «Траумель С» при лікуванні хворих на хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ).

Під наглядом знаходилось 90 осіб віком 20-30 років хворих на ХКГ та 30 здорових осіб (група порівняння). У хворих визначали гігієнічний індекс Грін-Вермільйона та пародонтальні індекси: РМА, РВІ, проба за Кулаженко. Пацієнтів ділили на 2 групи. Після зняття зубних відкладень, проводили аплікації «Траумель С» в одній групі та мукозально-адгезивного гелю в іншій. Результати досліджень застосування препарату «Траумель С» та мукозально-адгезивного гелю на основі фітолізоциму при ХКГ показали високу ефективність цих засобів в основних групах, показники яких наближаються до показників клінічно здорових осіб.

Хоружий І.В., Вівчар І.Я.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ НЕЛАДЕКС ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ГНІЙНОГО ОТИТУ В ДОПЕРФОРАТИВНІЙ СТАДІЇ У ДІТЕЙ

*Міська комунальна клінічна лікарня №2,
Копичинецька КРЛ №2*

Метою нашої роботи був аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Неладекс для місцевого лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2014 року. За 2014р. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 1 наукову роботу по застосуванню препарату Неладекс для місцевого лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

М.І. Герасимюк, В.А. Башинський, Л.В. Яшан і співавтори (2014) в тезах «Міське лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей із застосуванням препарату Неладекс» описують використання препарату Неладекс для місцевого лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у 20 дітей віком від 12 до 18 років. Неладекс призначався згідно рекомендаціям компанії – виробника («Е.І.П.І.Ко» (Єгипет): у зовнішній слуховий хід по 4 краплі тричі на добу. Крім того, діти отримували загальноприйняте лікування. Терапія виявилась ефективною. Підкреслюється, що застосування препарату Неладекс для місцевого лікування дітей, хворих на гострий середній гнійний отит в доперфоративній стадії підвищує ефективність терапії дітей з даною патологією. На підставі отриманих даних можна рекомендувати Неладекс для місцевого лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей як протимікробний і протизапальний засіб, зазначають автори.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за 2014 р. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Неладекс для місцевого лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дітей. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення не тільки для оториноларингологів, а й для інших фахівців (педіатрів, сімейних лікарів та ін.).

Хоружий І.В., Корицький В.Г., Герасимюк М.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ФЛАМІФІКС ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АДЕНОЇДИТУ У ДІТЕЙ

*Тернопільська міська комунальна лікарня №2,
Обласна комунальна дитяча клінічна лікарня,
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Мета нашої роботи – аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Фламіфікс для загального лікування гострого аденоїдиту у дітей. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2011 року. За період з 2011 по 2014рр. оториноларингологи Тернопільщини опублікували 1 наукову роботу по застосуванню препарату Фламіфікс для загального лікування гострого аденоїдиту у дітей. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, Д.В. Береговий і співавтори (2011) в тезах «До питання лікування гострого аденоїдиту у дітей» описують використання сучасного перорального цефалос-

поринового антибіотика Фламифікс (цефіксим) для лікування гострого аденоїдиту у 15 дітей віком від 10 до 15 років. Діти отримували препарат Фламифікс (цефіксим) і загальноприйняте лікування. Фламифікс (цефіксим) призначався в дозах згідно рекомендацій фірми – виробника (Ananta Medicare – Великобританія): досередини дітям 10-12 років по 1 капсулі (100 мг) двічі на добу, дітям 13-15 років – по 1 капсулі (200 мг) також двічі на добу. Лікування проводилось протягом 7 днів. Отримано добрі результати. Підкреслюється, що застосування антибіотика Фламифікс (цефіксим) для лікування гострого аденоїдиту у дітей виявилось ефективним. На підставі отриманих результатів автори рекомендують цей препарат для загального лікування гострого аденоїдиту у дітей як антибактерійний засіб.

Таким чином, оториноларингологами Тернопільщини за період з 2011 по 2014рр. опубліковано 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Фламифікс для загального лікування гострого аденоїдиту у дітей. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів та інших фахівців (педіатрів, сімейних лікарів та ін.).

УДК 616.314.18-002.4.-085.272.4:616.316-008.8-078:577.125.33

Худякова М. Б.

КОРЕКЦІЯ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ЛІПОСОМАЛЬНИМ КВЕРЦЕТИНОМ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Харківський національний медичний університет

Важлива роль у розвитку генералізованого пародонтиту (ГП) належить процесам вільнорадикального окиснення (ВРО) у ротовій порожнині. Основними чинниками, що провокують локальну активацію перекисного окиснення біомолекул, є місцеві фактори – зубні відкладення, мікрофлора тощо. Однак запальні процеси в тканинах пародонта є вторинними щодо системних процесів дизадаптації, особлива роль в яких належить механізмам ВРО та недостатності антиоксидантної системи захисту (АОСЗ). На тлі розвитку ГП хронічного перебігу в залежності від ступеня тяжкості виявлено вірогідне зниження активності супероксиддисмутази (СОД), каталази та рівня SH-груп у ротовій рідині (РР) хворих.

Не вивчені залишаються можливості корекції патогенетичних механізмів ГП шляхом використання вітчизняних препаратів природного походження з протизапальними та антиоксидантними властивостями – ліпосомального кверцетину («Ліпофлавіон», ЗАО «Біолек», Харків, Україна). Необхідне проведення додаткових досліджень для встановлення його ролі в медикаментозному лікуванні хворих на ГП.

Метою роботи є оцінка терапевтичної ефективності антиоксидантної дії ліпосомального кверцетин-лецитинового комплексу (ЛКЛК) у РР хворих на ГП хронічного перебігу початкового-I ступеня тяжкості при місцевому лікуванні за динамікою змін показників антиоксидантної системи: активності каталази, СОД і рівня SH-груп.

Матеріали та методи. Результати роботи базуються на клінічному обстеженні, лікуванні та спостереженні 35 хворих на ГП хронічного перебігу початкового-I ступеня тяжкості, які перебували на лікуванні в Університетському стоматологічному центрі ХНМУ. Всі хворі були розділені на 2 клінічні групи в залежності від методу лікування. До основної групи увійшли 18 пацієнтів, яким разом із базисним лікуванням місцево призначався ЛКЛК. Групу порівняння склали 17 пацієнтів, які отримували базисне лікування з місцевим використанням гелю з гранул кверцетину за допомогою пародонтальних кап.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведене біохімічне дослідження показало, що до лікування рівень активності каталази становив від $1,82 \pm 0,19$ до $2,8 \pm 0,14$ у.о. (норма $3,35 \pm 0,08$ у.о.), СОД від $3,22 \pm 0,16$ до $4,3 \pm 0,19$ у.о. (норма $4,73 \pm 0,11$ у.о.), SH-груп від $2,82 \pm 0,21$ до $3,31 \pm 0,26$ мкмоль/л (норма $4,77 \pm 0,16$ мкмоль/л). Місцева антиоксидантна терапія ліпосомальним кверцетином підвищує активність ферментів та нефер-

ментативної ланки АОЗ. При застосуванні ЛКЛК через 1 місяць активність каталази при початковому-I ступені була підвищена на 24 % ($P < 0,001$), активність СОД – на 34 % ($P < 0,001$), рівень SH-груп – на 16 % ($P < 0,01$). Через 1 рік у хворих на ГП початкового-I ступеня активність каталази в РР зросла до $3,81 \pm 0,12$ у.о., що на 1 % було вищим, ніж у термін через 6 місяців ($3,76 \pm 0,11$ у.о.). Активність СОД у РР зросла до $5,42 \pm 0,13$ у.о., що на 2 % було нижче ніж у термін спостереження через 6 місяців ($5,51 \pm 0,18$ у.о.). Рівень SH-груп у РР збільшився до $5,32 \pm 0,18$ мкмоль/л, що на 1 % вище ніж через 6 місяців ($5,25 \pm 0,19$ мкмоль/л).

Висновок. Антиоксидантні ефекти ліпосомальної форми кверцетину переважають гранули кверцетину, що не є залученими в ліпосомальну оболонку. Це дозволяє вважати, що ведучим у механізмах реалізації захисних ефектів кверцетину є його захист ліпосомальною оболонкою від дії різних біологічних речовин. Застосування ліпосомальної форми кверцетину для місцевої терапії методом направленої транспортування та використання пародонтальних кап для пролонгованої дії препаратів може бути новим перспективним напрямком у комплексному лікуванні ГП.

УДК: 616.314.17-085-06:612.015.11]-06:616.37-002-036.12

Чорній Н.В., Манащук Н.В., Чорній А.В., Якимець А.Р.

ЗАСТОСУВАННЯ ФЕРМЕНТІВ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Важливе місце в протизапальному лікуванні захворювань пародонта належить протеолітичним ферментам (М.Ф. Данилевський, Л.О. Хоменко, 1972). Завдяки некролітичній та муколітичній їх дії безпосередньо у вогнищі запалення поліпшується дренажна функція, підвищується проникність тканин, створюються умови для самоочищення, прискорюються процеси регенерації.

З цією метою застосовують такі ферменти: протеолітичні (протеази: трипсин, хімотрипсин, хімопсин, терилітин тощо); нуклеази (РНК-, ДНК-ази); ферменти, що розщеплюють глікозаміноглікани (гіалуронідаза, лідаза); активують кініноген-кінінову систему (кініногенази, калікреїни). Місцево їх застосовують за наявності некротизованих тканин, пародонтальних кишень із серозно-гнійним ексудатом. При загостренні генералізованого пародонтиту, що супроводжується вираженою серозно-гнійною ексудацією і абсцедуванням, найуспішнішим є комбіноване введення ферментів місцево, потрапляючи в пародонтальну кишеню, вони чинять літичну дію на гнійний ексудат, розщеплюють продукти розпаду білків і життєдіяльності мікроорганізмів, поліпшують відтік ексудату, зменшують застійні явища в лімфатичних і кровоносних судинах, створюють несприятливі умови для життєдіяльності мікрофлори пародонтальних кишень. Ферменти застосовують у поєднанні з вітамінами Е, С, Р, сульфаніламідними препаратами та окремими сумісними з ними антибіотиками у вигляді розчинів, емульсій, паст.

Отже, діючи на патогенетичні ланки при лікуванні запальних захворювань пародонта у комплексній фармакотерапії слід застосовувати ферменти.

Яшан А.О.

ЗАСТОСУВАННЯ МІРАМІСТИНУ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРОСЛИХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Метою даної роботи був аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню Мірамістину для місцевого лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2010 року. За період з 2010 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 2 наукові роботи по застосуванню Мірамістину для місцевого лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Наукові роботи опубліковані в «Журналі вušних, носових і горлових хвороб» (м. Київ). Обидві опубліковані роботи є тезами.

В.А. Левчук, І.Я. Вівчар, А.І. Гавура і співавтори (2010) в тезах «Мірамістин в лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу» описують застосування нового вітчизняного поверхнево – активного антисептика Мірамістину в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у 29 хворих віком від 19 до 49 років. Пацієнтам у верхньощелепну пазуху вводили 0,01% розчин Мірамістину. Введення препарату припинялось по досягненню ремісії. Отримано добрі результати. Підкреслюється, що застосування 0,01% розчину Мірамістину в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу підвищило ефективність терапії хворих з даною патологією, дозволило добитись скорочення терміну лікування. Л.А. Чортківська, В.І. Янюк, А.І. Гарасимів і співавтори (2013) в тезах «Мірамістин в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих» повідомляють про застосування 0,01% розчину Мірамістину в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу у 20 хворих віком від 19 до 45 років. Зазначений розчин Мірамістину вводили у верхньощелепну пазуху. Отримано добрі результати. Підкреслюється, що застосування 0,01% розчину Мірамістину в комплексному лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу підвищило ефективність терапії хворих з даною патологією, дозволило добитись скорочення терміну лікування.

Таким чином, оториноларингологами Тернопільщини за період з 2010 по 2014рр. опубліковано 2 наукові роботи (тези) по застосуванню Мірамістину для місцевого лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Вважаємо, що наведені в даній публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, особливо початківців.

Яшан А.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ОТОФА ДЛЯ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ЗАГОСТРЕНОГО ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО МЕЗОТИМПАНИТУ У ДОРОСЛИХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Метою нашої роботи був аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Отофа для місцевої терапії загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2013 року. За період з 2013 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опублікована 1 наукова робота по застосуванню препарату Отофа для місцевої терапії загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вušних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

М.П. Багрій, Б.І. Шевага, І.О. Біль і співавтори (2013) в тезах «Місцева фармакотерапія загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту з використанням препарату Отофа у дорослих» описують використання препарату Отофа для місцевої терапії загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у 14 хворих віком від 20 до 42 років. Препарат Отофа призначався по 5 крапель двічі на добу у зовнішній слуховий хід після туалету слухового ходу сухим способом. Крім того, пацієнти отримували загальне застосування олететрину. Результати лікування виявились добрими. Підкреслюється, що застосування препарату Отофа для місцевої фармакотерапії хворих на загострений хронічний гнійний мезотимпаніт підвищує ефективність терапії пацієнтів на цю патологію. Зазначається, що отримані результати дають підставу рекомендувати препарат Отофа для місцевої фармакотерапії загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих як антибактерійний і протизапальний засіб.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2013 по 2014рр. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Отофа для місцевої терапії загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів та інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

Яшан А.О., Вівчар І.Я.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОПОЛІСУ ДЛЯ МІСЦЕВОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ СЕБОРЕЙНОЇ ЕКЗЕМИ ВУШНИХ РАКОВИН У ДОРΟΣЛИХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Котичинецька КРЛ № 2*

Мета нашої роботи – аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню прополісу для місцевої фармакотерапії себорейної екземи вушних раковин у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2012 року. За період з 2012 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опублікована 1 наукова робота по застосуванню прополісу для місцевої фармакотерапії себорейної екземи вушних раковин у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

В.В.Ніколов, Г.С. Протасевич, Н.С. Гілейко і співавтори (2012) в тезах «Місцева фармакотерапія себорейної екземи вушних раковин з застосуванням прополісу» описують використання 10% спиртового розчину прополісу для місцевої фармакотерапії себорейної екземи вушних раковин у 19 хворих віком від 19 до 30 років. Препаратом змащували уражену ділянку вушної раковини 2-4 рази на день. Отримано добрі результати. Підкреслюється, що 10% спиртовий розчин прополісу є ефективним засобом місцевої фармакотерапії себорейної екземи вушних раковин. На підставі отриманих даних автори рекомендують цей препарат для впровадження в клінічну практику з метою місцевої фармакотерапії вказаного контингенту хворих.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2012 по 2014рр. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню прополісу для місцевої фармакотерапії себорейної екземи вушних раковин у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, а також для інших фахівців (дерматологів, терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

ФУРАСОЛ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ФАРИНГІТУ У ДОРΟΣЛИХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Ми вивчали ефективність застосування антибактерійного препарату фурасол (фурагін розчинний) в якості місцевого лікування гострого фарингіту у дорослих.

Під нашим спостереженням в 2012 – 2014рр. знаходилося 32 хворих віком від 20 до 43 років, що страждали на гострий фарингіт. Пацієнти були поділені на 2 групи: основну (20 осіб), місцеве лікування яких проводилось фурасолом, та контрольну (12), в місцевому лікуванні яких використовувалось зрошування задньої стінки горла, задніх піднебінних дужок в піднебінного язичка розчином бікарбонату натрію. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Розчин фурасолу готували безпосередньо перед застосуванням. Вміст пакетика розводили у склянці гарячої води і використовували на одне полоскання. Теплим розчином хворі полоскали горло 3-4 рази на добу.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на біль в горлі, вплив на кашель, вплив на першіння в горлі, вплив на відчуття сухості в горлі, вплив на відчуття стороннього тіла в горлі), фарингоскопічна картина (колір, вологість, консистенція слизової оболонки горла). При аналізі результатів лікування відмічено більш інтенсивний регрес симптомів гострого фарингіту в пацієнтів основної групи. Так, 18 хворих із 20, що лікувались фурасолом, вказували на зникнення, 2 – на зменшення болю в горлі, 18 – на зникнення кашлю, 16 – на зникнення першіння в горлі, 17 – на зникнення відчуття сухості в горлі, 17 – на зникнення відчуття стороннього тіла в горлі (на 3-4-й день лікування). В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Фарингоскопічна картина нормалізувалась на 3-4-й день лікування у 17 пацієнтів основної групи. Слизова оболонка задньої стінки горла, задніх піднебінних дужок і піднебінного язичка у них мала рожевий колір, нормальну вологість, нормальну консистенцію. В контрольній групі фарингоскопічна картина нормалізувалась на 3-4-й день лікування у 7 пацієнтів. Стерпність фурасолу у всіх хворих виявилась доброю, побічних ефектів та інших небажаних явищ не відмічалось у жодного пацієнта.

Таким чином, застосування фурасолу в місцевому лікуванні гострого фарингіту у дорослих виявилось ефективним. На підставі отриманих результатів можна рекомендувати фурасол в місцевому лікуванні гострого фарингіту у дорослих як антибактерійний засіб.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГАТИЛИН ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ГНІЙНОГО ОТИТУ В ДОПЕРФОРАТИВНІЙ СТАДІЇ У ДОРΟΣЛИХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Мета нашої роботи – аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Гатилин для загального лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочались з 2012 року. За період з 2012 по 2014рр. оториноларингологами Тернопільщини опубліковано 1 наукову роботу по застосуванню препарату Гатилин для загального лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ). Ця публікація є тезами.

І.В. Мальована, Г.С. Протасевич, І.М. Бутвін і співавтори (2012) в тезах «Застосування Гатиліну в лікуванні гострого середнього гнійного отиту у дорослих» наводять дані про використання фторхінолону IV-го покоління Гатиліну (гatifлораксацину) як антибактерійного засобу в комплексному лікуванні гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у 12 хворих віком від 20 до 42 років. Пацієнти отримували Гатилін (гatifлораксацин) і загальноприйняте лікування. Гатилін (гatifлораксацин) призначався по 1 таблетці (200 мг) двічі на день протягом 7 днів. Отримано добрі результати. Підкреслюється, що застосування препарату Гатилін (гatifлораксацин) для лікування хворих на гострий середній гнійний отит в доперфоративній стадії підвищує ефективність терапії пацієнтів з цією патологією. На підставі отриманих результатів автори рекомендують даний препарат для лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії як антимікробний і протизапальний засіб.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2012 по 2014рр. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Гатилін для загального лікування гострого середнього гнійного отиту в доперфоративній стадії у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості будуть мати певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів, а також для інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

Яшан А.О., Дужик У.Р., Чортківський Т.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ АЗИКЛАР ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРОСЛИХ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»,
Чортківська ЦКРЛ*

Метою нашої роботи є аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини по застосуванню препарату Азиклар для загального лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цього питання розпочалися з 2012 року. За період з 2012 по 2014рр. оториноларингологи Тернопільщини опублікували 1 наукову роботу по застосуванню препарату Азиклар для загального лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Наукова робота опублікована в «Журналі вушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ) і є тезами.

А.І. Гарасимів, О.І. Яшан, Г.С. Протасевич і співавтори (2012) в тезах «Комплексне лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу з застосуванням Азиклару у дорослих» повідомляють про використання антибактерійного і протизапального препарату Азиклар (кларитроміцин) в комплексному лікуванні 10 хворих віком від 19 до 39 років, що страждали гострим гнійним верхньощелепним синуситом. Азиклар призначався досередини по 1 таблетці (250 мг) двічі на день протягом 7 днів. Лікування виявилось ефективним. Підкреслюється, що застосування антибіотика Азиклар (кларитроміцин) в лікуванні хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит підвищує ефективність терапії пацієнтів з цією патологією. Автори рекомендують даний препарат для лікування хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит як антибактерійний і протизапальний засіб.

Таким чином, оториноларингологи Тернопільщини за період з 2012 по 2014рр. опублікували 1 наукову роботу (тези) по застосуванню препарату Азиклар для загального лікування гострого гнійного верхньощелепного синуситу у дорослих. Вважаємо, що наведені в нашій публікації відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для оториноларингологів та інших фахівців (терапевтів, сімейних лікарів та ін.).

СТОРОННІ ТІЛА ВУШНОЇ РАКОВИНИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Кам'янець-Подільська міська лікарня № 1,
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»,
Чортківська ЦКРЛ,
Бучацька ЦКРЛ*

Вступ. Сторонні тіла вушної раковини зустрічаються порівняно рідко. Ними можуть бути: риболовний гачок [1,2]; металічний осколок гільзи патрона [3]; пластмасові гвинтики від кульчиків [2,4]; капронова лігатура з вузликом [2]. В доступній літературі ми знайшли лише 4 публікації стосовно сторонніх тіл у вушній раковині у вигляді описання окремих спостережень з практики, в яких наводиться 6 випадків сторонніх тіл цього відділу зовнішнього вуха. Так, І.М. Фальфушинський [1], Г.А. Гаджимірзаєв і Б.М. Мамаєва [2], О.В. Козін [3] описують по 1 випадку сторонніх тіл вушної раковини, а В.М. Бобров [4] – 3 випадки. Сторонні тіла можуть бути в одній вушній раковині [1,3,4] та в обох вушних раковинах [2,4]. Природньо, що наявність сторонніх тіл у вушній раковині представляє інтерес для поглибленого вивчення. Ми не знайшли оглядових робіт, в яких би детально систематизувались сторонні тіла вушної раковини. В зв'язку з цим, вважаємо за доцільне проаналізувати сторонні тіла вушної раковини за даними літератури. На нашу думку, цей огляд може бути корисним з пізнавальної, теоретичної і практичної точок зору як для оториноларингологів, особливо початківців, так й для інших фахівців (загальних хірургів, щелепнолицевих хірургів, травматологів, косметологів та ін.).

Матеріали і методи. Проведено вивчення і систематизація літератури стосовно сторонніх тіл вушної раковини.

Результати дослідження та їх обговорення. Дані літератури свідчать про те, що сторонні тіла попадають у вушну раковину за наявності наступних умов: 1) при ловлі риби; 2) при вогнепальному пораненні; 3) при проколі часточок вушних раковин для носіння кульчиків; 4) при проведенні косметичної операції на вушній раковині. Згідно з цією класифікацією ми будемо подавати матеріал цієї статті.

1. Сторонні тіла при ловлі риби. І.М. Фальфушинський [1] описав хворого 17 років з незвичайним стороннім тілом у вушній раковині – риболовним гачком. Пацієнт звернувся до оториноларинголога зі скаргами на колючі болі в ділянці лівої вушної раковини. Із анамнезу встановлено, що 4 дні тому під час ловлі риби при закиданні вудилища гачок захопив ліву вушну раковину. Останній обломився при спробі видалити його. На рентгенограмі лівої вушної раковини визначалось стороннє тіло – гачок. Інфікування вушної раковини призвело до запалення охрястя – перихондриту. Проведено розкриття раневого каналу, стороннє тіло і некротизовані ділянки хряща видалені. Подібний випадок описав В.М. Бобров [4] у хворого також 17 років. Різниця була в тому, що пацієнт звернувся відразу за медичною допомогою і ускладнення у вигляді перихондриту вушної раковини не розвинулось. Хворий скаржився на наявність стороннього тіла в правій вушній раковині (риболовного гачка). На рибалці при різкому ривку вудилища гачок ввіткнувся в праву вушну раковину. При огляді встановлено, що в ділянці завитка правої вушної раковини знаходиться риболовний гачок. Останній було видалено.

2. Сторонні тіла при вогнепальному пораненні. О.В. Козін [3] спостерігав незвичайне стороннє тіло вушної раковини (металічний осколок гільзи патрона) в результаті вогнепального поранення у хворого 25 років. Пацієнт скаржився на біль і припухлість лівої вушної раковини. 3 дні тому при спробі «розрядити» патрон пістолета, ударяючи по капсюлю молотком виник постріл. Спочатку мало місце невелике садно на шкірі вушної раковини. Через день з'явилась болісність лівої вушної раковини при натискуванні на неї і почервоніння шкіри раковини. Під час огляду виявлено, що на передній поверхні лівої вушної раковини, відступивши вниз від верхнього краю завитка на 0,5 см, мало місце садно, вкрите кіркою, довжиною 0,5-0,8 см. в ділянці верхньої третини завитка вушної раковини визначалась припухлість, невелика гематома.

При пальпації цієї ділянки з'явилась болісність, а в товщі верхнього краю завитка відчувалось ущільнення. На рентгенограмі лівої вушної раковини визначалась тінь металічної щільності біля краю завитка верхньої частини вушної раковини. Під час операції видалено плоский металічний осколок гільзи патрона неправильної форми з нерівними краями, розміром 1x0,5 см [3].

3. Сторонні тіла при проколі часточок вушної раковини для носіння кульчиків.

Г.А. Гаджимірзаєв і Б.М. Мамаєва [2] описали випадок стороннього тіла в часточках обох вушних раковин у хворої 8 років. Сутність цього випадку в наступному. Мати дівчинки, невдало знімаючи з її вух кульчики під назвою «Гвоздика», залишила в товщі часточок пластмасові гвинтики. В дитячій поліклініці спроба їх видалення була безуспішною. При огляді виявлено, що обидві часточки вушних раковин припухлі, інфільтровані, шкіра навколо отворів для кульчиків дещо гіперемійована. Запальна реакція з часточок частково переходила на сусідні ділянки вушних раковин. При пальпації відмічалась помірна болісність, а в глибині часточок прощупувались щільні горбисті тіла. Після стихання запалення часточок, в результаті проведеної протизапальної терапії, на третю добу від моменту поступлення в стаціонар були витягнуті сторонні тіла. Ними виявились пластмасові гвинтики конусоподібної форми.

В спостереженні В.М. Боброва [4] хвора 17 років поступила в стаціонар з сторонніми тілами в часточках обох вушних раковин. В 6-річному віці їй були зроблені проколи часточок вух і встановлені кульчики з пластмасовими гвинтиками. Після 1 року в зв'язку з запаленням часточок вушних раковин кульчики були зняті, а гвинтики зняти не вдалося. При поступленні в стаціонар хвора скаржилась на ущільнення в часточках вушних раковин. Під час пальпації часточок прощупувались горбисті щільні тіла розміром з горошину. Проведено видалення сторонніх тіл. Ними виявились пластмасові гвинтики округлої форми, 6 мм в діаметрі і товщиною 3 мм. Особливість даного випадку в тому, що сторонні тіла в часточках вушних раковин перебували тривало (10 років), зазначає автор.

4. Сторонні тіла при проведенні косметичної операції на вушній раковині.

В.М. Бобров [4] описав хвору 21 року з стороннім тілом правої вушної раковини. Пацієнтка скаржилась на болісну припухлість правої вушної раковини, яка з'явилась 2 дні тому. Із анамнезу встановлено, що 7 років тому хвора перенесла косметичну операцію на вушній раковині. Під час огляду встановлено на задній поверхні правої вушної раковини вздовж завитка рубець від раніше проведеної косметичної операції. В верхньому відділі рубця болісна припухлість і гіперемія шкіри, діаметром до 1,5 см, з просвітленням в центрі. Під час операції вилучена тонка капронова лігатура з вузликом на кінці. Мала місце лігатурна нориця вушної раковини, що виникла через 7 років після косметичної операції на вушній раковині [4].

Отже, наведені вище випадки сторонніх тіл вушної раковини є вельми цікавими принаймні в трьох аспектах: 1) характером сторонніх тіл; 2) способом їх попадання у вушну раковину; 3) клінічними проявами.

Висновки

1. Сторонні тіла вушної раковини зустрічаються порівняно рідко. 2. Сторонні тіла можуть локалізуватись власне у вушній раковині та в її часточках. 3. Сторонніми тілами вушної раковини були: риболовний гачок; металічний осколок гільзи патрона; пластмасові гвинтики від кульчиків; капронова лігатура з вузликом на кінці. 4. Способи попадання сторонніх тіл у вушну раковину були різні: при ловлі риби; при вогнепальному пораненні; при проколі часточок вушних раковин для носіння кульчиків; при косметичній операції на вушній раковині. 5. Сторонні тіла зустрічались в одній вушній раковині, в часточках обох вушних раковин. 6. Клінічні прояви сторонніх тіл вушної раковини були різними. 7. Способи видалення сторонніх тіл визначались їх локалізацією у вушній раковині та характером стороннього тіла.

Література

1. Фальфушинский И.М. Необычное инородное тело в ушной раковине // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1981. – №2. – С.81. 2. Гаджимирзаев Г.А., Мамаева Б.М. Инородное тело в мочке обеих ушных раковин // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1990. – № 6. – С. 53-54. 3. Козин О.В. Инородное тело ушной раковины в результате огнестрельного ранения // Вестник оториноларингологии. – 2003. – № 5. – С.55. 4. Бобров В.М. Бы-

товые и огнестрельные инородные тела мягких тканей уха и носа //Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 3. – С. 71-72.

Яшан О.І., Протасевич Г.С., Корицький В.Г., Шевага І.В

ПОКАЗАННЯ ДО АДЕНОТОМІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»,
Обласна комунальна дитяча клінічна лікарня,
Кам'янець-Подільська міська лікарня №1*

Аденотомія – операція, як правило, дитячого віку. Рідко вона проводиться у дорослих. Операція виконується при аденоїдних вегетаціях II і III ступеня, які викликають зміни в організмі. Проте іноді доводиться оперувати хворих з аденоїдами I ступеня. Це стосується особливо осіб, які готуються до тимпанопластики. Плоскі, що стеляться, аденоїди, які прикривають горлові отвори слухових труб, навіть невеликі, що не супроводжуються помітним порушенням носового дихання, перед тимпанопластикою підлягають усуненню. Така тактика себе виправдовує в усіх випадках патології середнього вуха, особливо при наглій отореї слизового чи слизово-гнійного характеру у хворих на мезотимпаніт з супутнім тубоотитом.

Показаннями до аденоотомії служить не тільки величина аденоїдів, а й викликані ними зміни в організмі. На підставі даних літератури і власних спостережень (820 аденоотомій) ми вважаємо, що показаннями до аденоотомії є утруднення носового дихання, хронічний сальпінгоотит, хронічний середній гнійний отит, хронічний катаральний середній отит, дисфункція слухової труби у дітей, хронічний верхньощелепний синусит, хронічний фарингіт, захворювання бронхолегеневої системи, які ставляться в залежність від наявності аденоїдних вегетацій чи то у дітей, чи то у дорослих.

Таким чином, показання до аденоотомії самі різноманітні, які викликають функціональні зміни з боку порожнини носа (утруднення носового дихання), призводять до виникнення захворювань ЛОР – органів (середнього вуха, верхньощелепних пазух, горла) і бронхолегеневої системи.

Яшан О.І., Протасевич Г.С., Шевага Б.І., Вівчар І.Я.

«ЗОВНІШНІЙ АДЕНОЇДИЗМ» У ДІТЕЙ НА АДЕНОЇДНІ ВЕГЕТАЦІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»,
Кам'янець-Подільська міська лікарня №1
Копичинецька КРЛ №2*

Аденоїдні вегетації (аденоїдні розростання, аденоїди) спостерігаються у дітей, як правило, до періоду статевого дозрівання (А.А. Лайко і співавт., 2010). Але ця патологія може бути і в дорослих (А.А. Лайко і співавт., 2010; О.І. Яшан і співавт., 2011). Серед багатьох ознак у дітей, які страждають на аденоїдні вегетації, доволі часто має місце синдром, який отримав назву «аденоїдний тип обличчя», або «зовнішній аденоїдизм». Він включає такі симптоми, як характерний безглуздий вираз обличчя з напіввідкритим ротом, згладженість м'язів обличчя, піднятість догори і деяка стоншеність верхньої губи, деяка атрофія верхньої щелепи, гіпертрофія нижньої щелепи, порушення прикусу (відкритий прикус), вистояння верхньої щелепи вперед. Як відмічають Д.І. Заболотний і співавтори (2009) та А.А.Лайко і співавтори (2010), «зовнішній аденоїдизм» зустрічається у 40% дітей на аденоїдні вегетації.

Ми вивчали частоту «зовнішнього аденоїдизму» у дітей на аденоїдні вегетації. Ступінь аденоїдів визначали по відношенню їх до хоан. Якщо горловий мигдалик займав склепіння носової частини горла і спускався трохи нижче, то такий стан відносили до I ступеня. У разі, коли горловий мигдалик закривав $\frac{1}{3}$ просвіту хоан, такий стан відносили до II ступеня. До III ступеня відносили стан, при якому, горловий мигдалик закривав $\frac{2}{3}$ просвіту хоан і більше.

Під нашим спостереженням знаходилось 280 дітей на аденоїдні вегетації віком від 5 до 14 років. «Зовнішній аденоїдизм» мав місце у 115 (41 %). Він відмічався у дітей на аденоїдні вегетації II і III ступеня. Всі діти були піддані аденотомії. Для виконання операції застосовувався аденотом Бекмана. Після введення аденотома в носову частину горла усунення аденоїдів проводилось трьома зрізальними рухами аденотома: один посередині і по одному по боках носової частини горла. Розмір аденотома підбирався, враховуючи вік дитини. Діти спостерігались протягом одного року після операції. Зникнення «зовнішнього аденоїдизму» не відмічалось у жодної дитини. Хіба що у деяких пацієнтів відзначалось невелике зменшення його симптомів.

Таким чином, «зовнішній аденоїдизм», за нашим спостереженнями, мав місце у 41 % дітей на аденоїдні вегетації. Зникнення цього синдрому не відбувалось на протязі одного року спостереження за оперованими дітьми.

Секція 4. «ОХОРОНА МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА»

Підсекція А. «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»

УДК: 618.396-02:618.25-07:575

Бойчук А. В., Нікітіна І. М., Хлібовська О.І., Коптюх В.І.

ПРОГНОЗУВАННЯ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ БАГАТОПЛІДІ ШЛЯХОМ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ

*Сумський державний університет
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Нами було обстежено 180 жінок з багатоплідною вагітністю, з них у 84 пацієнток з загрозою самовільного викидня.

Отримані результати проведеного молекулярно-генетичного тестування показали, що мутація MTHFR C677T виявлена у 32 жінок (38,1 %), поліморфізм гена PAI-1 675 5G/4G у 16 (19,04 %), FV (Leiden) G1691A у 7 (8,3 %), FII G20210A у 1 (1,2 %) та поєднання цих мутацій у 28 (33,3 %). Згідно отриманих даних частоти різноманітності генотипу мутації гена MTHFR C677T встановлено, що у жінок основної групи гетерозиготний генотип зустрічався частіше (51,2 %) у порівнянні з контрольною групою (13,5 %), а гомозиготний варіант носійства цього гену зустрічався у 3 рази частіше (15,4 %) ніж у контрольній групі. Аналіз мутації гена PAI-1 675 5G/4G у групі жінок з невиношуванням вагітності показав зниження частки нормального генотипу 5G/5G (54,8 %) у порівнянні з контрольною групою (75,7 %, $p < 0,05$). В той час частка гетеро- і гомозиготних носіїв генотипів була вищою порівняно з контрольною групою (25,0 % і 20,2 %, проти 18,9 % і 5,4 %). У групі жінок з багатоплідною вагітністю, що мали ознаки її переривання на ранньому терміні виявили високу частоту гетеро- і гомозиготної мутації FV (Leiden) G1691A (12,8 %, 2,6 %) у порівнянні з показниками контрольної групи (2,7 %, 0 %).

Таким чином, комбінація як гомо- так і гетерозиготних генотипів MTHFR C677T, FV (Leiden) G1691A, FII G20210A та PAI-1 675 5G/4G асоціюється з ризиком розвитку репродуктивних втрат.

УДК: 618.14 – 006.36 – 089.163/.168 – 07.616.89 – 008.19

Бойчук А. В., Сопель В. В., Бегош Б. М., Формазюк Т. В.

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ І ТЕМПЕРАМЕНТУ ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ КЛОНІНДЖЕРА У ЖІНОК З ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Об'єктом лікувальної діяльності в гінекології є статеві органи жінки, що ускладнює роботу гінеколога, переплітаючись з безліччю психологічних, соціальних та етичних проблем. Жінки звертаються до лікаря з соматичними скаргами, але крім цього гінекологу доводиться стикатися з безліччю психологічних проблем.

Саме тому метою нашого дослідження було визначення особливостей особистості і темпераменту хворих міомою матки репродуктивного та старшого репродуктивного віку за опитувальником Клонінджера, до та після оперативного лікування.

В обстеженні взяли участь 105 жінок у віці від 45 і до 50. Всім хворим з міомою матки до та після операції (а саме гістеректомій, міомектомій та емболізації маткових артерій) проводи-

ли визначення особливостей особистості і темпераменту за опитувальником Клонінджера «Структура темпераменту і характеру». Дослідження проводилося на базі ТМКЛ «2 (гінекологічного відділення).

Таким чином, за допомогою опитувальника Клонінджера встановлено, що у жінок з об'ємом оперативного втручання ЄМА підвищенні показники стресостійкості (підвищення «Спіритуалізму» СТЗ (+0,22(±0,01)) та зниження «Рефлексії» ПН2(-0,24(±0,03)), в порівнянні з жінками, яким були проведені міомектомії та гістеректомії (у них спостерігалася підвищена «Імпульсивність» ПН2 (+0,40(±0,04)) та «Астенія» ІО4 (+0,36(±0,06)). Отримані дані потребують обов'язкового врахування при розробці заходів медико-психологічного супроводу в комплексній системі реабілітації жінок до та після оперативного втручання з приводу фіброміоми матки.

Геряк С.М., Стельмах О.Є., Багній Н.І., Корда І.В., Петренко Н.В., Кузів І.Я.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ НЕВИНОШУВАННЯ У ЖІНОК З НЕЙРОЕНДОКРИННИМИ ПОРУШЕННЯМИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Проблема ранніх втрат вагітності залишається актуальною, оскільки вони є найбільш частим гестаційним ускладненням і не мають тенденції до зниження. Згідно із сучасними уявленнями, до 80% усіх втрат вагітності припадає на ранні терміни. Не дивлячись на досягнення, отримані в методах лікування невиношування вагітності, частота передчасного переривання бажаної вагітності залишається високою і є вагомою часткою перинатальних втрат. Тому важливим моментом у клініці переривання вагітності в І триместрі є призначення патогенетично обґрунтованої терапії, яка б була безпечною для плода.

Мета дослідження – розроблення алгоритму профілактики невиношування вагітності у вагітних із загрозою самовільного викидня в І триместрі вагітності, а саме використання мікронізованого натурального прогестерону – Лютеїна, у формі вагінальних таблеток по 100мг (по 2 таб.) 2 рази на добу.

Об'єктом дослідження були вагітні жінки які перебували в гінекологічному відділенні Тернопільського обласного перинатального центру “Мати і дитина” і отримували лікування з приводу загрози переривання вагітності, Термін вагітності – від 8 до 12 тиж. В залежності від методу лікування жінки були поділені на дві підгрупи, рандомізовані по віку, наявності супутньої патології, вираженості ознак загрози переривання вагітності.

Вагітні І групи (група порівняння) отримували загальноприйнятую терапію – папаверин, прогестерон, вібуркол, магне В6, яких ми віднесли до групи порівняння. Жінки другої групи поряд зі спазмолітичною терапією отримували Лютеїну по 100 мг двічі на день вагінально. Для визначення ефективності запропонованого комплексу лікувальних заходів усім вагітним при госпіталізації та на 14 добу лікування проводили УЗД. Також в зазначені терміни досліджували основні маркери переривання вагітності: концентрацію вільного естріолу та прогестерону.

Під час дослідження було виявлено, що призначення препарату: Лютеїна на етапі лікування загрози переривання вагітності покращувало (порівняно з групою жінок, які отримували загальноприйнятую терапію) стан вагітних, як за клінічним перебігом вагітності, так і за ознаками біохімічного й ультразвукового скринінгу.

Отже, призначення вагінального мікродозованого прогестерону – Лютеїни забезпечує гальмівну дію на скоротливу активність міофібрил, упереджує виникнення плацентарних судинних ускладнень, що зумовлює пролонгування вагітності та попереджає репродуктивні втрати. При вагінальному введенні Лютеїни прогестерон транспортується безпосередньо в ендометрій матки, який є фізіологічним місцем накопичення гормону, потрапляючи в систему кровообігу, минувши печінковий метаболізм.

Таким чином, вагінальне застосування мікронізованого прогестерону дає змогу створити достатню концентрацію гормону в органі-мішені – матці, і в результаті менше навантажує організм гормоном і його метаболітами, у порівнянні з іншими формами введення.

УДК 618.3.-06:[616-056.52+616.36]

Геряк С.М., Стельмах О.Є., Петренко Н.В., Кузів І.Я., Багній Н.І., Корда І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПОЄДНАННЯМ ОЖИРІННЯ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Серед патологічних станів в акушерстві проблема захворювань печінки продовжує зберігати свою актуальність, оскільки цей патологічний стан призводить до серйозних ускладнень вагітності, післяпологового періоду, збільшення перинатальної смертності і негативно впливає на подальший нервово-психічний розвиток дітей. Одночасно, ожиріння створює передумови для розвитку преєклампсії, дисфункції плаценти, невиношування, безпліддя та інших захворювань. Поширеність ожиріння серед вагітних коливається в межах від 9 до 20 %.

Не зважаючи на безперечний прогрес і численні мультидисциплінарні фундаментальні і клінічні дослідження у вивченні глобальної проблеми перебігу вагітності на фоні патології печінки та ожиріння, залишаються невирішеними і потребують подальшого вивчення принципи діагностики, розвитку патогенетичних механізмів та чинників ризику акушерських та перинатальних ускладнень, розробка лікувально-організаційних заходів, скерованих на зниження ускладнень.

Тому, *метою* дослідження було удосконалення комплексу заходів пренатальної підготовки до розродження жінок з ожирінням і захворюваннями печінки шляхом зниження впливу гепато-метаболічних порушень у вагітних цієї категорії.

Для вирішення цієї мети нами було обстежено 48 вагітних основної групи (з ожирінням і захворюваннями печінки) та 30 вагітних контролю. Розроблено план обстеження, який містив проведення загальноклінічних, функціональних, біохімічних та інструментальних методів дослідження, а також математико-статистичну обробку отриманих кількісних даних.

Результати дослідження. При дослідженні біохімічних показників крові було виявлено, що в основній групі спостерігалася гіпопротеїнемія. Загальний білок у жінок основної групи становив $(54,4 \pm 0,3)$ г/л, що на 21,9 % нижче порівняно з групою контролю $(66,5 \pm 1,1)$ г/л.

Аналіз протеїнограми підтвердив дані літератури про наявність гіпопротеїнемії при ожирінні здебільшого за рахунок альбумінових фракцій. Зниження білків крові у вагітних з ожирінням можна пояснити не лише порушенням функції печінки, але й існуючою, нерідко до вагітності, анемією, використанням білків матері для зростаючих потреб плода, підвищеною втратою із сечею при гестозі, а також недостатнім надходженням з їжею. Зниження альбумінових фракцій можна пов'язати з обтяжуючим впливом ожиріння на перебіг вагітності і станом гіпоестрогенії. Гіпопротеїнемія і гіпоальбумінемія сприяють виникненню набряків у вагітних з ожирінням, що підтверджується нашими даними. Показники білірубіну, АсТ і АлТ були дещо підвищеними в основній групі порівняно з контрольною групою. Підвищення рівня креатиніну зумовлюється як посиленням його утворенням, так і затримкою в організмі внаслідок порушення клубочкової фільтрації, пов'язаної з тенденцією до порушення функції нирок у вагітних з ожирінням. Дис- і гіпопротеїнемія, особливо за рахунок гіпоальбумінемії, встановлені у 65 % пацієнток з основної групи, причому їх частота і вираженість збільшувалися пропорційно до ступеня ожиріння. Альбуміни є основними транспортерами мікроелементів, в свою чергу дисбаланс мікроелементів впливає на синтез і обмін білка. При прогресуванні ожиріння дефіцит загальнобілка зростає і, відповідно, збільшувалася частота гестозів.

Одночасно, нами встановлено порушення у вагітних всіх ланок гемостазу при ожирінні і патології печінки, причому вірогідно вище, ніж при ізольованих формах цих захворювань. Спостерігаються зміни коагуляційної ланки гемостазу і антикоагуляційної системи, гіперкоагуляційні зрушення по зовнішньому і внутрішньому шляхах згортання.

При наростанні тяжкості ожиріння на тлі захворювань печінки розвивається помірна тромбоцитопенія, збільшується гіперкоагуляція і приєднуються порушення антикоагуляційної системи. Нами при обстеженні вагітних виявлено зниження числа тромбоцитів у 48 % випадків в основній групі. Відбувається вкорочення часу згортання, часу рекальцифікації, відзначається зростання протромбінового індексу і рівня фібриногену. При визначенні рівня гематокриту його підвищення відзначалося у 43 % обстежених, що вказувало на наявність гемоконцентрації і гіповолемії, які є супутні при цьому ускладненні вагітності. Це свідчить про наявність гіперкоагуляційних зрушень судинно-тромбоцитарного і коагуляційного гемостазу, що при підвищеному тромбіновому часі у вагітних основної групи може сприяти хронічного синдрому внутрішньосудинного згортання і призводити до порушень мікроциркуляції, змін реології крові.

Таким чином, при вагітності на фоні ожиріння в поєднанні з патологією печінки відмічається розвиток атерогенної дисліпідемії, яка супроводжується більш глибокими порушеннями всіх ланок гемокоагуляції: відбувається вкорочення часу згортання, часу рекальцифікації, відзначається зростання протромбінового індексу і рівня фібриногену. В організмі вагітних з поєднаною екстрагенітальною патологією, а саме, ожиріння в поєднанні з патологією печінки, створюються сприятливі умови для активації згортальної і фібринолітичної систем крові. Функціональні зміни, які призводять до гіперкоагуляції, і органічні (зміни в печінці), що сприяють гіпокоагуляції, становлять реальну загрозу розвитку ДВЗ у жінок з поєднанням ожиріння і захворюваннями печінки.

УДК: 617.4-089.5

Калашник Н.В., Нікітіна І.М., Шадріна В.С., Ониськів Б.О.

ЕФЕКТИВНІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ

*Сумський державний університет
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Для визначення найбільш досконалого методу знеболення було проведено клінічне дослідження. Для дослідження було відібрано 2 групи роділь, чисельність кожної групи 40 жінок:

1-ша група – жінки, котрим проводилась епідуральна анестезія.

2-га група – жінки, котрим проводилось спіно-епідуральної анестезія.

1-ша група: 40 жінок:

Біль перед процедурою – оцінювали як 7 балів– 7 жінок (17,5%), як 8 балів– 8 жінок (20%), як 9 балів– 21 жінка (52%), як 10 балів– 4 жінки (10%).

через 5 хв. після проведення знеболення – оцінювали як 7 балів– 9 жінок (22,5%), як 8 балів-10 жінок (25%), як 9 балів– 21 жінка (52,5%).

через 30 хв – оцінювали як 1 бал – 26 жінок(65%) , як 2 бали – 9 жінок (22,5%) , як 3 бали– 3 жінки (7,5%), як 4-6 балів– 2 жінки(5%) .

через 1 год. – оцінювали як 7 балів-21 жінка (52,5%) , як 6 балів-16 жінок (40%) , як 5 балів-3 жінки (7,5%) .

2-га група:

40 (100 %) жінок – біль перед процедурою – оцінювали як 7 балів -6 жінок (15%),8 балів – 12 жінок (30%), як 9 балів – 19 жінок (47,5%) , як 10 балів-3 жінки (7,5%) .

через 5 хв. – оцінювали як 2 бали-18 жінок (45%), як 3 бали-12 жінок (30%) , як 4 бали-7 жінок (17,5%), як 5 балів – 3 жінки (7,5%) .

через 30 хв. – оцінювали як 1 бал – 24 жінки (60%), як 2 бали – 10 жінок (25%) , як 3 бали – 4 жінки (10%) , як 4 бали – 2 жінки (5%) .

через 1 год. – оцінювали як 1-3 бали – 27 жінок (67,5%), як 4-6 балів – 13 жінок (32,5%).

Проведене нами дослідження засвідчило, що немає достовірної залежності методики знеболення та результативності пологів, про що свідчить частота кесарського розтину від 2,5% до 5% у всіх групах.

УДК: 618.39-02:618.175-06:616.36/.361]-085.322

Лимар Л.Є., Маланчук Л.М., Лимар Н.А., Маланчин І.М., Кучма З.М.

ВИКОРИСТАННЯ ФІТОЦИЛІНДРІВ ДЛЯ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ У ЖІНОК З ОЛІГОМЕНОРЕЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
ТОКПЦ «Мати і дитина»*

Впродовж багатьох десятиліть кількість захворювань жіночих статевих органів зростає, незважаючи на значні досягнення медичної та фармацевтичної науки. Особливої уваги заслуговують дисгормональні захворювання, що нерідко є причиною порушення репродуктивної функції. Оскільки печінка відповідає за метаболізм гормонів, у жінок із хронічними захворюваннями печінки та жовчовивідних шляхів (ХЗПЖШ) виникають порушення менструальної функції, зокрема, олігоменорея, а також знижується рівень імунного захисту, що спричиняє запальні захворювання піхви та шийки матки. Після лікування кольпіту чи цервіциту нерідко спостерігаються вагінози, які потребують корекції біоценозу піхви. Метою нашого дослідження була оцінка впливу фітоциліндрів на екосистему піхви в лікуванні та профілактиці в програмі прегравідарної підготовки жінок із вказаною патологією.

Нами обстежено 60 жінок дітородного віку від 18 до 46 років, які впродовж 2-15 років страждають ХЗПЖШ та олігоменореєю від 3 до 10 років. У 36 (60,0 %) відмічається хронічний гепатит, у 14 (23,3 %) – хронічний холецистит, у 10 (16,7 %) – хронічний холецистохолангіт. 30 пацієнткам в програмі прегравідарної підготовки застосовували запропонований фітопрепарат, 30 пацієнток не отримували профілактичного засобу. Цим пацієнткам проводилось загальні клінічні дослідження крові, сечі, визначення білірубіну, холестерину, загального білка, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЛФ, Ig A, M, G, мікроскопічне дослідження ступеню чистоти вагінального вмісту, бактеріологічне дослідження вмісту цервікального каналу. У жінок, які страждають олігоменореєю спостерігається зижня місцевого імунітету. Розроблена програма прегравідарної підготовки для жінок з олігоменореєю, які страждають вагінозами різного генезу. Ми включали в комплекс лікування фітоциліндри, які містять ліпофільний комплекс плодів шипшини та екстракт ромашки. Фітоциліндри вводились інтравагінально на ніч протягом 10 днів з метою нормалізації екосистеми піхви перед плануванням вагітності. Контрольні дослідження мікроскопічного та бактеріологічного дослідження вагінального вмісту проводилось через місяць після чергової менструації та через 6 місяців. Виявлено стійку нормалізацію екосистеми піхви у 23 (76,7 %) жінок піддослідної групи. У групі контролю нормальний стан екосистеми піхви спостерігався у 12 (40,0 %) жінок. Після припинення терапії прояви захворювань відновлювались в 2 рази частіше у пацієнток, які не застосовували вказане лікування. Нами планується продовжувати дослідження порушень екосистеми піхви при зниженій функції яєчників на тлі екстрагенітальної патології та розробити адекватні методи корекції цих порушень з урахуванням супутньої патології.

Таким чином, у жінок з олігоменореєю на тлі хронічних захворювань печінки та жовчовивідних шляхів виникають порушення екосистеми піхви, а саме: кольпіти, цервіцити, вагінози. Застосування фітоциліндрів, які містять ліпофільний комплекс плодів шипшини та екстракт ромашки, забезпечує стійку нормалізацію екосистеми піхви у 76,7 % жінок.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОЦИЛІНДРІВ У АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Порушення мікробіоценозу статевих шляхів та зниження імунологічної реактивності в післяпологовому періоді підвищує ризик розвитку інфекції в рані, що зумовлює зростання післяпологових та післяопераційних інфекційних ускладнень. При цьому порушується нормальний перебіг післяпологового періоду, збільшуються термін перебування пацієнток у стаціонарі та затрати на лікування. В разі несвоєчасного та неадекватного лікування післяпологових розривів шийки матки в подальшому у жінок можуть виникати ерозія та ектропіон.

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування фітоциліндрів у породіль з післяпологовими розривами шийки матки і піхви та гінекологічних пацієнток з ерозією шийки матки.

Проведено комплексне обстеження 65 породіль, які були поділені на дві групи. Першу групу склали 35 жінок з розривами піхви та шийки матки після пологів, які отримували фітоциліндри профілактичні з екстрактом бруньок берези протягом 10 днів. Екстракт бруньок берези та ліпофільний комплекс кісточок винограду, що входить до складу фітоциліндрів, мають протизапальну, знеболюючу, фунгіцидну, загоювальну та антибактеріальну дію. До другої групи увійшли пацієнтки з розривами шийки матки і піхви, які велися згідно з протоколами ведення післяпологового періоду.

Також під нашим спостереженням знаходилось 38 жінок з патологією шийки матки. Препаратом вибору для гінекологічних пацієнток були фітоциліндри профілактичні з ліпофільним комплексом плодів шипшини і екстракту ромашки. Вони мають протизапальну, спазмолітичну, ранозагоювальну, протимікробну дію, гарний дезодоруючий ефект. Фітоциліндри зроблені на НВ ТОВ «Житомирбіопродукт».

При клінічному обстеженні породіль обох груп у вихідному стані не було виявлено суттєвої різниці як у загальному стані пацієнток, так і у вираженості запальних змін. Проте, вже на другу добу лікування набряк та болючість в ділянці статевих органів у породіль першої групи були незначними, самопочуття не страждало, не спостерігалось ознак дискомфорту. Жінки, що використовували фітоциліндри профілактичні з екстрактом бруньок берези об'єктивно були активніші, ніж породіллі другої групи, суб'єктивно не відчували неприємних відчуттів, явища запалення були відсутні. У пацієнток другої групи відмічалися явища дискомфорту, як загального, так і місцевого характеру. При оцінці лабораторних показників запальної активності було виявлено достовірно нижче значення ШОЕ та лейкоцитозу у породіль першої групи, у жодному випадку не було зсуву лейкоцитарної формули вліво.

У гінекологічних пацієнток для діагностики ерозії шийки матки використовували огляд в дзеркалах, кольпоскопію, цитологічне та бактеріоскопічне дослідження. Після санації піхви жінки використовували протягом 10 днів фітоциліндри. Суб'єктивно вони відмітили зменшення кількості виділень з піхви, дискомфорту під час статевого акту. Одночасно відмічено виражений протизапальний і репаративний ефект.

Таким чином, у породіль з післяпологовими розривами спостерігався чітко виражений протинабряковий, протизапальний, вторинно-знеболюваний ефект, що сприяло скороченню термінів перебування їх у стаціонарі та швидкій реабілітації в післяпологовому періоді. Ефективність, простота використання та економічна доступність фітоциліндрів дозволяє рекомендувати їх для використання а акушерсько-гінекологічній практиці.

ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

¹ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

²ТОКПЦ "Мати і дитина"

Прееклампсія займає друге місце серед причин материнської смертності у всьому світі, призводячи до 63000-72000 смертей щороку.

За даними ВООЗ ця патологія є причиною загибелі більше ніж 500000 плодів та новонароджених на рік. Єдиним радикальним способом лікування важкої прееклампсії є розродження, на жаль у більшості випадків, передчасне.

Метою нашої роботи було проаналізувати перебіг передчасних пологів у жінок з прееклампсією та стан новонароджених.

Застосовували статистичні і загальноклінічні методи обстеження вагітних та породіль. Стан новонароджених від матерів з прееклампсією оцінювали за шкалою Апгар, ступінь дихальних розладів – за шкалою Сільвермана, враховували антропометричні дані, наявність синдромів дизадаптації.

Під нашим спостереженням було 108 пацієнток із прееклампсією середнього та важкого ступеня. Вік жінок коливався від 17 до 42 років. Першовагітних було 65 (60,2 %), повторно вагітних – 43 (39,8 %).

У 16 (14,8 %) пацієнток пологи відбулися в терміні гестації 22-27 тижнів, у 29 (26,8 %) – в терміні 28-32 тижні, а в 63 (58,4 %) – при вагітності 33-36 тижнів. Всі пологи були індуковані, які проводились згідно клінічних протоколів. Для підготовки шийки матки до пологів застосовували простагландини. Кесарський розтин проводили 37 (34,3 %) обстеженим, практично кожній третій пацієнтці.

У 74 (68,5 %) новонароджених виявили синдром затримки росту, що є ускладненням важкого перебігу прееклампсії.

При аналізі стану новонароджених від обстежених виявлено збільшення випадків асфіксії у дітей при прееклампсії тяжкого ступеня в порівнянні з прееклампсією середнього ступеня (відповідно 46,1 % проти 24,7 %). Асфіксію важкого ступеня діагностовано у 13 (12,0 %) новонароджених в терміні гестації 22-27 тижнів і у 4 (3,7 %) в терміні гестації 28-32 тижні.

Серед обстежених немовлят у 32 (29,6 %) діагностували гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи, яке проявлялось синдромом нервово-рефлекторної збудливості або пригнічення.

Таким чином, важкість стану новонароджених залежить від ступеня прееклампсії та терміну гестації. Важку асфіксію, патологічну втрату маси тіла плода, розвиток кон'югаційної жовтяниці діагностували у новонароджених від матерів з важкою прееклампсією.

У подальшому плануємо розробити лікувально-профілактичний комплекс для вагітних з прееклампсією для зменшення кількості передчасних пологів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ

Буковинський державний медичний університет

У сучасних умовах, серед факторів, що приводять до перинатальної патології та антенатальної загибелі плода, зростає роль ендокринопатій різного генезу, у тому числі і гіперандрогенії.

генії (ГА). У дітей від матерів, вагітність яких ускладнилася плацентарною дисфункцією, виявлені порушення адаптації в ранньому неонатальному періоді й у подальшому розвитку дитини.

Мета дослідження. Вивчити чинники ризику перинатального періоду та стан новонародженого при плацентарній дисфункції (ПД) у вагітних з гіперандрогенією.

Матеріал і методи. Нами проведено аналіз 160 історій пологів жінок з плацентарною формою дисфункції плаценти, що поступили в пологовий будинок № 2 протягом 2012-2015 рр. в терміні гестації від 30 до 40 тижнів та відповідно історій розвитку новонароджених

Першовагітних у досліджуваній групі було 72 (45%), повторновагітних – 88 (55%). Обтяжений акушерський анамнез мала кожна третя жінка. Перебіг даної вагітності був ускладненим у 138 (86,25%) жінок.

У 78,75% випадках зміни структури плаценти супроводжувались порушенням характеру серцевих скорочень у плода. У 40% спостережень була виявлена помірна (171-180 уд./хв.) тахікардія у плода. Також виявлено зниження кількості акцелерацій, ареакивний NST був у 48,75% вагітних.

Самопочуття новонароджених у ранньому неонатальному періоді відповідало прогнозу, який був отриманий при кардіомоніторному дослідженні, крім того спостерігалась певна залежність стану новонароджених від пригнічення окремих параметрів біофізичного профілю плода. По мірі пригнічення центрів рухової активності та тону су плода при гіпоксії у вагітних з ПД значно погіршується стан дітей при народженні (зменшується маса новонароджених, зростають прояви асфіксії).

Вагітність закінчилась терміновими пологамі у 67,5% жінок, передчасними у 32,5%. Середній термін вагітності при пологорозрішенні $36,8 \pm 1,2$ тижня. Частота кесаревого розтину складала 43,25%, з них за ургентними показами – 15%. У структурі показів до абдомінального розродження переважав дистрес плода – 68 (42,5%), дистрес плода в поєднанні з СЗРП – 56 (35%) випадків, неповноцінний рубець на матці – 22 (13,75%).

В асфіксії різного ступеня народилось 80% дітей. З оцінкою за шкалою Апгар 6-7 балів – 80 (50%), менше 4 балів (проводилась ШВЛ) – 8 (5%). Слід відмітити, що в переважній більшості випадків (60%) з ознаками асфіксії були народжені діти від роділь, що народжували через природні пологові шляхи. Діагноз гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС різного ступеню важкості поставлений у 70% новонароджених.

Хлопчиків народилось 46 (28,75%), дівчаток вдвічі більше – 114 (71,25%). Середня маса новонароджених дорівнювала $2505 \pm 26,8$ г, зріст $48,3 \pm 0,3$ см. Максимальна втрата маси тіла спостерігалась на 5-8 добу тільки у 32,6%, тоді як за середньостатистичними даними у здорових новонароджених даний процес відбувається у 80% випадків на 2-4 добу. Середня втрата маси тіла дорівнювала $139,8 \pm 2,7$ г, що перевищує середньостатистичні дані (102г). Кожна третя дитина з групи спостереження була переведена до дитячої лікарні.

Висновок. За рахунок високого рівня дистресу плода під час вагітності при плацентарній дисфункції значно збільшується кількість ургентних операцій кесарева розтину ($71,4 \pm 6,9\%$), що безумовно погіршує стан дітей при народженні та перебіг неонатального періоду.

УДК 618.36 – 008.64:611.665

Маринчина І.М., Камінська У.А., Сковронська О.Р.

МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет

Актуальність теми. Плацентарна дисфункція (ПД) – ключова проблема акушерства, неонатології та патологічної анатомії хвороб ante- та перинатального періоду, так як функціона-

льна неспроможність цього органа приводить до загрози переривання або невиношування вагітності, затримки росту і розвитку плода (ЗВУР) або його загибелі.

Мета дослідження. Вивчити на основі морфологічного дослідження паталогічні зміни плацент при дисфункції плаценти.

Матеріал і методи. Нами проведено морфометричне дослідження плацент від 30 породіль, вагітність яких протікала на фоні плацентарної дисфункції (основна група) та від 25 породіль з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група) в терміни гестації 36-40 тиж. При дослідженні плацент використані методичні рекомендації по стандартизації методів морфометрії плаценти, запропоновані А.П.Міловановим і А.І.Брусилівським.

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінивши форму плацент, ми встановили, що у жінок, перебіг вагітності яких ускладнювався ПД, плаценти мали округлу форму у 7 (28%) випадках, у той час, як у жінок з фізіологічним перебігом вагітності цей морфологічний показник зафіксовано у 19 (63,3%). 18 (72%) досліджуваних плацент жінок основної групи мали овальну форму, що у 2 рази перевищувало аналогічний показник у контролі – 11 (36,7%). При зовнішньому огляді материнської поверхні мала сіро-червоний колір, поділялась на котиледони. Чітко котиледони розділялися в плацентах контрольної групи (3 бали у 84% випадків), у жінок з ПД слабо були виражені кордони між дольками (2 бали у 48% випадків).

Вивчаючи варіанти прикріплення пуповини ми встановили, що у жінок з ПД центральне її прикріплення мало місце лише у 8 (32%) породіль, а у жінок з фізіологічним перебігом вагітності воно відмічено у 18 (60%). Бокове прикріплення пуповини спостерігалось у 13 (52%) вагітних основної групи, тоді як при фізіологічному перебізі вагітності даний варіант прикріплення фіксувався лише у кожній третій жінки – 10 (33,3%). Звертає на себе увагу високий відсоток крайового прикріплення плаценти у жінок з ПД у порівнянні з контрольною групою – 4 (16%) проти 2 (6,8%). За даними літератури, такі аномалії прикріплення пуповини супроводжуються диспластичними змінами кровеносного русла і обмеженням компенсаторно-приспосувальних реакцій плаценти.

Середня маса плаценти у пацієток з плацентарною дисфункцією склала $388,58 \pm 12,4$, в контрольній групі – $492,8 \pm 24,4\%$ ($p < 0,05$). Невідповідність середніх показників маси гестаційній нормі, ймовірно, пояснюється тим, що ефективна реалізація компенсаторно-приспосувальних реакцій плаценти можлива лише при адекватному функціонуванні матково-плацентарних судин. Середня площа плаценти у породіль основної групи $241,21 \pm 5,16$ см², в контрольній групі – $234,8 \pm 5,21$ см², також спостерігалась тенденція до потоншення плацент – $1,77 \pm 0,2$ см та $1,9 \pm 0,4$ см. Макроскопічно це проявлялось видимим сплюсненням та потоншенням посліду при даній патології. Плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) складав в основній групі $0,138 \pm 0,003$, в контрольній групі – $0,159 \pm 0,009$, що свідчить про зниження об'єму плацентарної тканини на одиницю маси тіла новонародженого при плацентарній дисфункції. Виявлені гістологічні зміни характеризувались важкими варіантами паталогічної незрілості плацентарної тканини: в 43,8 % – переважали проміжні незрілі ворсини, в 15,6 % – проміжні диференційовані ворсини, в 40,6 % – хаотичні склерозовані, що свідчить про відставання в розвитку ворсин на 6 тижнів.

Висновок. Аналіз морфометричних особливостей плацент показав, що у жінок з плацентарною дисфункцією плаценти відрізняються за формою, серед яких переважає овальна. У них частіше спостерігається ексцентричне прикріплення пуповини, видиме сплюснення та потоншення посліду, яке відображає зменшення маси, площі та товщини плаценти.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН ЗАТРИМКИ РОСТУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЛОДА

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Багаторічні спостереження вітчизняних та зарубіжних вчених та лікарів за розвитком дітей, народжених матерями з діагностованою затримкою росту плода складає в структурі причин перинатальної смертності біль 30 %, що дозволяє прийти до висновку, що зазначена патологія обумовлює не тільки різке збільшення перинатальної смертності, а й численні зміни в організмі дитини які впродовж перших років життя є причиною порушень в його фізичному та розумовому розвитку, а також підвищення соматичної та інфекційної захворюваності.

Затримку росту плода діагностують у дітей які мають недостатню масу тіла при народженні відносно гестаційного віку.

Нами проаналізовано 100 історій новонароджених з затримкою росту плода. При аналізі враховувались варіант затримки росту плода, ступінь затримки, гестаційний вік дітей, стан дитини при народженні та в наступні дні, фактори ризику при перебігу даної вагітності.

Аналізуючи данні історії встановлено, що у 90 % обстежуваних за даними УЗД виявлена дисфункція плаценти. При проведенні УЗД біометрії плода виявлено затримку росту плода у 70 % асиметрична форма. На основі проведених досліджень встановлено, що у 80 випадках пологи були терміновими, у 15 – передчасними, у 5 – запізнілими. Розродження у 80 % через природні родові шляхи, у 2,5 % проведено кесарський розтин у зв'язку з гострим дистресом плода. Маса плода при народженні склала 2510 ± 91 г. Оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині склала $7,8 \pm 0,1$ балів.

Таким чином, проведений клініко-статистичний аналіз виявив фактори які негативно впливають на розвиток внутрішньоутробного плода.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

На Прикарпатті – регіоні йодної ендемії, особливого значення набуває проблема виношування вагітності на тлі патології щитоподібної залози, яка виявляється у 18,2 % випадків загрози переривання вагітності. Тиреоїдний статус суттєво впливає як на перебіг вагітності, характер пологової діяльності, лактацію, так і на розвиток плода та новонароджених, відіграє важливу роль у забезпеченні інтелектуального, фізичного та статевого розвитку дитини.

Мета роботи: встановити особливості перебігу вагітності й пологів у жінок з дифузним нетоксичним зобом.

Матеріали і методи: на базі Івано-Франківського міського пологового будинку проведено аналіз 60 індивідуальних карт вагітних та історій пологів жінок із дифузним нетоксичним зобом (основна група) і 20 практично здорових жінок. Вік обстежених коливався від 18 до 42 років. Збільшення щитоподібної залози I ступеня виявлено у 50 (83,3 %) жінок, II ступеня – у 8 (13,4 %), III ступеня – у 2 (3,3 %).

Результати дослідження. З анамнезу у жінок виявлене значне збільшення кількості самовільного переривання вагітності (26,7 %) в основній групі в порівнянні з контрольною (5,0 %), $p < 0,001$. Перебіг теперішньої вагітності також був ускладнений загрозою її переривання: в I

триместрі – у 30 (50,0%) пацієнток, в II триместрі – у 24 (40,0 %), в III триместрі – у 6 (10,0%). В контрольній групі загроза переривання вагітності була зареєстрована лише у трьох жінок. В структурі екстрагенітальної патології слід відзначити значне зростання анемії у жінок основної групи (56,7 % проти 15,0 %, $p < 0,001$), бактеріурії (33,3% проти 10,0 %, $p < 0,005$), гестаційного пієлонефриту (13,3 % проти 5,0 %, $p < 0,005$). Своєчасні пологи відбулися у 50 обстежених (83,3 %), передчасні – у 10 жінок (16,6 %). Через природні пологові шляхи народили 52 жінки (86,7 %). Серед ускладнень було зареєстровано несвоєчасний вилив навколоплідних вод – у 22 випадках (36,7 %), слабкість пологової діяльності – у 12 випадках (20,0 %), кровотеча в пологах і ранньому післяпологовому період – у 6 випадках (10,0 %). Решту жінок (13,3 %) розроджено шляхом операції кесаревого розтину. Серед обстежених контрольної групи фізіологічні пологи відбулися у 19 (95,0 %) жінок. Аналіз стану новонароджених від матерів із дифузним нетоксичним зобом показав, що маса доношених новонароджених коливалась від 2700 до 3800 г, недоношених – від 1900 до 2400 г. В асфіксії різного ступеня народилося 30 дітей (50,0 %). Гіпотрофію новонародженого діагностовано в 6 випадках (10 %). Слід зазначити, що 6 новонароджених (10 %) потребували консультації суміжних фахівців з приводу різних аномалій розвитку.

Висновок. Дифузний нетоксичний зоб у вагітних є фактором високого ризику розвитку ускладнень в перебігу вагітності і пологів, порушень стану плода. Своєчасна діагностика та лікування патології щитоподібної залози до і під час вагітності буде сприяти зниженню частоти перинатальних ускладнень.

УДК: 618.1–007.17

Франчук О.А., Франчук М.О., Кумпаненко Я.О.

ГІПЕРАНДРОГЕНІЯ ЯЄЧНИКОВОГО ГЕНЕЗУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Під гіперандрогенією (ГА) розуміють симптомокомплекс змін у жінок, які виникають внаслідок надлишкової продукції андрогенів наднирниками або яєчниками, а також підвищеною локальною чутливістю шкіри до циркулюючих андрогенів.

ГА зустрічається у 10-20% всіх гінекологічних хворих і приводить до серйозних дефектів функціонального стану репродуктивності системи жінки: порушення менструальної функції, ендокринного непліддя, невиношування вагітності, пов'язаних з порушенням секреції та метаболізму андрогенів. Гіперандрогенні стани можуть виникати як на фоні підвищеної, так і нормальної секреції андрогенів.

ГА сприяє підвищеній чутливості шкіри до андрогенів в андрогензалежних зонах і супроводжується розвитком таких клінічних проявів, як акне, себорея, гірсутизм. У більшості пацієнток такі косметичні дефекти можуть викликати стійкі невротичні розлади та депресивні стани.

ГА може бути надниркова, яєчникова, при порушенні чутливості та обміні андрогенів в шкірі і змішана.

Клінічно ГА проявляється: гірсутизмом, гіперандрогенними дерматопатіями, порушенням менструальної функції і непліддям.

Найбільш із розповсюджених форм ендокринопатій, які приводять до ГА і непліддя є синдром полікістозних яєчників (СПКЯ), який зустрічається у 5-10 % жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи.

В дослідження були включені 28 жінок репродуктивного віку від 18 до 35 років з СПКЯ, порушенням менструальної функції і наявністю синдрому гірсутизму.

Результати дослідження.

Клінічними проявами ГА у 25 (89,28 %) був гірсутизм, у 18 (64,28 %) – акне, у 20 (71,42 %) – себорея, у 15 (53,57 %) – надлишок маси тіла. У 20 (71,42 %) спостерігалось порушення менструальної функції: у 15 (75,00 %) по типу онсоменореї а у 5 (25,00 %) – аменореї.

У 10 (35,17 %) пацієнок мали місце симптоми невротичних та депресивних розладів.

Діагноз СПКЯ виставлявся на основі даних клінічного, гормонального і ехографічного дослідження.

Важливим ехографічним маркером СПКЯ було збільшення яєчників у розмірі. У 20(71,42%) виявлено наявність анехогенних фолікулів діаметром 4-8 мм, у 18 (64,28 %) – ущільнення оваріальної капсули.

З метою діагностики ГА в крові визначали рівень вільного тестостерону, кортизолу, пролактину, тиреотропного гормону та індекс НОМА.

У 5 (17,85 %) жінок спостерігалось незначне підвищення вільного тестостерону і – у 10 (35,71 %) індекс НОМА був вище норми, що вказує на причину інсулінорезистентності у розвитку СПКЯ. Інші досліджувані показники гормонів знаходились в межах норми.

Терапія ГА була направлена на нормалізацію менструальної функції, усунення проявів гіперандрогенних дерматопатій, зменшення маси тіла та усунення психоемоціональних і депресивних розладів.

Комплексне лікування включало раціональне харчування низькокалорійною дієтою і застосування верошпірону по 50-100мг на добу в першу фазу менструального циклу. У жінок з надлишковою масою тіла та індексом НОМА більше норми метаформін по 500 мг двічі на день. Всім пацієнткам призначали негормональний фітокомплекс тазалок™, який проявляє антиестрогенний прогестерон моделюючий і антипроліферативні ефекти по відношенню гормон залежних органів репродуктивної системи, а також розм'якшує капсули яєчників. Наявність м'якої седативної дії його дозволяє зменшити вплив на стресовий фактор організму.

Тазалок™ призначали по 30 крапель тричі на добу щоденно протягом 3 місяців. Критеріями ефективності комплексної терапії були нормалізація менструальної функції, зменшення або зупинка гіперандрогенних дерматопатій і проявів гірсутизму. У більшості жінок покращився загально соматичний стан. Всім пацієнткам було рекомендовано продовжити призначену терапію протягом 6-10 місяців під контролем акушера-гінеколога.

УДК: 618.17-008.8-0363-08

Франчук О.А., Франчук М.О., Кумпаненко В.І.

ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ – НЕГОРМОНАЛЬНИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Передменструальний синдром (ПМС) – це складний симптомокомплекс, що характеризується різноманітними психопатологічними, вегето-судинними та ендокринними порушеннями, які маніфестуються переважно в лютеїнову фазу.

На сьогодні ПМС – один з найбільш поширених нейроендокринних синдромів, частота яких становить 25-75 %, а за даними ряду авторів навіть – 95 %. Близько 4-5 % жінок страждають від гострих проявів ПМС, які призводять до тимчасової втрати працездатності.

Враховуючи поширеність даної патології, а також її поліморфізм, хворі на ПМС досить часто звертаються до лікарів різного фаху – неврологів, гінекологів, психіатрів, ендокринологів, терапевтів та сімейних лікарів. Це вимагає від різноманітних лікарів розуміння особливостей клінічного перебігу та проведення діагностично-лікувальних заходів даної патології.

Причини даної патології вивчені недостатньо. Найбільш розповсюджена теорія порушення співвідношення жіночих статевих гормонів в організмі – підвищення вмісту естрогенів, та зниження вмісту прогестерону. Зміна співвідношення гормонів може бути викликана психоемоційними факторами, які призводять до невміння керувати різноманітними стресами і розвитком патологічних станів в організмі жінки.

Симптоми ПМС проявляються як правило за 5-10 днів до початку менструації

В залежності від клінічної картини розрізняють чотири клінічних форми ПМС: нервово-психічну, набрякову, цефалгічну і кризову.

Нервово-психічна форма характеризується переважанням таких симптомів, як дратівливість, депресія, плаксивість, агресивність, слабкість.

Набрякова форма проявляється периферичними набряками, збільшенням маси тіла, масталгією, зменшенням діурезу.

При цефалгічній формі клінічно переважають такі симптоми як головний біль, головокружіння, запаморочення, нудота, блювання, підвищення чутливості до запахів.

Для кризової форми характерно поява симпато-адреналових кризів з підвищенням артеріального тиску, відчуттям здавлення за грудиною, страхом смерті. Найбільш тяжкою формою ПМС є кризова, яка складає 15%, друга за тяжкістю – цефалгічна форма. Вона зустрічається майже у кожній п'ятій жінки.

Метою дослідження було вивчення ефективності впливу негормонального фітокомплексу тазалок™ при лікуванні легких і середньо важких форм ПМС у жінок репродуктивного віку.

Матеріали і методи.

Під наглядом знаходилось 25 жінок репродуктивного віку від 18 до 40 років з нервово-психічною і цефалгічною формою ПМС легкого ступеню тяжкості.

У всіх жінок здійснювався ретельний збір анамнезу, проводилось об'єктивне і лабораторне обстеження, а також ультразвукове дослідження органів малого тазу і молочних залоз. При необхідності жінки були проконсультовані у невролога і ендокринолога.

Результати дослідження.

У всіх жінок скарги з'явилися за 4-10 днів до менструації, відмічались їх циклічність і зникнення з початком, або протягом 2 – 3 днів перебігу менструації.

Більша частина обстежених (20-80,0 %) страждали нервово психічною формою ПМС. Цефалгічна форма була діагностована у 5 (20,0 %) пацієнток. Середня тривалість симптомів ПМС склала ($5,2 \pm 1,9$) днів.

Порушення менструальної функції по типу альгодисменореї мало місце у 18 (72,0 %) жінок. Аналіз клінічної картини ПМС показав, що домінували наступні симптоми: дратівливість в обох групах становила 68,0%, набряк і болючість молочних залоз у 90,0 %, плаксивість – у (50-60,0 % відповідно), депресія (20-40,0 % відповідно), головний біль (60-75,0% відповідно).

У всіх пацієнток визначали рівень пролактину в крові і прогестерону в другу фазу менструального циклу. Концентрація пролактину у всіх обстежуваних не виходила за межі норми. Рівень прогестерону в лютеїнову фазу був у цілому дещо знижений $18,67 \pm 3,0$ нмоль/л. При УЗД органів малого тазу і молочних залоз змін не виявлено. Клінічне спостереження проводилось в динаміці – до і після лікування, яке складалося з монотерапії фітокомплексом тазалок™. Даний препарат відомий своїми гормононормалізуючою, антиестрогенною та прогестерономодельючою дією. Йому притаманні різноманітні фармакодинамічні властивості – спазмолітині, седативні, сечогінні, анальгетичні, тощо. Препарат тазалок™ пацієнтки вживали по 30-40 крапель на півсклянки води за 30 хв. до їжі, щоденно тричі, на добу протягом 3 місяців.

У процесі лікування спостерігалось достовірне зниження інтенсивності симптомів ПМС, яке наступало вже через місяць після початку прийому препарату і продовжувало знижуватися до кінця другого місяця та до закінчення курсу лікування. Відбувалась нормалізація менструальної функції.

Більшість жінок – 20 (80,0 %) після проведеного лікування не відмічало циклічної болючості і набряку молочних залоз, у 21 (84,0%) зникли нейровегетативні та психоемоційні розлади. Рівень прогестерону збільшився і складав $23,35 \pm 3,96$ нмоль/л.

Препарат достатньо добре переносився і не викликав побічної дії у пацієнток досліджуваної групи.

Висновок. Застосування негормонального фітокомплексу тазалок™ у пацієнток з легким перебігом нервово психічної і цефалгічної форми ПМС забезпечує позитивну та швидку динаміку клінічної симптоматики, зменшення психологічної дезадаптації та гормонального гомеостазу, що вказує на доцільність включення тазалок™ у схеми лікування ПМС.

УДК: 616.248-036-053.2

Банадига Н.В., Волошин С. Б.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) у дітей є актуальною проблемою алергології, що пов'язують із поліморфністю та мультифакторіальністю перебігу хвороби. Астма є гетерогенним захворюванням і може вирізнятися клінічними розбіжностями залежно від фенотипу захворювання, віку дитини.

Метою роботи було дослідження особливостей перебігу атопічного й неалергічного фенотипів захворювання.

Результати дослідження. Під спостереженням перебувало 122 пацієнти віком від 3 до 18 років з БА. Згідно вікової структури основну частину склали діти молодшого шкільного віку – 56 (45,9 %), дітей старшого шкільного віку було 54 (44,3 %) та дошкільнят – 12 (9,8 %). У гендерній структурі переважали хлопчики – 93 (76,2 %) та було лише 29 (23,8 %) дівчаток.

Тривалість хвороби становила від 1 до 15 років – в середньому ($6,54 \pm 0,80$) року. У 47,5 % пацієнтів бронхообструктивний синдром вперше дебютував вже в ранньому дитячому віці.

При аналізі анамнезу життя встановлено, що на природньому вигодовуванні за даними 40,2 % хворих до 3-місячного віку перебувало 12,3 % дітей, від 3 до 6 місяців – 12,3 % та 15,6 % отримували грудне молоко більше 6 місяців. Обтяжений спадковий анамнез спостерігався у 43,4 % осіб. За даними алергоанамнезу у 103 (84,4 %) пацієнтів виявлялась алергічна сенсibiliзація. У деяких дітей спостерігалось поєднання декількох алергічних чинників. Зокрема, у 41 (33,6 %) особи діагностовано атопічний дерматит, у 40 (32,8 %) – алергічний риносинусит, у 9 (7,4 %) пацієнтів спостерігалась харчова та медикаментозна алергія, а у 50 (41,0 %) дітей виявлено сенсibiliзацію до побутових та пилоквих алергенів за даними алергопроб. Дослідження численної групи тригерних чинників, які зумовлювали розвиток астми у хворих дозволило встановити найвагомішу роль неінфекційних факторів, зокрема аероалергенів (32 %), побутових алергенів (16 %), епідермальних алергенів (22 %), рідше – гострих респіраторних вірусних інфекцій (19 %). Враховуючи повідомлення щодо асоціації віку початку захворювання та різних фенотипових особливостей перебігу хвороби, проаналізовано показники дебюту астми у дітей. Встановлено, що майже у третини хворих із атопічним фенотипом бронхіальної астми визначено ранній початок (у віці до трьох років) захворювання, і незважаючи на виявлення вперше діагностованої астми у шкільному віці, в анамнезі були зафіксовані повторні респіраторні захворювання, ускладнені обструктивним синдромом, навіть за декілька років до офіційного встановлення діагнозу бронхіальної астми, що можна розцінювати як передвісники даної патології.

Наявність атопічного фенотипу встановлювали при обтяженому спадковому алергоанамнезі й позитивних шкірних реакціях із не бактеріальними аероалергенами. При аналізі клінічного перебігу бронхіальної астми встановлено, що у 84,4 % пацієнтів обтяжений алергологічний анамнез із маркерами атопії, що в сукупності можуть розглядатись як предиктори розвитку БА за умов подальшої сенсibiliзації організму.

Висновки. У обстежених пацієнтів переважає атопічний фенотип, що характеризується благоприємним перебігом. У 18,0% – вірус індукований фенотип, що потребує перегляду базової терапії та диференційного використання імуномодельюючих препаратів.

УДК 616.3-053.2-056.5

Банадига Н.В., Ясній О.Р., Гаріян Т.В., Глинчак Л.В.¹

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВИХІ УПОДОБАНЬ ТА ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

1- Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня

Оцінка нутрітивного статусу є інтегральним компонентом обстеження в педіатрії. Він дає змогу виявити розлади живлення у дітей, особливо групи ризику, надає визначальну інформацію для розробки плану харчування і служить механізмом моніторингу нутрітивної підтримки. Важливою також є інформація з медичної картки дитини та особливості дієти та харчових навичок.

Метою даного спостереження було дослідження нутрітивного статусу дітей з найбільш поширеною патологією, а саме розладами шлунково-кишкового тракту. Для цього було розроблено опитувальник, що включав питання харчових уподобань, характеру фізичної активності та режиму дня та відпочинку. Під спостереженням знаходилося 24 дитини, серед яких 15 дівчаток та 9 хлопчиків. Серед обстежуваних було 2 (8,3 %) особи віком до 6 років, 5 (20,9 %) – від 6 до 10 років, 8 (33,3 %) пацієнтів від 11 до 14 років та 9 (37,5 %) у віці 15-18 років. В структурі основної патології переважали хронічні гастродуоденіти із збереженою кислотоутворюючою функцією. Супутня патологія була представлена: функціональні розлади жовчевого міхура 87,5 % та поодинокими випадками вегето-судинної дисфункції за гіпертонічним типом 12,5 %, вродженої аномалії хордального апарату серця 33,3 % та гіпертрофії мигдаликів 20,9 %. Алергологічний анамнез був обтяжений 70,8 % дітей. При вивченні спадкового анамнезу встановлено, що в 4,16 % пацієнтів він був обтяжений по батьківській лінії (виразкова хвороба), у 20,8 % дітей – по материнській лінії (хронічний гастродуоденіт, панкреатит). Режим харчування обстежених дітей був порушеним: у більшості дітей кратність прийому їжі становило 3 рази на добу. У більшості дітей дієта була незбалансованою: 45,8 % дітей харчувалися з переважанням в раціоні молочних продуктів, 37,5 % пацієнтів переважно вживали свіжі фрукти, а 12,5 % дітей свіжі овочі. Пацієнти вживали м'ясо 3-4 рази на тиждень, переважно у смаженому вигляді. Риба зустрічалась в раціоні рідше – в середньому 1 раз на тиждень. Вітамінно-мінеральні препарати та добавки курсовими циклами вживало 7 пацієнтів. Також було з'ясовано характер випорожнень: виявлено, що у 60 % пацієнтів він був регулярним, 25 % – мали схильність до закрепів та 15 % – до проносів. Крім того, визначали наявність чи відсутність психологічного стресу в сім'ї пацієнтів, що було виявлено у 35 % опитаних. Визначено адекватність фізичної та рухової активності дітей: 45,8 % займалися у спортивних секціях; 12,5 % – плаванням, основну групу фізичного виховання відвідувало 37,5 % дітей; у 13 (54,2 %) фізичне навантаження обмежувалося заняттями у спеціальній групі. При вивченні тривалості перебування дітей за комп'ютером було встановлено, що обстежені діти проводили від 3 годин в день, що мало негативні наслідки для психічного та фізичного здоров'я (стресовий фактор, гіподинамія). Нічний сон пацієнтів складав приблизно 8 годин. Денний одногодинний відпочинок був відсутній у всіх дітей. Перебували на свіжому повітрі було достатнім у всіх дітей. Щодо фізичного розвитку ІМТ обстежених дітей 17,03 %. Крім вищезгаданого, для оцінки нутрітивного статусу визначали альбумін сироватки крові, середні значення якого склали $62,0 \pm 1,2$ г/л ($p < 0,05$), що є фізіологічним. При ретельному аналізі всіх даних виявилось, що у обстежених дітей не виявлено значних порушень у нутрітивному статусі, проте намітилася тенденція до формування певної групи ризику (діти з

неправильним режимом дня та харчування, з порушенням у раціоні). Організація якісної нутритивної допомоги для дітей значною мірою залежить від ефективності виявлення дітей із ризиком розладів живлення. Ключовим моментом тактики є налагодження адекватної психо-емоційної атмосфери у сім'ї, виховання культурних традицій харчування та відповідної психо-соціальної інформації.

УДК 616.24-002-085.275.-053.36

Бузько Є.Ф., Томашівська Т.В., Книш Р.О.,
Шніцар В.М., Федорова О.О., Пилипчук І.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦИКЛОФЕРОНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня*

Гостра респіраторна патологія є провідною в структурі захворюваності дітей. Найбільш частою формою ураження дихальної системи у них вважається позалікарняна пневмонія (ПП). В етіології ПП провідна роль належить *Streptococcus pneumoniae* і *Haemophilus influenzae*, а віруси розглядаються як фактор, що спричинює запалення органів дихання і пригнічення клітинної імунної відповіді, стимуляція якої є важливим компонентом комплексної терапії пневмонії. Важливість проблеми зумовлена вірогідністю розвитку ускладнень і несприятливого прогнозу, особливо у дітей раннього віку.

З цією метою вивчалась клініко-імунологічна ефективність циклоферону, який є високомолекулярним індуктором вироблення ендogenous інтерферону, а його ефективність визначена широким спектром біологічної активності: протизапальна, антипроліферативна, противірусна та імуномодуюча дія.

Під нашим спостереженням було 15 дітей віком від 2 міс. до 3 років з ПП, які перебували на лікуванні в інфекційно-діагностичному відділенні ТМДКЛ. При обстеженні пацієнтів встановлено дисбаланс показників клітинного та гуморального імунітету, що проявилось пригніченням клітинної ланки імунітету. Виявлені у дітей імунологічні зміни не були специфічними, проте свідчили про наявність гострого запального процесу в організмі.

Контрольну групу склали 20 дітей такого ж віку з ПП.

Пацієнтам проводили терапію, яка включала антибактерійні препарати, відхаркувальні засоби, фізіотерапевтичні процедури, вітаміни і, починаючи з перших днів лікування, додатково призначали циклоферон з розрахунку 6-10 мг/кг маси тіла в 1-, 2-, 4-, 6-, 8-, 11-й дні лікування, який вводили парентерально (12,5 %), орально (0,15 г) або комбіновано.

Ефективність лікування відстежували за динамікою клінічних показників, а саме за наступними клінічними симптомами: тривалість гарячки, кашлю, перкуторних та аускультативних змін в легенях, та за тривалістю стаціонарного лікування. Побічних ефектів та ускладнень на введення циклоферону не спостерігали. Результати лікування пацієнтів наведено в таблиці.

Симптоми	Контрольна група	Основна група
Гарячка	2-3 дні	1-2 дні
Кашель	7 днів	5 днів
Перкуторні зміни	3-8 днів	3-5 днів
Аускультативні зміни	8-15 днів	6-8 днів
Тривалість стаціонарного лікування	12-23 дні	9-10 днів

За даними з таблиці можна відзначити, що тривалість симптомів в основній групі була коротшою за всіма ознаками в порівнянні з контролем.

Таким чином, застосування циклоферону в комплексному лікуванні позалікарняної пневмонії у дітей раннього віку з метою корекції виявлених імунних розладів та покращення ефективності лікування, дозволяє полегшити перебіг хвороби і скоротити термін перебування дитини в стаціонарі.

УДК: 616.2-022-085.874.2]-053.2

Волянська Л.А., Бурбела Е.І., Мудрик У.М., Євтушенко С.В.*

КОРЕКЦІЯ ХАРЧУВАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
КУТОР ТОДКЛ*, м.Тернопіль*

Незважаючи на значні досягнення у розробці заходів профілактики гострих респіраторних інфекцій (ГРІ) у дітей, вони залишаються важливою медичною та соціальною проблемою на сучасному етапі розвитку педіатрії складаючи 55 – 70 % всіх хвороб дітей раннього віку.

Мета дослідження. Вивчити динаміку клінічних проявів ГРІ на тлі корекції харчування комплексом з функціонального харчового продукту з рослинної сировини «Пилок квітковий з розчинною клітковиною» та харчових продуктів для спеціального споживання «Олія вівса, ліпофільний комплекс», «Олія чорного кмину, ліпофільний комплекс».

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходились 27 дітей віком від 10 міс. до 10 років, які лікувались стаціонарно в інфекційно-діагностичному та амбулаторно в поліклінічному відділеннях КУТОР ТОДКЛ протягом січня 2015р. з приводу ГРІ. До дослідження включені пацієнти, батьки яких дали згоду на обстеження, лікування дітей з корекцією харчування та аналіз медичної документації. Усі обстежені діти були розділені на дві групи: першу когорту склали 14 пацієнтів, батьки яких погодились на введення до харчового раціону комплексу сертифікованих спеціальних харчових продуктів: функціональний харчовий продукт з рослинної сировини «Пилок квітковий з розчинною клітковиною» та харчові продукти для спеціального споживання «Олія вівса, ліпофільний комплекс», «Олія чорного кмину, ліпофільний комплекс», до другої ввійшли 13 хворих без корекції харчування.

Обговорення результатів дослідження. Всі діти були ретельно клінічно обстежені, що включало детальний аналіз скарг, анамнезу життя, наявності супутніх захворювань, вживання лікарських препаратів, даних об'єктивного обстеження, вивчалась також медична документація про попередній стан здоров'я. У пацієнтів першої групи лікувальний комплекс включав 1-2 препарати в поєднанні з корекцією харчування: 5 % розчин амінокапронової кислоти інтраназально (n=14 – 100,0 %), в двох випадках (n=2 – 14,29 %) – антибіотик: макролід і цефалоспорин 2-го покоління, у 4-х пацієнтів (n=4 – 28,57 %) – жарознижуючі середники, муколітики (n=3 – 21,43 %) і деконкістанти (n=3 – 21,43 %). Хворі групи порівняння отримали противірусну (лаферобіон (n=5 – 38,46 %), та 5 % розчин амінокапронової кислоти інтраназально (n=2 – 15,38 %), антибактеріальну: макроліди (n=1 – 7,69 %), цефалоспорини 2-го покоління (n=5 – 38,46 %, цефалоспорини 3-го покоління (n=6 – 46,15 %), аміноглікозиди (n=1 – 7,69 %), симптоматичну терапію: муколітики (n=3 – 23,07 %), смекта (n=3 – 23,07 %), жарознижуючі середники (n=5 – 38,46 %), парентеральна дезінтоксикаційна терапія (n=5 – 38,46 %).

Проведений аналіз клінічної симптоматики групах порівняння показав відсутність достовірної різниці у перебігу захворювання, тривалості симптомів катарального, інтоксикаційного синдромів при обох способах лікування при дуже подібній клінічній картині на старті хвороби. Не виявлено, також, достовірної різниці в тривалості лікування. Об'єм лікувального comple-

ксу в другій групі був достовірно більший за кількістю застосованих препаратів, а вартість лікування її пацієнтів істотно вищою за групу порівняння.

Враховуючи, що лікування ГРІ у дітей має носити фізіологічний характер, опиратись на природні можливості людського організму до саморегуляції та самовідновлення запропонована схема лікування з корекцією харчування функціональними харчовими продуктами з рослинної сировини можуть бути рекомендованими для практичного застосування.

УДК: 614.1:616-001.28-053.2(477.84)

Корицький Г.І., Яворська О.Л., Лучишин Н.Ю.*, Долинна М.В.

МОНІТОРИНГ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ІЗ ЗОНИ РАДІОАКТИВНОГО ЗАБРУДНЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

*КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»
*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС у квітні 1986 року дев'ять населених пунктів Чортківського району та місто Заліщики Тернопільської області визнані територіями посиленого радіоекологічного контролю. За роки, що минули після аварії на Чорнобильській АЕС, радіоекологічна ситуація зазнала певних позитивних змін, проте і сьогодні продовжує впливати на здоров'я людей і довкілля.

В медичних закладах Тернопільської області на диспансерному обліку станом на кінець 2012 року знаходилось 7086 дітей, віком 0-17 років, які постраждали від Чорнобильської катастрофи, на кінець 2013 року – 6820 дітей, 2014 року – 6691 дитина. З числа оглянутих дітей цієї диспансерної групи протягом 2013 року здоровими було визнано 1391 (19,26 %) дитина, у 2014 році – 1702 (25,47 %) дітей. Загальна захворюваність дітей, які потерпіли від аварії на ЧАЕС становила у 2013 році 30010,26, у 2014 – 28799,88 на 10000 дитячого населення, яке потерпіло від аварії на ЧАЕС. В структурі захворюваності дітей чільне місце протягом останніх років продовжує займати патологія органів дихання (2013 р. – 14038,12, 2014 р. – 13310,42). Наступними за поширеністю є патологія кістково-м'язової системи, органів травлення, хвороби очей, ендокринної системи. Захворювання крові та органів кровотворної системи діагностовано у 2013 році у 374 випадках, у 2014 році – у 362.

Високі рівні захворюваності підтверджують необхідність постійного моніторингу стану здоров'я та покращення якості лікування цієї категорії пацієнтів. З метою покращення диспансерного спостереження цієї категорії пацієнтів на базі поліклінічного відділення КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» створено кабінет диспансеризації дітей, постраждалих від наслідків аварії. Консультації здійснює гематолог, за необхідністю – інші вузькі дитячі спеціалісти.

УДК 616.3 – 097 – 053.2

Лобода В. Ф., Глушко К. Т., Кінаш М.І., Шульгай О.М., Кабакова А. Б.¹, Шостак І. Й.¹

ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ ІЗ БІЛІАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ТЛІ ПАРАЗИТОЗІВ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
1 – КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»*

Актуальною проблемою дитячою гастроентерології є функціональні розлади біліарного тракту, частота яких не зменшується. Одними із етіологічних чинників цієї патології вважають-

ся паразитози, особливо лямбліоз. Патогенетичні аспекти перебігу функціональних розладів біліарного тракту у дітей продовжують вивчатися.

Мета: вивчити цитокіновий статус у дітей із патологією біліарного тракту на тлі паразитозів.

Матеріали і методи: обстежено 54 дитини із функціональними розладами біліарного тракту, котрі перебували на лікуванні у обласній лікарні. Усі пацієнти обстежені згідно затверджених протоколів (наказ № 59 від 29.01.13 р.), проводилося паразитологічне дослідження калу та зішкріб на ентеробіоз. За допомогою ІФА визначався вміст TNF- α та IL-4 сироватки крові; IgG до гельмінтів. За наявним інфікуванням паразитами усі діти були поділені на 2-і підгрупи: I – 33 дитини із паразитозами та II – 13 осіб без супутніх інвазій. Групу контролю склали 24 здорові дитини.

Результати і обговорення. У дітей з захворюваннями гепатобіліарної ділянки виявлено підвищення переважно IL-4 ((12,0 \pm 2,3) нг/л) і в меншій мірі відмічалось підвищення TNF- α ((5,1 \pm 1,2) нг/л). Вміст обох цитокінів був вищим в порівнянні із їх рівнем у групи контролю. Між вмістом TNF- α та IL-4 виявлено помірний прямий зв'язок ($r=+0,38$, $p=0,001$). Концентрація цитокінів відрізнялася у пацієнтів в залежності від наявності чи відсутності інфікування паразитами. У дітей із супутніми паразитозами вміст IL-4 був достовірно вищим при супутніх інвазіях і становив (13,7 \pm 3,2) нг/л. У осіб без паразитозу його значення було нижчим ((7,7 \pm 0,6) нг/л), проте відрізнялося від контролю ((1,1 \pm 0,2) нг/л) ($p \leq 0,05$). Значне підвищення IL-4 у пацієнтів I підгрупи свідчить про активацію Th2 типу імунної відповіді і є характерним для осіб із гельмінтозами. Підвищення концентрації TNF- α було в порівнянні з IL-4 незначним. Медіана та квартильний розмах вмісту TNF- α сироватки крові при супутніх інвазіях теж були вищими (3,0 (1,2; 5,2) нг/л) в порівнянні із особами без інвазій (1,5 (1,1; 3,6) нг/л) що не є характерним для паразитозів. В обох випадках вміст TNF- α був вищим від контролю (0,7 (0,4; 1,4) нг/л) ($p \leq 0,05$). Думки щодо причин підвищення TNF- α при паразитозах відрізняються. Вважають, що це залежить від виду паразита. Зокрема, нами підтверджено, що концентрація цитокінів у обстежених дітей відрізнялася від виду паразитів Найвищий вміст інтерлейкінів був при ехінококових кістах в печінці та в дітей із множинними кальцинатами в печінці та селезінці, що спостерігалось при токсокарозі (TNF- α = 27,5 нг/л, IL-4 = 94,0 нг/л). Високі показники цитокінів при токсокарозі та ехінококозі на нашу думку пов'язані із синдромом «мігруючої личинки».

Висновки. Концентрація цитокінів у дітей з функціональними розладами біліарного тракту залежить від наявності супутнього інфікування гельмінтами чи лямбліями; виду збудника, циклу його розвитку в організмі хазяїна і спрямована на активацію імунної системи для елімінації чи обмеження їх розповсюдження.

Перспективи дослідження. Вивчення цитокінового статусу у дітей із захворюваннями травної системи дозволить доповнити патогенез цих захворювань, а також вивчити модифікуючий вплив супутнього гельмінтозу чи лямбліозу на прозапальну та протизапальну ланки імунної системи.

УДК: 616-056.2-02-053.5

Мудрик У.М., Воронцова Т.О., Волянська Л.А.,

Кубей І.В., Стеценко В.В., Синицька В. О.

ОСНОВНІ ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Багато патологічних станів починають виявлятися у критичний для дитини період – момент поступлення в школу, що не тільки характеризується прискореним ростом, але і вимагає від дитини великої психоемоційної напруги у зв'язку зі зміною звичного життєвого укладу.

Забезпечення умов для належного формування і розвитку дитячого організму, передбачає постійний контроль за показниками здоров'я дітей з метою визначення пріоритетних проблем, виявлення особливостей і тенденцій стану здоров'я.

Ми простежили стан здоров'я, інтелектуальний розвиток і ступінь психосоціальної адаптації дітей 7 – 8-літнього віку, шляхом опитування за спеціально розробленими анкетами, і спробували установити взаємозв'язок між цими показниками і характером вигодовування дитини на першому році життя.

У залежності від характеру вигодовування на першому році життя школярі були розділені на 3 групи: 1-а – 55 дітей, що отримували грудне молоко 7-12 місяців ($10 \pm 0,4$ місяців), 2-а – 35 дітей, яких вигодовували з раннього віку адаптованими молочними сумішами; 3-я – 30 чоловік, що протягом перших 2 місяців життя були переведені на коров'яче молоко чи кефір (неадаптоване вигодовування).

Серед першокласників, що знаходилися протягом першого року життя на природному вигодовуванні, переважали діти з функціональними порушеннями (83,7 %). Питома частка хронічних захворювань не перевищувала 13 %. Серед молодших школярів, переведених на штучні суміші, число дітей із хронічною патологією зростало у прямій залежності від характеру харчування: при вигодовуванні адаптованими сумішами – у 2,1 рази (26,7 %), неадаптованими – у 3,1 рази (40,6 %).

У молодших школярів, що знаходилися на грудному вигодовуванні протягом першого року життя, переважали захворювання травного тракту функціонального характеру, у дітей на штучному харчуванні – органічні ураження шлунку і дванадцятипалої кишки ($p < 0,05$). У групі дітей, що вигодовувались на першому році життя молочними сумішами, значно вищою була питома частка алергійних захворювань (у 3,8 рази), патології сечовидільної і ендокринної систем (у 2,2 рази), поєднаної патології (у 2 рази). У 1-й групі середнє число пропущених днів у зв'язку з гострими респіраторними захворюваннями складало $13,6 \pm 2,1$ дні, у 2-й – $19,8 \pm 0,9$ дні, у 3-й групі цей показник зростав майже в 2 рази – $26,8 \pm 2,7$ дні ($p < 0,001$).

У першокласників, позбавлених у дитячому віці материнського молока, вірогідно нижчим був рівень образного і логічного мислення, ступінь уваги і запам'ятовування, у 2 рази частіше діти, які знаходились на штучному вигодовуванні мали труднощі у спілкуванні з однолітками. Середній показник з 5 основних предметів (українська мова, математика, читання, іноземна мова, природознавство) у дітей, що вигодовувались неадаптованими сумішами, склав 6,9 бали, адаптованими – 9,1 бали, тоді як у дітей, що отримували на першому році життя грудне молоко, – 10,1 бали ($p < 0,001$).

Щиросердну єдність з матір'ю відмічали 89,1% респондентів 1-ї групи, тоді як у 2-й і 3-й групах – лише 61,9%. У 11,4 дітей 2 останніх груп почуття відірваності від родини було настільки велике, що вони воліли залишитися на “безлюдному острові” не з близькими родичами, а з іграшками чи тваринами. У 2 рази частіше діти, які знаходились на штучному вигодовуванні мали труднощі у спілкуванні з однолітками.

Отримані дані свідчать про незаперечну перевагу грудного вигодовування і можуть бути використані в роботі з вагітними і жінками, що годують, для створення стійкої домінантної незмінності материнського молока, яке допомагає дитині реалізувати повною мірою власні програми біологічного, генетичного й інтелектуального розвитку.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Станом на сьогоднішній день метаболічний синдром (МС) розуміють як синдромокомплекс, своєчасна діагностика якого дозволяє верифікувати групи населення, які мають підвищений ризик розвитку цукрового діабету та серцево-судинних захворювань. Поширеність МС у дитячому віці коливається від 4 до 30 % випадків серед загальної популяції і є значно вищою серед дітей і підлітків з ожирінням. У даний час не викликає сумніву той факт, що витоки метаболічних порушень сягають дитячого періоду, а висока поширеність складових даного синдрому зумовлює актуальність вивчення цієї проблеми та розробку підходів до лікування і профілактики МС, починаючи з раннього віку.

Мета роботи – вивчити поширеність МС та окремих його компонентів у дітей із надлишковою масою та ожирінням.

Шляхом випадкової вибірки було обстежено 41 дитину, з них 35 хлопців та 6 дівчат. Критерії включення в обстеження – вік 11-17 років, індекс маси тіла відповідає або перевищує значення надлишкової маси тіла або ожиріння (Cole T.J. et al., 2000). Для діагностики метаболічного синдрому використовували критерії Міжнародної діабетичної федерації, адаптовані для дітей (IDF 2007), які включали окружність талії (ОТ) ≥ 90 -го перцентіля, вміст тригліцеридів крові $>1,7$ ммоль/л (>150 мг/дл) та ліпопротеїдів високої щільності $<1,03$ ммоль/л (<40 мг/дл), систолічний артеріальний тиск (АТ) >130 і/або діастолічний АТ ≥ 85 мм рт.ст., глюкоза плазми крові натще $>5,6$ ммоль/л або діагностований раніше цукровий діабет 2-го типу. Оцінку артеріального тиску здійснювали методом домашнього моніторингування.

За результатами обстеження надлишкову масу тіла діагностували у 13 (31,7 %), ожиріння – 28 (68,3 %) дітей. Серед хлопців поширеність надлишкової маси та ожиріння становила 28,6 та 71,4 %, дівчат – 50,0 та 50,0 % ($p>0,05$).

Встановлено, що поширеність МС (абдомінальне ожиріння у поєднанні із двома та більше іншими критеріями) у дітей із надлишковою масою та ожирінням становить 33,3 %. Вивчаючи поширеність кожного окремо взятого компоненту МС нами були виявлені наступні особливості. Абдомінальне ожиріння реєстрували у 63,0 %, артеріальну гіпертензію – 100,0 %, гіпертригліцеридемію – 20,6 %, глікемію – 2,3 %, зниження ліпопротеїдів високої щільності – 36,4 % обстежених. Загалом, лише в 43,9 % дітей із надлишковою масою тіла або ожирінням спостерігали один критерій МС, тоді як 2 критерії мали місце в 31,7 %, 3 критерії – 12,2 %, 4 критерії – 12,2 % випадків. Усі п'ять критеріїв МС у жодного пацієнта із надлишковою масою тіла або ожирінням не реєструвалися.

Таким чином, поширеність МС у популяції дітей із надлишковою масою та ожирінням у віковій групі 11-17 років становить 33,3 %. Окрім абдомінального ожиріння, найпоширенішими складниками МС є артеріальна гіпертензія та зниження ліпопротеїдів високої щільності сироватки крові. Гіпертригліцеридемія та глікемія володіють нижчою діагностичною цінністю. Беручи до уваги високу поширеність МС у дітей і негативним його впливом на розвиток серцево-судинних та ендокринних захворювань, доцільно впровадити моніторинг останнього в Україні з уніфікованою стандартизованою системою звітності, що дозволить відображати реальну епідеміологічну ситуацію МС та його ускладнень.

ДЕСТРУКТИВНІ УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Буковинський державний медичний університет

Поширеність виразкової хвороби (ВХ) у дитячій популяції коливається в різних країнах світу від 4,8% до 25,9%. Поряд зі зростанням поширеності ВХ в дитячому віці, намітилася тенденція до збільшення числа її ускладнень. Мета дослідження – вивчити частоту та структуру ускладнень виразкової хвороби у дітей.

Проведено ретроспективне дослідження за період 2010-2014 рр. Проаналізовано архівні історії хвороби дітей, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічних відділеннях дитячих лікарень та хірургічного відділення м. Чернівці (всього 1200). У роботі використані дані офіційної медичної статистики (щорічні статистичні збірники).

Частка дітей, хворих на ВХ, становила 148 осіб та з кожним роком кількість дітей із ВХ молодшого шкільного віку поступово зростає, а з 2012 року достовірно відрізняється від такої в 2010 р. ($4,5 \pm 0,9$ та $12,4 \pm 1,1$, $p < 0,05$). У групі обстежених дітей спостерігалось переважання хворих на ВХ хлопчиків ($n=90$, 60,8%) порівняно з дівчатками ($n=58$, 39,2%). Локалізація виразки в дванадцятипалій кишці є домінуючою – 138 (93,2%) випадків, серед них ВХ ДПК у хлопчиків становила 61,7 %, у дівчаток – 38,3 %. У 10 (6,7%) обстежених дітей виразка локалізувалась в шлунку. Ускладнений перебіг ВХ траплявся у 38 осіб (25,6 %): шлунково-кишкова кровотеча – 25 (16,8%) (із них 18 (72,0%) хлопчиків та 7 (28,0%) дівчаток), пілородуоденальний стеноз у вигляді звуження початкового відділу ДПК або пілоричного відділу шлунка – 8 (5,4%), перфорація виразки – 5 (3,4%), пенетрація – 0. Множинні і хронічні виразки виявлено в 11 % осіб, з них більше половини хлопчики.

Отже, отримані нами результати підтверджують дані літератури про зростання числа ускладнень ВХ у дітей. Найбільш поширеним ускладненням ВХ у дітей є шлунково-кишкова кровотеча, що вимагає подальшого дослідження.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет

Серед соматичних захворювань найчастіше спостерігаються хвороби органів травлення, зокрема виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХ). Мета дослідження: встановити медико-соціальні фактори розвитку виразкової хвороби в дітей.

Шляхом анкетування дітей, хворих на ВХ та здорових і їх батьків (всього 265 анкет) вивчали вплив медико – соціальних факторів на дитину (психологічний клімат сім'ї, наявність або відсутність в сім'ї шкідливих звичок та девіантної поведінки батьків, матеріально – побутові умови тощо).

У $66,7 \pm 4,8\%$ дітей основної групи (ВХ) та $32,4 \pm 1,7\%$ дітей групи порівняння (здорові діти) відмічалася тривала психотравмувальна ситуація в сім'ї та школі. Встановлено, що $67,6 \pm 6,9\%$ дітей основної групи та $82,2 \pm 13,7\%$ дітей групи порівняння проживають у повних родинах, $32,4 \pm 5,8\%$ та $17,8 \pm 3,1\%$ дітей відповідно – у неповних родинах, причому $36,8 \pm 6,2\%$ хворих дітей із малозабезпечених сімей (неможливість повноцінного раціонального харчування, нездоровий психологічний клімат у сім'ї, відсутність оптимальних побутових умов). Із працюючих батьків хворих дітей $28,5 \pm 3,5\%$ матерів та $37,4 \pm 4,3\%$ батьків вказали, що їх робота пов'язана з професійними шкідливостями, причому більшість із них мали контакт із хімічними

речовинами (під час зачаття та/або вагітності) порівняно з батьками дітей групи порівняння ($10,6 \pm 1,3\%$ та $14,3 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$).

Середній вік батьків на момент вагітності обстежуваним в обох групах виявився практично однаковим (батька $25 \pm 2,1$ і $26 \pm 1,4$ років, матері $23 \pm 1,6$ і $25 \pm 1,3$ відповідно).

Отже, вагому частку у структурі факторів, що впливають на розвиток виразкової хвороби у дітей, становить група медико-соціальних факторів.

Стецко Л. Б.

ВАЖЛИВІ АСПЕКТИ БОРОТЬБИ З ГІПЕРТЕРМІЄЮ У ДІТЕЙ

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

Гіпертермічний синдром є актуальною проблемою в педіатричній практиці, оскільки зустрічається при багатьох патологічних станах.

Традиційним антипіретиком на протязі багатьох десятиліть вважався анальгін, особливо його ін'єкційне комбінування із димедролом. У зв'язку із пригніченням кровотворення з 1991 року ВООЗ не рекомендує застосовувати анальгін як жарознижуючий препарат.

Боротьба з гіпертермією включає широкий «арсенал»: від фізичних методів охолодження до застосування медикаментозних засобів. Препаратом, що повністю відповідає критеріям безпеки, офіційно визнаним є лише парацетамол. Форми випуску парацетамолу (сироп, свічки) зручні при застосуванні у дітей будь якого віку.

Проте особлива небезпека гіпертермічного синдрому у дітей раннього віку полягає у розвитку фебрильних судом. В такому випадку основною вимогою до жарознижуючого препарату є швидкий терапевтичний ефект.

Метою дослідження було встановити швидкість розвитку антипіретичного ефекту парацетамолу від внутрішньовенного застосування.

Спостереженню підлягало 8 дітей віком від 1 до 3 років, які перебували на стаціонарному лікуванні та отримували внутрішньовенну інфузійну терапію. 4 з них отримували парацетамол per os. При такому способі прийому препарату жарознижуючий ефект розвивався через 40 хв. і тривав 1,5 – 2 год., що потребувало частішого повторного введення препарату. Ще 4 дітей отримували внутрішньовенно препарат інфулган (в 1 мл розчину міститься 10 мг парацетамолу) з розрахунку 15 мг/кг маси тіла. У таких дітей вже через 15 хв. відмічалась тенденція до зниження температури, а епізоди повторного підвищення температури були не раніше, ніж через 4 год.

Таким чином, застосування препарату «Інфунгал» дозволяє швидко, проте плавно, знизити температуру без критичної гіпотермії, тим самим оминаючи небезпеку розвитку фебрильних судом. Застосування парацетамолу у сиропі чи свічках не завжди є можливим, особливо при наявності у дітей блювоти чи інших видів розладів травлення. Це викликає необхідність додаткової ін'єкції протиблювотних засобів.

Отже, сучасним ін'єкційним антипіретиком слід вважати інфунгал, що прийшов на зміну традиційному вже анальгіну.

ОКСИДАНТНИЙ СТРЕС У ДІТЕЙ З КОНТРОЛЬОВАНОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Гіпоксія при бронхіальній астмі (БА) порушує баланс системи ПОЛ-АОС, що веде до нагромадження надлишку генерації активних форм кисню (АФК) та формування оксидативного стресу. Стан рівноваги системи ПОЛ-АОС запускає каскади різноманітних внутрішньоклітинних сигнальних шляхів, що призводять до порушень імунологічної толерантності та посилення алергічного запалення. Оксидантний стрес є одним з критичних факторів розвитку БА.

Мета. Вивчити стан вільнорадикального окислення та генерації активних форм кисню у дітей з контрольованою БА.

Дизайн дослідження: 72 дітей з контрольованою БА віком від 6 до 17 років, за значною перевагою хлопчиків 70,8% (n = 51). Оцінка продукції активних форм кисню проводилась методом проточної лазерної цитофлуориметрії, контроль від 5 – 18%.

Математична обробка отриманих даних проводилась з використанням сучасних статистичних прикладних програм з допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel 2003 і STATISTICA 8 StatSoft з використанням загальноприйнятих методів варіаційної статистики, кореляційного і факторного аналізу.

Показники АФК у дітей із БА дещо перевищували показники контрольної групи і становили $41,62\% \pm 10,4\%$, показник АФК також мав тенденцію до підвищення із зростанням тяжкості перебігу БА. Виявлено порушення рівноваги системи ПОЛ-АОС за наступними показниками: СОД ($43,54 \pm 4,45$ ОД/мл еритроцитів), ЦП ($419,31 \pm 126,64$ мг/л), каталаза ($52,78 \pm 7$ %), SHгрупи ($79,93 \pm 120$ %), малоновий альдегід ($5,73 \pm 1$ мкмоль/л), дієнові кон'югати ($28,45 \pm 21$ мкмоль/л).

Висновки. У дітей, хворих на контрольовану БА діагностується порушення рівноваги системи ПОЛ-АОС. Дисбаланс окисно-відновної рівноваги при БА є одним із чинників формування захворювання. Своєчасний контроль за оксидантним стресом одна з умов ефективного керування БА.

ПОКАЗНИКИ ГЕМОГРАМИ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІЙ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Лабораторне обстеження 80 дітей 3-16 років хворих на залізодефіцитну анемію (ЗДА) дозволило виділити різні ступені тяжкості захворювання. При легкому ступені ЗДА рівень Hb складав 92-117 г/л, кількість еритроцитів – $3.8-4.2 \cdot 10^{12}$ /л. Середній ступінь малокрів'я характеризувався коливанням Hb 75-92 г/л, еритроцитів – $2.6-3.8 \cdot 10^{12}$ /л. При тяжкому ступені рівень Hb був нижче 75 г/л, еритроцитів – нижче $2.7 \cdot 10^{12}$ /л. При оцінці еритроцитарних індексів крові відзначено, що анемія мала гіпохромний мікроцитарний характер, так, з наростанням тяжкості ЗДА зменшувалися MCV, MCH, MCHC, наростав анізоцитоз. MCV становив при тяжкому ступені ЗДА 61.69 ± 1.00 фл, а при легкому і середньому ступенях – 78.57 ± 0.58 фл і 75.88 ± 0.86 фл відповідно; у контролі – 83.45 ± 0.44 фл ($P < 0.01$). Індекс розподілу еритроцитів (RDW), який дає кількісну оцінку розкиду еритроцитів за об'ємом і дозволяє наочно оцінити ступінь анізоцитозу, при середньому ($15.79 \pm 0.48\%$) та тяжкому ступені ($18.36 \pm 0.66\%$) ЗДА був значно вищим ($P < 0.05$), ніж у дітей із легким ступенем ЗДА ($13.36 \pm 0.26\%$), в контролі – $13.04 \pm 0.15\%$. Причому

зміни RDW у 9.58% дітей мали місце навіть при ще нормальному об'ємі еритроцита, що дозволяє вважати RDW одним із ранніх чутливих еритроцитарних індексів для виявлення ДЗ (дефіцита заліза). Еритроцитарна гістограма у досліджуваних дітей залежала від ступеня анемії і характеризувалась широкою основою із зсувом вліво. При тяжкому ступені ЗДА гістограма була двогорба, що вказувало на наявність двох популяцій еритроцитів – мікро- і макроцитів. Збережена загальна тенденція до наростання змін еритроцитів із наростанням ДЗ. Однак у дітей 3-5 років, на відміну від дітей 6-14 років, при легкому ступені анемії окремі еритроцитарні індекси (МСН, МСНС) суттєво не відрізнялись від контрольної групи дітей. Тобто, при кількісному дефіциті еритроцити таких хворих є ще функціонально повноцінні, і, очевидно, це обґрунтовує ефективність терапії на ранньому етапі розвитку захворювання. Відхилення від норми цих показників при легкому ступені малокрів'я у дітей 6-14 років зумовлено, вірогідно, тривалістю ЗДА, завдяки чому настає функціональне виснаження еритроцита з розвитком гіпоксії.

**Секція 5. «ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА,
МОРФОЛОГІЯ У НОРМІ ТА ПРИ ПАТОЛОГІЇ,
ЗДОБУТКИ СУЧАСНОЇ ФАРМАЦІЇ»**

Алексевич К.О., Фіра Л.С., Грималюк О.І.

**СТУПІНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ЩУРІВ, УРАЖЕНИХ ТОКСИЧНИМИ
ДОЗАМИ АДРЕНАЛІНУ**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Стрес, як відомо, супроводжується викидом в кров значної кількості катехоламінів та викликає розвиток гіперадреналемії. Шкідлива дія стресу на серце пов'язана з багатьма ефектами адреналіну: активацією процесів переокислення ліпідів, накопиченням іонів кальцію, пригніченням захисних сил організму, пригніченням біоенергетичних процесів у міокарді, що призводить до накопичення токсичних продуктів і загальної інтоксикації організму.

У даній роботі наведені результати вивчення ендогенної інтоксикації організму після ураження міокарду токсичними дозами адреналіну.

Для дослідження обрана модель адреналінової кардіопатії, яка відтворювалась на білих щурах масою тіла 170-180 г. Адреналіну тартрат вводили внутрішньом'язево в дозі 0,5 мг/кг маси тіла. Дослідження проводили через 3, 24 та 48 год після застосування токсиканта.

Після ураження міокарду токсичною дозою адреналіну в організмі щурів протягом 48 год поглиблюється ендогенна інтоксикація, про що свідчить підвищення у сироватці крові та міокарді вмісту ТБК-активних продуктів, вмісту молекул середньої маси та збільшення відсотку проникності еритроцитарних мембран. До кінця експерименту вміст ТБК-АП у сироватці крові збільшився у 1,45 раза, у міокарді – у 1,8 раза. Аналогічна тенденція спостерігається при вивченні вмісту МСМ при 254 нм – вміст даного показника у сироватці крові зростав у 1,9 раза, у міокарді в 1,2 раза до кінця експерименту.

Токсичні продукти ПОЛ, які утворилися під дією високих доз адреналіну, спричинили негативний вплив на еритроцитарні мембрани, проникність яких збільшилась на 6 % уже через 3 год від початку ураження.

Проведені дослідження показали, що протягом 48 год після ураження серця підвищеними дозами адреналіну поглиблюється ендогенна інтоксикація, що може призвести до нагромадження значної кількості токсичних продуктів та порушень в діяльності захисних систем організму, наслідком чого є тканинна гіпоксія та ішемія міокарду.

УДК 616.65-002-085.322

Бачурін Г.В.

ЛІКУВАННЯ ПРОСТАТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ ФІТОТЕРАПІЇ

Запорізький державний медичний університет

Фітотерапія в даний час придбала широке застосування і наукове обґрунтування при урологічній патології і зокрема при лікуванні простатитів. Різне поєднання фітозборів сприяє зменшенню запального процесу в простаті. Однак, фітотерапія повинна бути застосована тільки після консультації терапевта-фітотерапевта при строгому дотриманні відповідних правил.

Мета роботи – познайомити медичну громадськість, і зокрема урологів про те, що фітотерапія науково обґрунтована і її доцільно застосовувати при лікуванні як гострого, так і хронічного простатиту.

Простатит (запалення передміхурової залози) найбільш поширене андрологічне захворювання у чоловіків в різному віці і особливо в молодому. Першими ознаками гострого простатиту є прискорене сечовипускання, почуття неповного випорожнення сечового міхура. Різи не завжди супроводжують акт сечовипускання і якщо при цьому не буде температура тіла підвищуватися (до 38^є і вище) чоловік не звертається до лікаря уролога. З часом він починає звикати до прискореного сечовипускання, особливо ті, хто любить пиво. Процес може піти у двох напрямках – набуває хронічної форми або гострий процес поглиблюється і з'являються гнійні форми простатиту. В обох випадках виникає необхідність тривалого лікування. Так при гнійному процесі вдаються аж до оперативного лікування з подальшою тривалою реабілітацією. У випадках наявності хронічного запального процесу лікування тривале і триває місяцями і роками з важкими наслідками аж до безпліддя. У цих випадках в комплексну терапію (антибіотикотерапія тощо) з успіхом можна включати фітотерапію.

Є тисячі різних фітозборів. Однак провівши аналіз результатів амбулаторного прийому хворих та їх лікування з приводу простатитів, на наш погляд найбільш доцільно використовувати наступні склади фітозборів:

Збір: Листя берези висячої 10,0

Листя брусниці 10,0

Трава хвоща польового 10,0

Корінь валеріани лікарської 10,0

Корінь селери пахучої 10,0

2 столові ложки суміші залити 300 мл окропу, прокип'ятити на водяній бані 10 хв., процідити. Вживати в теплом вигляді по 1/2 склянки 3 рази на день за 1 годину до прийому їжі.

Збір: Трава звіробою звичайного 35,0

Трава чистотілу великого 15,0

Квітки ромашки аптечної 35,0

Квітки липи серцелистої 15,0

2 столових ложки суміші залити 0,5 л кипятка в термос, настояти 1 годину, процідити. Вживати теплим по 0,5 склянки вранці і ввечері після їжі (при гострому простатиті).

Збір: Листя берези білої 30,0

Листя мучниці звичайної 20,0

Трава остудника голого 10,0

Плоди петрушки городньої 10,0

Трава хвоща польового 20,0

1 столову ложку суміші прокип'ятити з 2-3 склянками води. Випити протягом доби.

Збір: Трава собачої кропиви звичайної 40,0

Плоди шипшини травневої 20,0

Листя подорожника великого 20,0

Листя берези висячої 20,0

3 столових ложки суміші залити 0,5 л окропу в термос, настояти 3 години, процідити. Вживати теплим по 0,5 склянки 3 рази на день за 30 хвилин до їжі при гострому простатиті.

Збір: Трава хвоща польового 40,0

Квітки цмину піскового 40,0

Квітки липи серцелиста 20,0

Трава звіробою звичайного 40,0

Квітки бузини чорної 30,0

Пелюстки волошки синьої 15,0

4 столові ложки суміші залити 1 л води, настояти 12 годин, прокип'ятити 10 хвилин. Вживати по 0,5 склянки 3 рази на день.

Збір: Листя шавлії лікарської 20,0

Трава звіробою звичайного 20,0

Трава хвоща польового 20,0

Коріння петрушки посівної 20,0

Лушпиння квасолі звичайної 20,0

1 столову ложку збору залити склянкою холодної води, настояти 6 годин, прокип'ятити 5-7 хвилин, процідити, вживати по 1 склянці на день.

При гострому простатиті: 1) Дві цибулини залити 0,6 л окропу, настояти 2 години, вживати по 50 мл щогодини. 2) 30,0 квіток груші звичайної залити 1 л окропу, настояти 5 хвилин, вживати по 1 склянці 5 разів на день.

Для успішного застосування фітотерапії слід суворо дотримуватися правил: використання одного фітозбору не більше 3-4 тижні; фітозбір призначати з урахуванням віку та наявності супутньої патології; знати сумісність трав з медикаментозними препаратами.

Висновки. При лікуванні простатиту доцільно включати фітотерапію, як складову частину комплексного впливу на запальні процеси в передміхуровій залозі при дотриманні необхідних правил.

УДК 616-056.52-084

Богонюк Б.Б., Боб А.О., Радецька І.О.

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ В НИРЦІ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ТИРЕОТОКСИКОЗУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Метою дослідження було дослідити вплив тиреоїдних гормонів (ТГ) на структурні зміни в нирок у білих щурів на 28 добу експерименту при моделюванні тиреотоксикозу.

Методи і матеріали. Експериментальні дослідження проведені на білих щурах. Всі піддослідні тварини були поділені на 3 групи : 1-інтактна група, яким в/м вводили 0,9% NaCl 0,5 мг/добу, 2-експериментальна група тварин яким вводили L-тироксин в дозі 200 мкг /маси щоденно протягом 14 діб, 3– група тварин, яким вводили L-тироксин в тих же дозах протягом 28 діб. Морфологічну ідентифікацію досліджуваних процесів проводили за гісто– патологічними ознаками.

Результати дослідження та їх обговорення. Субмікроскопічні дослідження нирки через 4 тижні при показали розширення капсули клубочків, виповнення просвіту капсул серозним ексудатом, деформації судинних структур, набряком нефротелію, пінистістю цитоплазма, гіперхромією ядер, вакуолізацію цитоплазми. В мозковій речовині просвіти дистальних та проксимальних каналців були помітно розширеними, частково виповненими серозним ексудатом, серед якого виявлялися зрушені епітеліоцити.

Висновок. Морфологічні зміни нирки в експериментальних гіпертиреоїдних тварин на 28 добу досліду проявлялись переважанням деструктивних процесів над компенсаторно-приспосувальними, що мали незворотній характер. Вплив ТГ на обмінні процеси в клітинах нирок зумовлює зміну їх функціонального стану. Разом з тим, надмірна кількість тиреоїдних гормонів зумовлюють ушкодження біологічних мембран, що призводить до структурної та функціональної нестабільності діяльності нирок.

Бойко Л.А., Фіра Л.С., Лихацький П.Г.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТУПЕНЯ УРАЖЕННЯ ГЕПАТОЦИТІВ ЩУРІВ В УМОВАХ ОДНОЧАСНОГО ВПЛИВУ КАРБОФОСУ ТА ТЕТРАХЛОРМЕТАНУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Характерною ознакою сучасної промисловості та сільського господарства є високий ступінь хімізації, що призводить до забруднення навколишнього середовища промисловими та

побутовими відходами, серед яких є хлоровані вуглеводні та фосфорорганічні сполуки, що можуть спричинити ураження печінки.

Метою нашої роботи було дослідити ступінь ураження гепатоцитів щурів в умовах поєднаного впливу карбофосу та тетрахлорметану.

Досліди проведені на білих щурах-самцях масою тіла 180-200 г. Карбофос вводили щоденно внутрішньошлунково у вигляді водного розчину з розрахунку 20 мг/кг маси тіла тварини. Одночасно вводили внутрішньочеревно 50% олійний розчин тетрахлорметану з розрахунку 0,2 мл на щура дворазово через день. На 4-ий та 7-ий день після останнього введення та 10 днів введення карбофосу щурів піддавали евтаназії з використанням тіопенталу натрію.

Встановлено, що на 4-ту добу після ураження тетрахлорметаном та 10-ти днів ураження карбофосом активність АлАТ у сироватці крові виросла в 1,4 раза, на 7 добу розвитку гепатиту після отруєння карбофосом – в 1,7 раза. У печінці спостерігалось зниження активності даних ензимів. Аналогічні зміни відмічено при дослідженні і активності АсАТ. Активність АсАТ в сироватці крові щурів збільшується при поєднаній дії токсикантів (4 доба тетрахлорметану) в 1,6 раза, в печінці ж зменшується в 1,1 раза, на 7-у добу поєднаної дії показник зріс в 2,2 раза в сироватці крові, в печінці зменшився в 1,3 раза відносно рівня інтактних тварин.

Нами встановлено, що при десятиденному ураженні карбофосом і на 4-ту добу після ураження тетрахлорметаном у сироватці крові зросла активність лужної фосфатази на 10%, на 7-у добу – на 20%. В печінці ж ми спостерігали зниження активності лужної фосфатази на 10 день ураження карбофосом та на 4 добу після ураження тетрахлорметаном на 15 %, на 7 добу – на 38%.

Отримані в ході експерименту результати показали, що під час поєднаного впливу карбофосу та тетрахлорметану ступінь ураження гепатоцитів білих щурів зростає, про що свідчить підвищення у сироватці крові органоспецифічних для печінки ферментів.

УДК 616.831-005.4-06:616.831.311-018.82-02]-092.9

Бойчук Т.М., Кметь Т.І.

ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ЩІЛЬНОСТІ РОЗТАШУВАННЯ p53+ НЕРВОВИХ І ГЛІАЛЬНИХ КЛІТИН У КОРИ ФРОНТАЛЬНОЇ ЧАСТКИ ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ЩУРІВ ІЗ ПОЄДНАНИМ ВПЛИВОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ІШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ

Буковинський державний медичний університет

Розповсюдженість цукрового діабету (ЦД) на планеті має ознаки глобальної неінфекційної епідемії. Відомо, що ЦД призводить до ішемії головного мозку і в результаті порушення мікроциркуляції розвивається енергетичний дефіцит, оксидативний стрес і загибель нервових та гліальних клітин. Однак ступінь апоптозу даних клітин в ранні та пізні періоди ішемії-реперфузії на фоні діабету в корі фронтальної частки (КФЧ) півкуль головного мозку залишаються недостатньо вивченими.

Моделювання ЦД проводили одноразовим внутрішньочеревним введенням стрептозоточину у дозі 60 мг/кг двомісячним самцям білих лабораторних щурів. Через 4 місяці в частини тварин із ЦД, а також контрольним щурам аналогічного віку, здійснювали 20-хвилинне кліпсування загальних сонних артерій. Частину тварин виводили з експерименту декапітацією через 1 год. після завершення ішемічного періоду, частину – на 12-ту добу. Оперативні втручання та забій тварин здійснювали під каліпсоловим наркозом із дотриманням основних положень біоетики. Користуючись атласом стереотаксичних координат на холоді виймали мозок, забирали КФЧ півкуль, фіксували в 10 % розчині Буена, заливали в парафінові блоки, з яких готували гістологічні зрізи. Експресію білка p53⁺ виявляли методом подвійної імуофлуоресценції з використанням первинних кролячих моноклональних антитіл. За допомогою комп'ютерної системи цифрового аналізу зображення VIDAS-386 в спектрі люмінесценції на флуоресцентному мікроскопі AXIOSKOP досліджували щільність розташування та відсоткове співвідношення p53⁺ нейро- та гліоцитів.

За результатами дослідження встановлено, що каротидна ішемія з одногодинною реперфузією не призвела до вірогідних змін щільності та відсоткового співвідношення р53⁺ нервових та гліальних клітин КФЧ неокортекса.

Проте в пізньому постішемичному періоді у КФЧ спостерігалось вірогідне зростання щільності та відсотка р53⁺-нейроцитів у 2 та 1,6 рази відповідно стосовно контрольних щурів і у 2,4 та 2,1 рази відповідно – по відношенню до раннього постішемичного періоду. Незважаючи на відсутність у даному періоді дослідження достовірних змін щільності розташування р53⁺ гліальних клітин їх частка достовірно зменшилася на 22 % відносно показника в контрольній групі тварин і на 28 % – стосовно ранньої ішемії-реперфузії.

У щурів із ЦД та у тварин із порушенням вуглеводного обміну за умов ранньої та пізньої ішемії-реперфузії не виявлено достовірних змін щільності р53⁺ нервових та гліальних клітин. Лише в умовах пізнього ішемично-реперфузійного періоду частка р53⁺-нейронів у КФЧ тварин із ЦД достовірно зросла в 2,3 рази стосовно показника у тварин із діабетом і в 2,2 рази по відношенню до попереднього терміну спостереження, а відсоток р53⁺-гліоцитів, навпаки зменшився у 2 рази відносно тварин із ЦД та в 1,9 рази стосовно раннього постішемичного періоду.

Таким чином, двобічна каротидна ішемія-реперфузія зумовлює зростання щільності розташування та відсотка р53⁺ нервових клітин у КФЧ півкуль головного мозку і зниження частки р53⁺-гліальних клітин на 12-ту добу ішемично-реперфузійного періоду. У пізньому постішемичному терміні тварин із порушенням вуглеводного обміну виявлено зростання відсотка р53⁺ нейроцитів і зниження р53⁺ гліоцитів.

Результати свідчать про доцільність вивчення продуктів експресії антиапоптичних білків, які реагують на ішемично-реперфузійне ушкодження головного мозку та ЦД.

УДК: 616.24 – 089.97 – 02:616.149 – 008

Гнатюк М.С., Татарчук Л.В.

СТРУКТУРНА ПЕРЕБУДОВА ВЕНОЗНОГО РУСЛА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ РІЗНИХ ОБ'ЄМІВ ПЕЧІНКИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Вивчення ангіоархітекtonіки інтраорганного судинного русла в нормі і при різних патологічних станах, де локалізовані складні процеси взаємовідношень крові та тканин, постійно знаходиться в полі інтересів клініцистів і дослідників. Зміни ангіоархітекtonіки артерій та вен після оперативних втручань є актуальною проблемою сучасної медичної науки.

Виходячи з наведеного за допомогою комплексу морфологічних методів досліджено венозне русло дванадцятипалої кишки (ДПК) у 33 білих статевозрілих щурів-самців, які були розділені на 3-и групи. 1-а група нараховувала 12 практично здорових інтактних тварин, 2-а – 11 щурів з видаленою боковою часткою печінки (31,5 %), 3-я – 10 тварин з видаленими лівими боковою та внутрішньою частками (42 %). Евтаназію щурів здійснювали кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу через місяць від початку експерименту. Шматочки стінки ДПК забирали для гістологічного вивчення. Проведеним дослідженням виявлено, що резекція 42 % паренхіми печінки призводила до виражених структурних змін венозного русла ДПК. Досліджувані структури розширені, переповнені кров'ю. У посткапілярах та венулах виявлялися стази, осередки тромбозів, діapedезних крововиливів. Нерідко відмічався перивазальний набряк, що здавлював вени, деформував просвіт, що призводило до порушення дренажної функції венозного русла ДПК. У стінках вен спостерігалися виражені набряки, дистрофія гладких міоцитів, ендотеліоцитів, осередки з десквамацією останніх. Отже, резекція більше 40 % паренхіми печінки призводить до вираженої структурної перебудови вен ДПК та порушень венозного дренажу у досліджуваному органі.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПІСЛЯ ВАЖКОГО ПОЗАКЛІТИННОГО ЗНЕВОДНЕННЯ ОРГАНІЗМУ В АДАПТОВАНИХ ЩУРІВ З РІЗНИМ ТИПОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Фундаментальна біологічна здатність живих систем до адаптації на основі генетично детермінованих можливостей реалізується у відповідності до вимог мінливого середовища. Широкий спектр діапазону механізмів, які забезпечують пристосування до зовнішніх впливів, є відображенням пластичності регенераторних процесів. В експерименті позаклітинної дегідратації, яку моделювали на білих лабораторних щурах-самцях репродуктивного віку з різним типом вегетативної нервової системи, вивчали особливості ремоделювання кісткової тканини плечових кісток у відновний період після важкого позаклітинного зневоднення організму.

Гістологічні та морфометричні дослідження вказують на продовження деструктивних процесів у плечових кістках впродовж **перших трьох тижнів відновного періоду** в усіх групах експериментальних тварин. Однак глибина пошкоджень є різною між групами, що, безперечно, залежить як від початкового стану кісткової тканини на момент припинення експерименту зневоднення, так і від рівня збереженого потенціалу регенераторних можливостей усіх систем організму, що забезпечують його гомеостаз. Комплексна оцінка метаепіфізарного хряща, губчастості та компактної речовини плечових кісток по закінченню **3-го тижня** відновного періоду вказує на значну різницю усіх морфометричних показників у порівнянні з контролем (до 50 %). Проте порівняння з цифровими показниками, одержаними після 7-и діб реадаптаційного періоду, засвідчує позитивну динаміку регенераторних процесів. Так, ширина зони проліферації росткової пластинки у щурів-"нормотоніків" збільшилася на 8,61 %, у симпатотоніків – на 5,19 %, у парасимпатотоніків – на 12,71 %. Кількість остеобластів у первинній спонгіозі губчастості речовини за два тижні збільшилася на 4,06 – 5,18 %, хоча різниця показників між групами не мала вираженої достовірності ($p < 0,05$). Збільшення популяції остеобластів вказує на активізацію остеосинтетичних процесів і інтенсифікацію репаративної регенерації.

Зміни у компактній речовині кісток не такі різкі, як в інших ділянках, однак виявляється чітка тенденція до відновлення величини зони внутрішніх оточуючих пластин (+0,48 % у нормотоніків, +0,59 % у симпатотоніків та +0,36 % у ваготоніків). Ширина остеонного шару збільшилася на 0,46 %, 0,51 % та 0,57 % відповідно при порівнянні із попередніми дослідженнями.

І хоча морфометричні параметри відновних процесів не вражають своїми величинами, гістологічна картина свідчить про значне очищення плечових кісток від некротичних мас, формування неостеонів, поля остеоїду набувають ознак кальцифікації. Ділянки неоформленої грубоволокнистої кісткової тканини трансформуються у пластинчасті структури.

Отже, тритижневий термін репаративної регенерації є надто коротким проміжком часу для відновлення кісткової тканини, після тривалого важкого позаклітинного зневоднення організму. Проте, аналіз динаміки виявлених морфометричних змін компонентів плечових кісток та гістологічна картина свідчать про збереження потенціалу клітинних регенераторних процесів у кістці та можливість позитивного прогнозу відновлення після важкої патології.

СТАН ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ, ПРОТЕОЛІЗУ/ФІБРИНОЛІЗУ ПІД ВПЛИВОМ ФЛОКАЛІНУ ПРИ ХРОНІЗАЦІЇ ТОКСИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ

*ДП Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України
Буковинський державний медичний університет*

Одним із напрямків медикаментозної терапії є застосування лікарських засобів, механізмом яких є активація аденозинтрифосфатзалежних калієвих (K_{ATP}) каналів. Іонні канали цього типу приймають участь в ендогенній органопротекції завдяки модуляції тону судин, покращення продуктивності гемодинаміки та метаболічним ефектам. До фармакологічних модуляторів K_{ATP} каналів відноситься фторвмісний аналог пінацидилу кардіопротектор флокалін. Нами було встановлено, що після введення флокаліну щурам у періоді хронізації токсичної нефропатії покращувались гомеостатичні процеси та мав місце антипротеїнуретичний ефект. Відомо, що в прогресуванні дисфункцій нефроцитів важлива роль належить енергодефіциту та дисрегуляції систем протеолізу/фібринолізу. В зв'язку з цим, метою роботи було вивчення впливу флокаліну на показники енергетичного обміну, необмеженого протеолізу та тканинного фібринолізу за умов хронізації токсичної нефропатії у щурів.

Експерименти проводили після семиденного внутрішньошлункового введення лабораторним білим щурам флокаліну в дозі 5 мг/кг маси тіла, починаючи з 30 доби розвитку токсичної нефропатії. Модель створювали введенням підшкірно розчину дихлориду ртуті в дозі 5 мг/кг. Стан енергозабезпечення оцінювали через 2 год після останнього введення флокаліну за біохімічними показниками активності лужної фосфатази та сукцинатдегідрогенази в гомогенатах кіркової речовини нирок. На цьому ж гістологічному рівні визначали протеолітичну активність за лізисом азоальбуміну, азоказеїну, азоколагену та тканинний фібриноліз – за реакцією з азофібрином (Simko Ltd, Львів).

Результати досліджень показали, що за умов хронізації сулемової нефропатії в кірковій речовині нирок знижувалась активність лужної фосфатази та сукцинатдегідрогенази. Стан необмеженого протеолізу характеризувався приніченням деградації низько- і високомолекулярних білків, що демонстрували знижені показники лізису азоальбуміну та азоказеїну, без суттєвих змін лізису азоколагену. Прогресування токсичного пошкодження нефронів супроводжувалось низьким рівнем сумарної фібринолітичної активності зі збереженням неферментативної складової, але з суттєвим пониженням ферментативного фібринолізу.

Після введення активатора K_{ATP} каналів у щурів з сулемовою нефропатією зростала активність лужної фосфатази та сукцинатдегідрогенази. Захисна дія флокаліну поширювалась на процеси протеолізу/фібринолізу в кортикальному шарі. Лізис азоальбуміну та азоказеїну у щурів з моделлю патології підвищувався. Спостерігалось зниження розпаду азоколагену. Аналіз стану сумарного фібринолізу не виявив вірогідних відмінностей показників. Разом з тим, динамічна тенденція до зростання ферментативної активності практично спричинила відновлення ферментативного фібринолізу в кірковій речовині.

Отже, за допомогою флокаліну відновлювалась активність K_{ATP} каналів, які є метаболічними датчиками в багатьох клітинах організму. Факт підвищення показників енергозабезпечення дозволяє думати про збільшення продуктивності систем транспорту кисню, енергетичного обміну, покращення функціонального стану проксимального відділу нефрону, юктагломерулярного апарату нирок та синтезу компоненту фібринолізу урокінази. Підвищення протеолітичної активності в кірковій речовині можна розцінювати як здатність флокаліну перешкоджати надмірному накопиченню білків позаклітинного матриксу при прогресуванні токсичного пошкодження нирок.

ДИНАМІКА ЗМІН РІВНЯ ЛІПІДІВ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ПОЄДНОЇ ДІЇ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ ТА ФОСФОРОРГАНІЧНИХ СПОЛУК

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Розвиток промисловості, широке застосування побутової техніки призвело до появи в навколишньому середовищі надмірної кількості шкідливих речовин, серед яких важкі метали і елементарні сполуки. Потрапляючи в організм людини вони викликають зниження рівня загальної резистентності організму, порушення обміну речовин, в тому числі, ліпідів.

З метою вивчення змін показників ліпідного обміну за ураження важкими металами та гліфосатом було проведено дослідження на лабораторних нелінійних білих щурах – самцях трьох вікових груп: статевонезрілі (молоді, масою тіла 70-90 г і віком 2– 3 міс.), статевозрілі (середні, масою 170-210 г і віком 5-8 міс.) та старі (масою тілі 250-300 г та віком 20-24 місяці) тварини. Вік щурів визначали за схемою В. І. Махінько та Н. Н. Нікітіна. Отруєння щурів проводили впродовж 30 днів шляхом щоденного перорального введення водних розчинів плюмбум ацетату в дозі 11 мг/кг маси тіла (1/20 LD₅₀), купрум сульфату в дозі 13 мг/кг маси тіла (1/20 LD₅₀), гліфосату (у формі гербіциду раундапу) в дозі 250 мг/кг маси тіла (1/20 LD₅₀), інтактним тваринам вводили питну водопровідну дехлоровану воду. На 1-шу добу після 30-ти денного ураження тварин виводили з експерименту в умовах тіопенталнатрієвого наркозу. Визначення концентрації загальних ліпідів, триацилгліцеролів, загального холестеролу та рівень вільних жирних кислот проводили, використовуючи стандартний набір реактивів ТОВ НВП «Філісіт-Діагностика». Отримані цифрові дані обробляли методом варіаційної статистики з використанням t – критерію Ст'юдента.

Інтоксикація ацетатом плюмбуму сульфатом, купруму та гліфосатом в поєднанні супроводжувалася значними змінами показників ліпідного обміну. З отриманих даних видно, комбінована дія досліджуваних чинників призводить до істотних змін вмісту загальних ліпідів і окремих їх класів у печінці самців білих щурів. Так, концентрація загальних ліпідів суттєво зростала у порівнянні з інтактними тваринами, і становила у печінці молодих, дорослих та старих щурів 156 %; 140 % і 163 % від рівня у інтактних (контрольних) тварин.

При отруєнні солями важких металів та гліфосатом концентрація триацилгліцеролів достовірно зростала у всіх досліджуваних групах тварин і перевищувала норму в 2,75; 2,02 і 2,61 рази відповідно. Найбільш виражені зміни вмісту холестеролу спостерігалися у групі молодих тварин, так він був на 149 % вищий від рівня контрольних тварин.

Ще один показник, що має важливе значення для інтерпретації порушень обміну ліпідів є концентрація неетерифікованих жирних кислот (НЕЖК) у плазмі крові. Для молодих, дорослих та старих щурів вміст НЕЖК становив 147 %; 136 % і 158 % рівня контролю. Найбільші зміни усіх показників спостерігалися у молодих тварин.

Таким чином 30-и денна інтоксикація купрум сульфатом, плюмбум ацетатом та гліфосатом у формі раундапу в допорогових дозах (1/20 DL₅₀) супроводжується порушенням ліпідного обміну у печінці самців білих щурів.

ВПЛИВ ФІТОЗБОРУ НА ПЕРЕБІГ МІОГЛОБІНУРИЧНОЇ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В МИШЕЙ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Національний фармацевтичний університет*

Серед препаратів нефротропної дії чільне місце посідають засоби рослинного походження. Привертають увагу фітозбори, які завдяки багатокомпонентному складу можуть впливати на різні ланки патогенезу захворювання, що сприяє підвищенню ефективності фармакотерапії. Ми провели скринінгові дослідження 3 фітозборів на видільну функції нирок та виявили найперспективніший з них. Проведено фітохімічні дослідження найперспективнішого збору, встановлено наявність речовин фенольної природи (флавоноїдів, гідроксикоричних кислот, дубильних речовин), органічних кислот, полісахаридів і вільних цукрів, ефірних олій. Було встановлено наявність сечогінної дії досліджуваного збору. Перспективним є поглиблене дослідження його нефропротекторної активності.

Мета роботи – дослідити нефропротекторну активність оригінального фітозбору за умов міоглобінуричної гострої ниркової недостатності (ГНН) у мишей.

Матеріали та методи. Досліди виконано на білих рандомбредних мишах-самцях масою 15–20 г. Тварини дослідної групи внутрішньошлунково один раз на добу протягом п'яти днів отримували фітозбір (настій 1:10, 10 мл/кг), останній раз за 40-50 хв до ін'єкції гліцеролу. Тваринам групи інтактного контролю та модельної патології, вводили еквівалентний об'єм води. Як препарат порівняння використовували збір «Урофлоск» (настій 1:10, 10 мл/кг). ГНН спричиняли введенням у стегнові м'язи обох кінцівок тварин 50 % водного розчину гліцеролу в дозі 8 мл/кг. На другу добу ГНН досліджували стан видільної функції нирок, проводили біохімічні дослідження сечі та крові.

Отримані результати. У мишей групи модельної патології за умов міоглобінуричної ГНН спостерігали підвищення діурезу, асоційоване з падінням каналцевої реабсорбції води до 85,4 % проти 94,6 % у інтактних тварин ($p < 0,005$). Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) зменшилась у 1,8 рази. Вміст креатиніну в плазмі крові вдвічі перевищував аналогічний показник у інтактних тварин (102,4 мкмоль/л проти 50,9 мкмоль/л, $p < 0,001$). У мишей, які отримували настій фітозбору, реєстрували нормалізацію ШКФ та реабсорбції води. Вміст креатиніну в плазмі крові становив 52,5 мкмоль/л проти 76,2 мкмоль/л у групі «Урофлоску». На тлі застосування досліджуваного фітозбору коефіцієнт маси нирок наближався до такого в інтактних мишей, тоді як у тварин групи модельної патології та у тварин, яким вводили «Урофлоск», він мав тенденцію до зростання. Очевидні переваги досліджуваного фітозбору перед референс-препаратом, які полягають у відсутності виразного натрійурезу та протеїнурії, що є прогностично сприятливою ознакою перебігу ГНН. Таким чином, фітозбір зберігав ШКФ та функціональний стан каналців, нормалізував креатинінемію, протидіяв розвитку протеїнурії, перевершуючи за ефективністю препарат порівняння «Урофлоск».

Висновки. Оригінальний фітозбір чинить нефропротекторну дію за умов міоглобінуричної ГНН, знижує гіперкреатинінемію, нормалізує ШКФ та реабсорбцію води. Отримані результати обґрунтовують доцільність подальшого поглибленого вивчення досліджуваного нами фітозбору як перспективного нефропротекторного засобу.

ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ ТА ЛІПОПРОТЕЇНІВ У СИРІЙСЬКИХ ХОМ'ЯЧКІВ-САМИЦЬ РІЗНОГО ВІКУ ЗА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Національний фармацевтичний університет

Актуальність проблеми метаболічного синдрому (МС) не викликає сумнівів, оскільки ця патологія має значні темпи поширення в популяції та виступає предиктором ряду захворювань, включаючи серцево-судинні та цукровий діабет 2 типу. Дослідження механізмів розвитку, статевих та вікових особливостей патогенезу МС є невід'ємною складовою ефективного пошуку шляхів його профілактики та корекції.

Метою даної роботи було дослідження вікових особливостей обміну ліпідів та ліпопротеїнів у сирійських хом'ячків-самиць за умов експериментального МС.

Матеріали та методи. У роботі використовували золотавих сирійських хом'ячків-самиць віком 4 та 20 тижнів у яких моделювали МС шляхом утримання їх на висококалорійній дієті з додаванням фруктози протягом 5 тижнів. Оцінювали вміст загальних ліпідів (ЗЛ), апоВ-ліпопротеїнів (апоВ-ЛП), глюкозо-6-фосфат дегідрогенази (Г-6-Ф-ДГ), ліпопротеїнів високої густини (ЛВГ), кислій лізосомальної ліпази (ЛЛ) у гомогенаті печінки та вміст вільних жирних кислот (ВЖК) у сироватці крові тварин.

Результати і обговорення. Утримання тварин на висококалорійній дієті супроводжувалось достовірним зростанням показнику ВЖК у 1,41 рази у тварин віком 20 тижнів, що свідчило про активацію ліполітичних процесів. У молодих тварин цей показник не змінювався, що, імовірно було обумовлено пригнічуючим впливом естрогенів на ліполітичну активність жирової тканини. Показник апоВ-ЛП зростав з віком: у інтактних тварин він збільшувався на 20%, у тварин з МС – на 31%. Така динаміка свідчила про інтенсифікацію синтезу ліпідів з використанням ВЖК, що підтверджувало і достовірне зростання показнику кислій ЛЛ як у молодих, так і у дорослих тварин. Такі зміни свідчили про активацію ліполітичних процесів у печінці самиць при дорослішанні. Вміст ЗЛ зростав у 1,23 рази у тварин віком 4 тижні з МС та у 1,31 рази у 20 тижневих самиць з патологією у порівнянні зі здоровими хом'ячками. Така динаміка підтверджувала вищесказане щодо формування атерогенної дисліпідемії, яка у самиць розвивається з віком та імовірно тісно корелює з гормональним фоном. Дослідження Г-6-Ф-ДГ показало, що активність ферменту була знижена, що свідчило про те, що гіперліпідемія була обумовлена пригніченням мітохондріального окиснення ліпідів, а не інтенсифікацією синтезу жирних кислот *de novo*. У тварин різного віку спостерігалось зниження вмісту ЛВГ, імовірно, за рахунок їх інтенсивного поглинання тканинами.

Висновки та перспективи. Дослідження окремих показників метаболізму ліпідів та ліпопротеїнів у хом'ячків-самиць різного віку – 4 та 20 тижнів дозволило виявити взаємозв'язок розвитку атерогенної дисліпідемії з віком. Це підтверджувалося змінами вмісту ВЖК, концентрація яких зростала у тварин віком 20 тижнів на тлі МС, проте не змінювалась у молодих тварин, що пояснювалося більш низькою ліполітичною активністю жирової тканини, яка корелює з вмістом статевих гормонів. Вміст атерогенної фракції – апоВ-ЛП зростав тільки в дорослому віці. Аналогічна динаміка спостерігалася і у відношенні вмісту ЗЛ у печінці самиць на тлі зниження вмісту ЛВГ. Таким чином, у самиць ризик виникнення МС та атерогенної дисліпідемії суттєво залежить від віку, що, насамперед, обумовлено змінами вмісту естрогенів при дорослішанні. Отримані дані відкривають перспективи подальшого поглибленого вивчення статевих та вікових відмінностей у механізмах розвитку МС та пошуку шляхів їх корекції.

УДК 543.544+543.422.3]:615.214.074:543.632.56

Загородній С.Л., Васюк С.О., Бугайова В.В.

СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНА МЕТОДИКА КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЛОРАТАДИНУ В ТАБЛЕТКАХ

Запорізький державний медичний університет

Останнім часом серед населення набувають все більшого поширення алергічні захворювання, особливо серед жителів великих промислових міст. Одним з найпоширеніших і разом з тим найефективніших протиалергійних препаратів, можна назвати блокатор H_1 -рецепторів – лоратадин. У зв'язку з цим метою нашої роботи була розробка нових простих, ефективних та доступних методів аналізу лоратадину.

Об'єктом нашої роботи був лікарський препарат – таблетки «Лорано», що містять по 10 мг лоратадину. Також у дослідженні було використано субстанцію лоратадину, хімічно чисті сульфоталеїнові барвники та розчинники. Оптична густина вимірювалась на спектрофотометрі Specord 200 (Analytik jena, Німеччина).

В ході досліджень встановлено, що лоратадин реагує з бромкрезоловим зеленим у ацетонному розчині з утворенням стійкого продукту жовтого кольору з максимумом абсорбції при 411 нм. Межа виявлення лоратадину за цією реакцією складає $9,7 \cdot 10^{-7}$ г/мл, що свідчить про її високу чутливість. Підпорядкування закону Бера перебуває у межах концентрацій 1,5–3,0 мг/100 мл. Розроблена методика була застосована до лікарської форми «Лорано» та успішно валідована на вимогу Державної фармакопеї України за такими валідаційні характеристиками, як лінійність, прецизійність на рівні збіжності, специфічність, правильність та робастність.

Отже, розроблено нову, експресну, економічну та точну методику кількісного визначення лоратадину в таблетках і успішно застосовано її до лікарської форми «Лорано». Розроблена методика може бути рекомендована для використання в фармацевтичних лабораторіях.

УДК 615.26:546.479.6

Кернична І.З.

ФІТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВИ ЛОБОДИ БІЛОЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Флора України багата видовим складом лікарських рослин, які ще не знайшли свого застосування в офіциальній медицині, але мають великий вміст біологічно активних речовин та здатні проявити коригуючий вплив на організм при різних захворюваннях. Перспективною у цьому напрямку є лобода біла (*Chenopodium album*) родини Лободових (*Chenopodiaceae*), яка зростає як бур'ян по всій території України.

Метою нашої роботи було дослідження кількісного вмісту вітамінів С та К, каротиноїдів, флавоноїдів у траві лободи білої (*Chenopodium Albi Herba*). Для визначення вмісту аскорбінової кислоти використовували титриметричний метод з 2,6-дихлорфеноліндофенолятом, вітаміну К – спектрофотометричний методом при довжині хвилі 320 нм. Вміст суми каротиноїдів (в перерахунку на β -каротин) проводили екстрагуванням гексаном, з подальшим спектрофотометричним визначенням при довжині хвилі 450 нм, вміст суми флавоноїдів – за методикою ДФУ.

Наші дослідження показали, що вміст аскорбінової кислоти у траві лободи білої становив (0,71 % \pm 0,05), вітаміну К – (0,045 % \pm 0,0001), каротиноїдів – (56,53 \pm 0,012) мг. За результатами експериментальних досліджень кількісний вміст суми флавоноїдів у рослинній сировині складав (7,53 \pm 0,092) %.

Отже, перспективним є подальше фітохімічне вивчення біологічно активних речовин трави лободи білої, оскільки робота спрямована на пошук та вивчення хімічного складу нових видів лікарської рослинної сировини.

ЗМІНИ ГІДРОФІЛЬНОСТІ ТКАНИН ПІД ВПЛИВОМ ТРЕНТАЛУ Й КСАНТИНОЛУ НІКОТИНАТУ

Буковинський державний медичний університет

Синтетичні диметилксантини трентал і ксантинолу нікотинат крім периферичної судино-розширювальної дії здатні збільшувати сечовиділення. Попередніми нашими дослідженнями встановлено, що діуретична та натрійуретична дія цих препаратів обумовлена активацією натрійуретичного гормону, який відіграє важливу роль у регуляції водно-солевого гомеостазу та перерозподілі води й електролітів у тканинах організму. Робіт щодо впливу препаратів на гідрофільність тканин та вміст у них електролітів не виявлено.

Метою даного дослідження стало вивчення впливу тривалого (7 діб) внутрішньоочеревинного введення шурам тренталу ("Hochst", Туреччина) й ксантинолу нікотинату ("Галичфарм", Львів) у дозі по 3 мг/кг на вміст води, йонів натрію й калію в тканинах серця, печінки, нирок, тонкої і товстої кишки та скелетних м'язів. Наважки сирі тканини внутрішніх органів висушували до постійної маси в сушильній шафі при 80⁰ С впродовж 3 днів. Вміст йонів натрію й калію в тканинах органів визначали за методом Martorano J., загальну воду вираховували за різницею між початковою та після висушування масою тканин.

Доведено, що досліджувані ксантинові препарати в 1,2 раза зменшують вміст води в скелетних м'язах тварин, трентал також вірогідно зменшує вміст води в тканині печінки, ксантинолу нікотинат – у тканині серця. Обидва препарати в 1,5 раза зменшують вміст йонів натрію в тканині тонкої кишки, дещо меншою мірою – в тканинах нирок, печінки, кишечника і скелетних м'язів, а також виводять йони калію з тканин печінки і тонкої кишки тварин.

Таким чином, експериментально встановлене зниження гідрофільності тканин під впливом тренталу й ксантинолу нікотинату має практичне значення за умов збільшення об'єму позаклітинної рідини в організмі і дає підстави для подальших клінічних досліджень.

ПОРІВНЯЛЬНА ДІЯ НА НИРКИ ТРЕНТАЛУ Й КСАНТИНОЛУ НІКОТИНАТУ ЗА УМОВ СПОНТАННОГО ДІУРЕЗУ

Буковинський державний медичний університет

Метилксантинові препарати трентал і ксантинолу нікотинат завдяки широкому спектру їх фармакологічної дії досить часто застосовують у клінічній практиці, в тому числі, й при захворюваннях нирок. Однак, відсутні відомості щодо їх впливу на функції нирок у порівняльному аспекті. Тому актуальним є вивчення порівняльної дії метилксантинових препаратів на нирки.

Дослідження екскреторної та йонорегулювальної функцій нирок проводили за однакових умов спонтанного діурезу після одноразового та тривалого (7 днів) внутрішньоочеревинного введення тренталу ("Hochst", Туреччина) й ксантинолу нікотинату ("Галичфарм", Львів) в дозі по 3 мг/кг. Концентрацію креатиніну в сечі визначали спектрофотометрично, йонів натрію й калію – методом фотометрії полум'я.

Вірогідне збільшення діурезу під дією ксантинолу нікотинату встановлено на третю, тренталу – на п'яту добу введення. Розрахунки відносного діурезу показали, що збільшення сечовиділення під впливом препаратів здійснюється за рахунок зростання сечоутворення без суттєвих змін питної збудливості у тварин. Більш виразно досліджувані препарати проявляють салуретичну дію, ніж діуретичну: натрійурез на 7-й день уведення ксантинолу нікотинату зростає на 70%, тренталу – на 40% порівняно з контролем. За однакових умов експерименту інтенсивнішим натрійуретиком виявився ксантинолу нікотинат, натрійуретична дія якого на 25% вища, ніж у тренталу, що можна пояснити наявністю в його молекулі кислоти нікотинової, здатної

стимулювати натрійурез [Іванов Ю.І., 1982]. Також препарати збільшують екскрецію йонів калію: трентал – на 60%, ксантинолу нікотинат – на 45%.

Виявлені відмінності в дії на нирки тренталу й ксантинолу нікотинату можуть бути експериментальним обґрунтуванням диференційованого їх призначення при різних порушеннях обміну води та солей в організмі.

УДК:615.014.07:582.998.16

Козир Г.Р., Васенда М.М., Мирончук Л.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СУХОГО ЕКСТРАКТУ ЧОРНОБРИВЦІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Значне розповсюдження захворювань печінки і шлунково-кишкового тракту, а також наявність гепатотоксичної дії багатьох синтетичних препаратів обумовлюють актуальність пошуку нових лікарських засобів рослинного походження, які виявляють виражену терапевтичну дію та мінімальні побічні ефекти.

Одним із перспективних джерел лікарської рослинної сировини для виробництва нових високоефективних препаратів є чорнобривці.

Тому метою наших досліджень є розробка капсульованого лікарського засобу на основі сухого екстракту чорнобривців.

Як відомо, технологічні властивості активних компонентів визначають вид лікарської форми, її склад і показники якості. Тому будь-які експериментальні дослідження складу і технології лікарського засобу доцільно починати із вивчення фармако-технологічних властивостей діючих речовин.

Екстракт чорнобривців сухий досліджували за наступними показниками: плинність (швидкість течії через насадку, кут природнього відкосу та коефіцієнт Гауснера), насипна густина та густина до усадки. В результаті проведених досліджень отримано наступні результати: швидкість течії через насадку становить 14,1 г/с; кут природнього укусу – 53⁰; коефіцієнт Гауснера – 1,2; насипна густина – 0,45 г/мл; густина після усадки – 0,55 г/мл. Дані показники свідчать про доцільність розробки лікарського засобу на основі сухого екстракту чорнобривців у капсульованій формі. Але з метою їх покращення необхідно підібрати певні групи допоміжних речовин та вивчити їх вплив на фармако-технологічні показники одержаних капсул на основі екстракту чорнобривців сухого.

Козуб Ю.І.

Науковий керівник асистент Дуда Катерина Михайлівна

СТАН ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ НА ТЛІ ЦД2

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Цукровий діабет – це системне захворювання, яке характеризується порушенням обмінних процесів, виникнення мікро – та макро – ангіопатій та зниження діяльності опірної системи. Сучасні дослідження підтверджують, що першими ознаками є порушення обмінних речовин ротової порожнини. Першими ознаками цукрового діабету, який спричинений порушеннями організму, мікроангіопатіями, деструктивними процесами ротової порожнини.

Основним із патогенетичних чинників цукрового діабету є зниження гуморального імунітету, тому важливим є вивчення рівня імуноглобулінів в сироватці крові при пародонти ті на тлі ЦД2 типу з метою підвищення ефективності розробки схем профілактики та лікування цього захворювання.

Отримані нами експериментальні дані вказують за зниження рівня імуноглобулінів у сироватці крові щурів при ЦД типу 2, та рівень IgG становив 57 %, IgM – 50 %, IgA – 58 %. Моделювання гострого пародонтиту супроводжується комплексом патологічних змін з перевагою запальних та дистрофічних запалень. Відомо, що розвиток запалення у пародонти ті неодноразово пов'язаний із системними процесами в організмі, що характеризується запальною відповіддю. Встановлено, що на 2-гу добу після моделювання гострого пародонтиту відбувається зростання імуноглобулінів, зокрема концентрація IgM – 160 %, IgA – 141 %, тоді як IgG знижується та становить 84 %, відносно контрольної групи. Потрібно відмітити достовірне зростання досліджуваних імуноглобулінів у сироватці крові щурів з гострим пародонтитом через 8 діб експерименту. Відбувається зростання концентрації IgM – 126 %, IgA – 132 %, а також зниження IgG до 85 %, стосовно контрольної групи. На тлі цукрового діабету 2 типу через 2 доби після модельованого гострого пародонтиту у щурів відмічено зниження концентрації імуноглобулінів: IgG – 89 %, IgM – 74 %, IgA – 73 % стосовно контрольної групи. Потрібно зазначити, що вміст досліджуваних імуноглобулінів у групі тварин з цукровим діабетом, яким моделювали гострий пародонти, показав зниження через 8 діб експерименту вмісту IgG – 97 %, IgA – 70 % та зростання IgM до 126 %, відносно контрольної групи.

Отримані дані свідчать про те, що концентрація імуноглобулінів відображає формування у тварин з пародонтитом ЦД типу 2, змін імунних механізмів захисту ротової порожнини з проявами активізації запалення.

УДК 616.127-091:577.121.7:616-009.12.001.57

Колесова Н.А., Натрус Л.В., Брюзгіна Т.С., Литвиненко В.І., Сухарева Н.М.

ЕНЕРГЕТИЧНІ ТА СТРУКТУРНІ МІНИ В МІОКАРДІ ЗА МОДЕЛЮВАННЯ СУДОМНОГО СИНДРОМУ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Розвиток епілепсії зазвичай є наслідком глибокого ураження головного мозку, яке може виникнути за різних етіологічних факторів. В експериментальних умовах епілептична реакція виникає з різних причин, найважливішими з яких є: подразнення головного мозку електричним струмом, інтоксикації (отруєння), механічна черепно-мозкова травма, гостра гіпоксія та ін.. Вважають, що провідним патогенетичним чинником цієї реакції є набряк мозку. Судоми за епілепсії є наслідком надмірного гіперсинхронного розряду кіркових нейронів. Клінічно виділяють 2 варіанти перебігу захворювання: велика епілепсія і мала епілепсія. Показано, що в експериментальних умовах великий епілептичний напад відповідає електрошоковому судомному синдрому, а малий – коразоловому. Стан внутрішніх органів за цієї патології мало досліджений, що утруднює оцінку механізмів її розвитку і розробку адекватних лікувальних фармакологічних схем.

Метою роботи було вивчення особливостей енергетичного обміну та структури серця за електрошокової та коразолової моделей судомного синдрому у білих щурів.

Дослідження проведені на 30 щурах–самцях лінії Вістар масою 170-200г. з електрошоковою моделлю судомного синдрому, який відтворювали шляхом дії електричного струму силою 50 мА впродовж 0,5 сек. 1 раз на тиждень на протязі 3 місяців, а також на 20 щурах–самцях з коразоловою моделлю судомного синдрому, який моделювали шляхом введення коразолу (пентілентетразол, Sigma, США) внутрішньоочеревенно в дозі 80 мг/кг.

Гістохімічне дослідження активності сукцинатдегідрогенази (СДГ) проводили за Нахласом і співав., лактатдегідрогенази (ЛДГ) за Гессом, Скарпеллі і Пірсом, а також НАД-Н ДГ та НАДФ-Н ДГ за Фарбером.

Вивчення жирно-кислотного (ЖК) складу ліпідів тканини серця та плазми крові проведено методом газорідинної хроматографії. Було ідентифіковано 9 найбільш інформативних ЖК. Вірогідність отриманих результатів оцінювалася по t-критерію Ст'юдента.

Проведені дослідження показали, що структурним підґрунтям становлення патології міокарда за моделювання електрошокових та коразолових судом є поєднана зміна мікросудин та скоротливого міокарда з основним акцентом на розвиток контрактурних змін кардіоміоцитів та спазму міжм'язевих мікросудин, що обумовлює погіршення кровообігу і зменшення постачання кисню до робочих клітин. Структурні зміни міокарда розвиваються на фоні енергетичних зсувів, які гістохімічно виявляються вірогідним зниженням в кардіоміоцитах активності СДГ та підвищенням – ЛДГ, що відображає розвиток в міокарді ознак тканинної гіпоксії. Встановлене також зростання розпаду та зниження синтезу АТФ. Все це свідчить про наявність за відтворення електрошокової та коразолової моделей судомного синдрому гіпоенергетизму, ступінь якого вища за електрошокової моделі судомного синдрому. Проведеними дослідженнями також встановлено, що у щурів за змодельованих умов розвиваються мембранодеструктивні процеси. Паралельно в умовах відтворення електрошокової та коразолової моделей розвивається зміна співвідношення насичених і ненасичених ЖК в серці та крові за рахунок зміни міристинової, пальмітинової ЖК, олеїнової ЖК та суми ПНЖК, що може слугувати доказом порушення ліпідного метаболізму. Таким чином, за моделювання судомного синдрому різної етіології виникає доцільність пошуку і проведення фармакотерапії, спрямованої на активацію енергетичного обміну.

УДК:616.36-092.9-099:543.395:577.152.199.2

Колісник І.Л.

ВПЛИВ ОРГАНІЧНИХ СУМІШЕЙ НА ОСНОВІ АЛКІЛФОСФАТІВ НА СТАН ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЩУРІВ

Харківський національний медичний університет

Оксидантно-антиоксидантна система організму є однією з чутливих на токсичний вплив хімічних факторів довкілля. Серед останніх розповсюдженими є суміші алкілфосфатів (САФ), які за фізико-хімічними властивостями та особливостями будови молекул відносяться до класу аніонактивних детергентів. Значні об'єми виробництва, широкий спектр використання і різноманітний асортимент продукції, що виробляється на основі САФ, спричинюють їх надходження до об'єктів довкілля та тим самим вплив на здоров'я людини. Стан оксидантно-антиоксидантної системи за умов впливу САФ вивчено недостатньо, а саме його урахування є необхідним для розкриття механізмів порушень морфофункціонального гомеостазу організму та розроблення засобів їх корекції.

Метою дослідження була оцінка при тривалій дії органічних сумішей на основі алкілфосфатів у дозах 1/10 і 1/100 ДЛ50 змін у оксидантно-антиоксидантній системі шляхом визначення у печінці щурів інтенсивності хемілюмінесценції, активності глутатіонпероксидази та глутатіонредуктази.

У роботі використано зразки САФ фракцій С10-13, С10-18, С10-20. Експерименти проведено на статевозрілих щурах-самцях лінії Вістар, масою 180-220 г. Утримання та маніпуляції над тваринами виконувались відповідно до принципів у сфері біоетики. Тварин піддавали пероральній затравці водними розчинами САФ щоденно одноразово протягом 30 діб у дозах 1/10 і 1/100 ДЛ50. Середньолетальні дози (ДЛ50) становили для САФ10-13 – 12,6 г/кг; САФ10-18 – 11,7 г/кг; САФ10-20 – 6,9 г/кг маси тіла. Тваринам контрольної групи вводили відповідні об'єми питної води. Дослідження показників здійснювали через 30 діб після початку експери-

менту. У кожній групі було по 15 тварин. Тварин декапітували, попередньо анестезуючи тіопенталом натрію. Інтенсивність індукованої Fe^{2+} хемілюмінесценції (ХЛ) у гомогенаті печінки вимірювали на медичному хемілюмінометрі ХЛМЦ1-01. Активність глутатіонпероксидази (ГПО) і глутатіонредуктази (ГР) оцінювали спектрофотометрично у гомогенаті печінки відповідно за вмістом окисленої форми глутатіону, що утворюється при проведенні реакції знешкодження пероксиду водню, та за зміною швидкості окислення НАДФН при 340 нм.

На 30-ту добу, в порівнянні з контролем, спостерігалось підвищення ($p < 0,001$) інтенсивності ХЛ на 53, 94 і 141% відповідно при дії САФ10-13, 10-18 і 10-20 у 1/10 ДЛ50. При цьому доза 1/100 ДЛ50 викликала зростання інтенсивності ХЛ лише у випадку САФ10-13 (на 38%, $p = 0,02$) і САФ10-20 (на 68%, $p < 0,001$), але воно було менш виразним, ніж у дозі 1/10 ДЛ50. САФ10-13 у 1/100 ДЛ50 не впливала на даний показник ($p = 0,43$).

САФ10-13, 10-18 і 10-20 у 1/10 ДЛ50 викликали, при порівнянні з контролем, зниження ГПО відповідно на 25% ($p < 0,001$), 8% ($p = 0,03$) і 31% ($p < 0,04$). Вплив САФ10-18, 10-20 у цій дозі на ГР також супроводжувався її зменшенням відповідно на 32% ($p = 0,007$), 51% ($p < 0,001$). Дія САФ10-13 у 1/10 ДЛ50 на ГР була недостовірною ($p = 0,16$). Протилежна динаміка змін спостерігалась за дії 1/100 ДЛ50: САФ10-13, 10-18, 10-20 знижували, при порівнянні з контролем, ГПО і ГР відповідно на 34 і 85% ($p = 0,002$), 40 і 148% ($p < 0,001$), 43 і 269% ($p < 0,001$). Зниження ГПО і ГР за дії САФ у 1/10 ДЛ50 можливо пов'язано з виснаженням компенсаторних реакцій або антиоксидантної системи печінки щурів. Підвищення активності ГПО і ГР відбувається, ймовірно, внаслідок інтенсифікації адаптаційних процесів у відповідь на дію сумішей у менш токсичній дозі 1/100 ДЛ50.

У цілому результати свідчать про зсув оксидантно-антиоксидантної рівноваги у печінці щурів у бік активації вільнорадикальних процесів, особливо у випадку дії 1/10 ДЛ50. Наслідками таких змін є порушення структурно-функціональних властивостей мембран гепатоцитів, підвищення їх лабільності та проникності. У подальшому планується провести комплекс досліджень, спрямованих на визначення стану мембран гепатоцитів.

УДК 616.71-008.9-02:616.718.51-007-085.27]-092.2

Корда М. М., Панасюк Я. В.

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ВІДНОВЛЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ НАНОМАТЕРІАЛІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Порушення репаративного остеогенезу у вигляді дисрегенерацій залишається однією із найскладніших проблем практичної травматології, вирішення якої потребує нових інноваційних підходів. Враховуючи те, що сама кістка є природним наноконкомпозитом, то застосування наноматеріалів має великий потенціал для прискорення остеорегенерації.

Мета. Дослідити можливість застосування суміші наноаквахелатів металів (Са, Сu, Со, Zn, Mg, Fe) для відновлення післятравматичного кісткового дефекту у щурів.

Матеріали і методи: Експеримент проводився на білих статевозрілих щурах-самцях ($n = 56$). Всі тварини були поділені на три групи: I – інтактні тварини, II – контрольна група (тварини із змодельованим кістковим дефектом), III – тварини із кістковим дефектом, ліковані наночастинками металів. Кістковий дефект (розміром 2,0 мм в діаметрі) викликався стоматологічним бором у верхній третині великогомілкової кістки. Третя група тварин шляхом перорального введення отримувала суміш наноаквахелатів металів на протязі всього експерименту. Тварин декапітували на 7-й, 14-й та 28-й день. Були застосовані біохімічні (визначали активність лужної та кислої фосфатази, індекс мінералізації, колагенолітичну активність плазми крові, вміст оксипроліну, вміст Са та Р у плазмі крові), рентгенологічні, гістологічні, статистичні методи дослідження.

Отримані результати: Через 7 днів після нанесення травми спостерігали достовірне збільшення вмісту оксипроліну, С-реактивного білка та глікозамінгліканів у контрольній та лікованій групі у порівнянні із інтактними тваринами. Дані зміни відповідають фазі резорбції, при чому рівень даних показників був дещо вищим саме у контрольній групі. Вивчаючи гістологічні препарати регенерату на даній стадії відмічали появу нових грануляційних тканин у кістковому дефекті великогомілкових кісток тварин, що отримували наноаквахелати, тоді як у контрольній групі зберігались незначні залишки гематоми, що вказує на сповільнення остеорегенерації. Рівень лужної фосфатази достовірно зростав у II та III групах досліджуваних тварин. На 14-й день експерименту відмічали нормалізацію всіх маркерів остеорезорбції у контрольній та досліджуваній групах, тоді як рівень лужної фосфатази та індекс мінералізації був значно більшим лише у експериментальній серії тварин. При гістологічному дослідженні у тварин контрольної групи спостерігалось перевищення фіброретикулярних тканини, що свідчило про сповільнення регенерації кісткової тканини. На 28-й день після травми біохімічні зміни на мали статистичної достовірності. Тоді як при гістологічному дослідженні у тварин контрольної групи не відмічали повного відновлення травматичного кісткового дефекту, на відміну від тварин, що отримували наноаквахелати. Дані зміни підтвердились також рентгенологічно.

Висновки: У результаті нашого дослідження встановлено ефективність застосування наноаквахелатів металів для стимуляції післятравматичного остеогенезу. Отримані позитивні результати потребують подальших ґрунтовних досліджень у цій галузі.

УДК:615.99:546.48-06:616.341-003.93]-092.9

Котляренко Л. Т.¹, Ружицька О. Ю.²

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СТРУКТУР ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ КАДМІЄВІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ ОРГАНІЗМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ ТВАРИН

1 – Національна академія внутрішніх справ

2 – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Важливою проблемою сучасної морфологічної науки є з'ясування ремоделювання внутрішніх органів при впливі на організм шкідливих токсинів екзогенного походження. Окрім того, пріоритетними напрямками сучасних морфологічних і токсикологічних досліджень є віковий аспект проблеми, адже кожному періоду життя властиві певні особливості дії, розподілу та рівня накопичення хімічних речовин, до яких відносять і важкі метали.

Метою дослідження було встановити структурні зміни у частинах порожньої та клубової кишок в експериментальних тварин, різних за віком, при кадмієвій інтоксикації.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що після введення кадмії хлориду відбуваються морфофункціональні зміни у порожній та клубовій кишках білих щурів різних вікових груп, які мали характерні риси й залежали від тривалості спостереження за ураженими тваринами. Виявлене зменшення товщини слизової оболонки порожньої та клубової кишок експериментальних тварин за рахунок вкорочення і деструкції ворсинок та зменшення глибини крипт. Збільшення товщини м'язової оболонки досліджуваних частин тонкої кишки зумовлене набряком та судинними розладами, які домінували у порожній кишці статевонезрілих білих щурів. Інтоксикація організму тварин різних вікових груп кадмії хлоридом призводила до потовщення стінки артеріальних судин, звуження їх просвіту, пошкодження ендотеліоцитів, зниження пропускної здатності, погіршення кровопостачання органа. Більш виражена структурна перебудова при цьому виявлена у артеріях дрібного калібру порожньої та клубової кишок.

УДК: 546.62'131-06:616.341-003.93]-092.9

Котляренко Л. Т.¹, Ярема О. М.²

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СТРУКТУР ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ДІЇ АЛЮМІНІЮ ХЛОРИДУ

1 – Національна академія внутрішніх справ

*2 – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Важливою проблемою сучасної морфологічної науки є з'ясування ремоделювання внутрішніх органів і систем при впливі на організм різних екзогенних чинників, в тому числі алюмінію хлориду.

Мета дослідження – встановити структурні зміни порожньої та клубової кишок при алюмінієвій інтоксикації в тварин у динаміці експерименту. Визначити характер і направленість структурної перебудови тонкої кишки експериментальних тварин при інтоксикації алюмінію хлориду. Для оцінки впливу алюмінію хлориду на організм піддослідних тварин використовували мікроскопічні й електронномікроскопічні методи, які дозволили встановити якісні та кількісні зміни структурних компонентів порожньої та клубової кишок.

При візуальному спостереженні виявлявся набряк, що в основному відбувалось за рахунок дилатації судин гемомікроциркуляторного русла та стазів формених елементів у розширених просвітах м'язової оболонки. При дослідженні епітеліальної пластинки ворсинок встановлено зростання пошкодження епітеліоцитів, а в сполучній тканині помітно зберіглися ознаки набряку. Мікрворсинки мали тенденцію до відновлення на апікальній поверхні клітини. Цитоплазма просвітлена, у ній прослідковувалась лейкоцитарна інфільтрація. Ядра подовгастовальної форми. Базальна мембрана залишалась потовщеною, з нечіткими контурами.

Отже, структурні зміни стінки порожньої та клубової кишок характеризувались збільшенням стінок судин мікроциркуляторного русла в її оболонках. Отримані результати дають підстави припускати, що з першої по чотирнадцяту доби експерименту продовжуються деструктивні процеси, а процес відновлення за цей період не завершується.

УДК: 611-018.5:612.017.4-02:616-001.17-085.324:591.477:599.731.1]-092.9

Крамар С.Б., Волков К.С.

СТАН ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У МУРЧАКІВ В РІЗНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ТЕРМІЧНОГО УРАЖЕННЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

В останні роки все більше уваги привертає до себе синдром ендогенної інтоксикації, за показниками якої можна оцінити стан організму, прогнозувати протікання патологічного процесу, визначати ефективність лікування. Відомо, що ендотоксикоз займає одне з провідних місць у розвитку опікової хвороби.

Метою цієї роботи було вивчити динаміку показників ендогенної інтоксикації після експериментальної термічної травми.

Опік III ступеня на 20 % поверхні тіла експериментальним морським свинкам наносили водяною парою при температурі 96–97 °C протягом 60 секунд під загальним ефірним наркозом. Тварин виводили з експерименту на 1, 7, 14, та 21 доби дослідження, що відповідає стадіям шоку, ранньої та пізньої токсемії і септикотоксемії опікової хвороби. Дослідженню підлягала кров лабораторних тварин. Рівень ендогенної інтоксикації оцінювали за еритроцитарним індексом інтоксикації та вмістом молекул середньої маси. Забір, обробку матеріалу та визначення цих показників проводили згідно загальноприйнятих методик. Одержаний в результаті експерименту цифровий матеріал був систематизований та оброблений за допомогою методів варіаційної статистики із використанням t-критерію Стьюдента.

Дослідження еритроцитарного індексу інтоксикації встановили, що на 1 та 7 доби експерименту спостерігалось достовірне його зростання до $(78,55 \pm 2,43) \%$ та $(95,48 \pm 1,35) \%$ відповідно, а на 14 та 21 доби значення цього параметра знижувалось, проте було достовірно вищим порівняно з тваринами інтактної групи та становило $(84,10 \pm 2,52) \%$ і $(72,03 \pm 1,87) \%$. Дані результати перевищували показник норми $(55,25 \pm 2,36) \%$ відповідно у 1,42; 1,73, 1,52 та 1,3 раза.

Проведені біохімічні дослідження токсичності плазми крові встановили, що концентрація молекул середньої маси складає на 1 добу досліджу $(0,860 \pm 0,016)$ ум.од.; на 7 – $(0,982 \pm 0,026)$ ум.од.; 14 – $(0,895 \pm 0,013)$ ум.од.; 21 добу – $(0,870 \pm 0,018)$ ум.од., що достовірно перевищує показники інтактних тварин $(0,544 \pm 0,012)$ ум. од. відповідно в 1,58; 1,81; 1,64 і 1,6 раза.

Таким чином, біохімічно виявлено, що рівень ендогенної інтоксикації у мурчаків при експериментальній термічній травмі сягає свого піку у стадії ранньої токсемії. Еритроцитарний індекс та вміст середніх молекул у плазмі крові експериментальних тварин у стадіях пізньої токсемії та септикотоксемії незначно знижувалися та достовірно перевищували такі ж показники тварин інтактної групи.

У подальших дослідженнях планується встановити ступінь ендогенної інтоксикації при термічній травмі за умов корекції.

УДК 616.367-005.3-06:[612.12+612.46]-092.9

Куліцька М. І., Яремчук О. З., Миронюк Д. Б., Вітяк А. О.

ЗМІНИ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ ТА СЕЧІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Функціональна недостатність нирок, пов'язана з патологією печінки та жовчовивідних шляхів з одночасним виникненням ряду ускладнень в інших органах та порушення при цьому обмінних процесів вказує на необхідність більш детального вивчення особливостей всіх патогенетичних ланок даних захворювань. На сьогодні в доступних нам джерелах наукової літератури недостатньо робіт, присвячених вивченню ниркових дисфункцій при хронічному холестазі, що потребує дослідження за умов експерименту.

Мета роботи – дослідити зміни біохімічних показників в сироватці крові та сечі щурів з експериментальним холестазом, який моделювали у 30 статевозрілих щурів-самців, накладаючи подвійну лігатуру на спільну жовчну протоку з наступним її пересіченням. Контролем слугували псевдооперовані тварини. Евтаназію щурів здійснювали шляхом кровопускання за умов тіопенталового наркозу на 28 добу від початку досліджу. Всі маніпуляції з експериментальними тваринами проводили з урахуванням принципів біоетики.

За загальноприйнятими біохімічними методиками визначали концентрацію загальних жовчних кислот, загального білірубіну, сечовини, електролітів (іонів Na^+ і K^+), активність аспартатамінотрансферази (АсАТ) і лужної фосфатази (ЛФ), вміст дієнових кон'югатів (ДК), ТБК-активних продуктів (ТБК-АП), активність каталази (КТ), супероксиддисмутази (СОД) і концентрацію α -токоферолу визначали за загальноприйнятими біохімічними методиками. Кількісні показники обробляли статистично з використанням програми «STATISTICA Statsoft».

Як показали результати наших досліджень, через 28 діб від початку моделювання холестазу відбувається істотне порушення процесу утворення і виділення жовчі. Так, у сироватці крові піддослідних щурів спостерігали значне збільшення концентрації загальних жовчних кислот (у 73,1 раза) та загального білірубіну (в 17,8 раза). Достовірно зростала активність АлАТ (у 7,6 раза) та ЛФ (у 4,6 раза), що вказує на деструктивні процеси в печінковій паренхімі. За умов вираженої холемії нирки виводять з організму надлишок жовчних кислот, при цьому розвивається стійка холурія. Також було встановлено, що 28-добовий холестаза призводить до активізації процесів ПОЛ в гомогенатах нирок експериментальних щурів, про що свідчить достовірно

збільшення рівня ДК і вмісту ТБК-АП. При цьому відмічали пригнічення антиоксидантного захисту органа – знижувалась активність КТ, СОД та концентрація α -токоферолу.

У сироватці крові тварин, яким моделювали 28-добовий холестаза, спостерігали збільшення концентрації сечовини, загальних ліпідів та іонів калію. У сечі відмічали збільшення концентрації білка, зменшення питомої ваги сечі, концентрації сечовини та її мінімального кліренсу.

Таким чином, холестаза у тварин провокує цілий ряд негативних біохімічних змін, що призводить до значних метаболічних і структурних порушень печінки і жовчовивідних шляхів, що в свою чергу супроводжується розвитком ренальної форми ниркової недостатності.

Перспективи подальших досліджень. З'ясування особливостей перебігу біохімічних процесів в організмі піддослідних щурів за умов експериментального холестазу може бути використано в подальших наукових дослідженнях, пов'язаних із розробкою обґрунтованих методів профілактики та лікування даної патології.

УДК 616.34-007.272-099]-092.9

Магльона В.В.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАЛЕЛІ РІВНЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА СТРУКТУРНОЇ РЕОРГАНІЗАЦІЇ КРОВОНОСНИХ СУДИН ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ У ЩУРІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ АЛКОГОЛЕМ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю, належать до найбільш актуальних соціальних проблем, так як алкоголізм завдає величезного економічного і морального збитку суспільству, негативно впливає на добробут і здоров'я населення, якість людського потенціалу.

Метою даного дослідження було встановити взаємозв'язок між рівнем ендогенної інтоксикації та особливостями структурної реорганізації кровоносних судин великих слинних залоз у щурів при хронічному отруєнні алкоголем.

Експерименти виконано на 48 щурах, яким примусово дошлунково вводили 25 % розчин етанолу у дозі 1,5 % від маси тіла (з розрахунку 4 г 96% етанолу на 1 кг маси тіла). Морфологічні і біохімічні дослідження проводили через 5, 9, 12, 16, 24, 28 діб від початку експерименту. Контрольну групу склали 12 інтактних тварин.

За результатами проведеного дослідження було встановлено значне зростання рівня ендогенної інтоксикації за показниками середньомолекулярних пептидів 254 і 280, а також еритроцитарного індексу до 9 доби експерименту, після чого спостерігалася їх стабілізація і навіть часткове зниження. Однак, починаючи з 24 і до 28 доби експериментального спостереження відновлювалося їх повторне прогресивне наростання.

Що торкається кровоносних судин, то на ранніх стадіях експерименту (5 доба від початку моделювання отруєння алкоголем) кровоносні русла досліджуваних залоз характеризувалися посиленням кровонаповнення як венозного, так і артеріального відділів з розширенням просвіту формуючих їх судин. Це підтверджувалося зниженням рівня індекса Вогенворта у артеріях середнього калібру із зовнішнім діаметром (51-125) мкм. Тонус артерій малого калібру із зовнішнім діаметром (25-50) мкм і відповідно його кількісний еквівалент (індекс Вогенворта), навпаки, зростали. Стан капілярного русла у цей період характеризувався поліморфізмом. У подальшому в артеріальних відділах кровоносних русел залоз поступово наростали констрикторні реакції на всіх рівнях із звуженням просвіту судин з одночасним потовщення їх стінок. В артеріях малого діаметра це особливо помітним було на 9 добу спостереження, після чого наступала стабілізація процесу. Щодо артерій середнього діаметра, то у них, починаючи з 12 доби і до завершення експериментального спостереження на 28 добу, спостерігалася поступове прогресивне зростання індекса Вогенворта. Ендотелій у таких судинах випинався у просвіт судин у

вигляді «частоколу» за рахунок збільшення розміру клітинних ядер. Посилювалася звивистість внутрішніх еластичних мембран. У стінках артеріол реєструвалися дегенеративні зміни у вигляді плазматичного просякання. Внаслідок цього їх стінки значно потовщувалися. В результаті підвищення проникності капілярів спостерігався паравазальний набряк, а іноді виявлялися і дрібні крововиливи. Незважаючи на обмеження притоку по артеріях, вени продовжували залишатися повнокровними.

Таким чином, зміни в артеріальних руслах великих слинних залоз у щурів при хронічному отруєнні алкоголем відбуваються на тлі наростання ендогенної інтоксикації. Однак, реакції судин різного діаметра не однакові. Для ранніх стадій більш характерним є компенсаторне розширення артерій середнього діаметра при зниженні пропускної здатності артерій малого діаметра, що може бути проявом відомої вено-артеріальної реакції внаслідок розладів центральної гемодинаміки. У подальшому констрикторні реакції в артеріях всіх рівнів виникають імовірніше внаслідок безпосередніх токсичних впливів.

УДК 582.573.76:581.43:547.454

Марчишин С.М., Зарічанська О.В.

**ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ВІЛЬНИХ ОРАНІЧНИХ ТА АСКОРБІНОВОЇ КИСЛОТ У
ВЕГЕТАТИВНИХ І ГЕНЕРАТИВНИХ ОРГАНАХ ЛІЛІЙНИКА БУРО-ЖОВТОГО
(HEMEROCALLIS FULVA L.) ТА ЛІЛІЙНИКА ГІБРИДНОГО
(HEMEROCALLIS HYBRIDA VAR. "STELLA DE ORO")**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова*

Велика кількість представників флори України є джерелами біологічно активних речовин, що проявляють різноманітні фармакологічні ефекти і з успіхом використовуються для профілактики і лікування захворювань людини. Пошук та дослідження нових рослин з метою впровадження їх у медичну практику є актуальним завданням сучасної фітохімії, фармації та фармакології. Уваги заслуговують представники як дикорослої флори, так і культивованої. Декоративно-квіткові рослини роду Лілійник (*Hemerocallis L.*) родини Ксанторееві (*Xanthoroaceae*) в Україні наразі використовуються виключно в ландшафтному озелененні, один вид (*Hemerocallis fulva L.*) зустрічається в природі. В Китаї, Японії, США, де лілійники широко розповсюджені в дикорослому вигляді, сировина цих рослин широко застосовується у народній медицині при лікуванні захворювань серцево-судинної системи, органів шлунково-кишкового тракту, печінки, підшлункової залози, шкіри, жіночих статевих органів, нервової системи тощо. Тому всебічне дослідження сировини культивованих і дикоростучих лілійників, які в Україні набувають все більшого розповсюдження, є доцільним.

Метою дослідження стало визначення та аналіз кількісного вмісту вільних органічних та аскорбінової кислот у коренебульбах, квітках та листках двох видів роду Лілійник (*Hemerocallis L.*) у структурі поглибленого фітохімічного дослідження перспективної рослинної сировини. Об'єктом роботи стало вивчення вмісту органічних та аскорбінової кислот у коренебульбах, квітках і листках лілійника буро-жовтого (*Hemerocallis fulva L.*) та лілійника гібридного (*Hemerocallis hybrida var. "Stella de Oro"*). Кількісний вміст вільних органічних кислот у перерахунку на левулінову і яблучну кислоти та кількісний вміст аскорбінової кислоти визначали титриметричним методом. Розрахунки здійснено в перерахунку на абсолютно суху сировину.

Кількісний вміст вільних органічних кислот у перерахунку на левулінову кислоту складав: у коренебульбах, квітках і листках лілійника буро-жовтого ($1,42 \pm 0,15$), ($2,66 \pm 0,18$) % і ($0,89 \pm 0,08$)% відповідно; у перерахунку на яблучну кислоту – ($1,98 \pm 0,01$), ($3,21 \pm 0,02$)% та ($3,01 \pm 0,03$)% відповідно. Кількісний вміст вільних органічних кислот у перерахунку на левулінову кислоту складав: у коренебульбах, квітках і листках лілійника буро-жовтого ($1,67 \pm 0,22$)

%, (3,28±0,14) % та (1,11±0,15)% відповідно; у перерахунку на яблучну кислоту – (1,98±0,01) %, (3,48±0,02)% та (3,08±0,01) % відповідно. Коренебульби лілійника буро-жовтого вміщували (0,06±0,01) % аскорбінової кислоти, квітки – (0,05±0,01)%, листки – (0,06±0,01) %. Коренебульби лілійника гібридного містять (0,05±0,01) % аскорбінової кислоти, квітки – (0,11±0,01) %, листки – (0,06±0,01) %.

Органічні кислоти і аскорбінова кислота (вітамін С) проявляють специфічний вплив на фізіологічні процеси в організмі людини, окрім того, – мають важливе значення для прояву сумарного фармакологічного ефекту рослинного екстракту. Отримані результати свідчать про доцільність проведення подальшого поглибленого фармакогностичного дослідження сировини лілійника буро-жовтого та лілійника гібридного з метою розробки нових фітопрепаратів різної спрямованості дії.

УДК: 615.276:582.998.16

Марчишин С.М., Козир Г.Р., Лелека М.В.□, Жируха О.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ДІЇ СУХОГО ЕКСТРАКТУ ТРАВИ ЧОРНОБРИВЦІВ НА МОДЕЛІ КАРАГЕНІНОВОГО НАБРЯКУ У ЩУРІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»

** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Незважаючи на різноманітний асортимент протизапальних засобів, постійно проводиться пошук нових препаратів з нетрадиційним механізмом дії і мінімальними побічними ефектами. Одним з перспективних напрямків створення безпечних та ефективних протизапальних препаратів є фітотерапії. За останні роки зріс інтерес до препаратів рослинного походження. Оскільки у фітохімічному складі трави чорнобривців суттєвий вміст фенольних сполук (флавоноїди, гідроксикоричні кислоти, дубильні речовини) можна передбачити наявність у сухого екстракту трави чорнобривців (СЕТЧ) протизапальної активності.

Модель карагенінового запалення стопи у щурів, є класичною широко вживаною експериментальною моделлю гострого ексудативного запалення. У механізмі розвитку набряку стопи беруть участь різноманітні медіатори запалення: гістамін, серотонін, кініни та простагландини.

Метою дослідження було визначення протизапальних властивостей СЕТЧ на моделі гострого ексудативного запалення у щурів, яке викликали субплантарним введенням у стопу правої задньої лапи 1% розчину карагеніну («Sigma-Aldrich», США). Дослідження проводили на 30 щурах самцях масою 250±30 г.

Всіх тварин розділили на 5 груп по 6 у кожній: 1 група – позитивний контроль (ПК) – неліковані тварини з відтвореною патологією; 2, 3 і 4 групи – тварини, які на тлі патології отримували водний розчин сухого екстракту чорнобривців у дозах 25, 50 і 75 мг/кг відповідно; 5 група – тварини, які на тлі патології отримували препарат порівняння, таблетки «Ортофен-Здоров'я» (Україна) у дозі 8 мг/кг.

Динаміка розвитку набряку в групі ПК є характерною для даної експериментальної моделі. Вже через годину після введення флогогену спостерігали розвиток набряку, який поступово наростав впродовж 5-и годин.

За результатами проведеного дослідження встановлено виразну антиексудативну дію СЕТЧ у діапазоні досліджених доз: максимальну активність СЕТЧ виявив у дозі 25 мг/кг, яка протягом перших 3 годин дорівнювала 48, 54 і 44 % відповідно, і в наступні 4 і 5 години знижувалася до 38 і 37%. Середнє значення ПЗА досліджуваного засобу за весь період спостереження дорівнювало 44%. Сухий екстракт трави чорнобривців за виразністю антиексудативної дії у дозі 25 мг/кг не поступався таблеткам «Ортофен».

У дозі 50 мг/кг СЕТЧ виявив дещо меншу активність, ніж у дозі 25 мг/кг. Максимальна активність спостерігалася лише на 2-у і 3-ю години і дорівнювала 41 і 34 % відповідно. Середня активність за весь період спостереження дорівнювала 28 %. За виразністю протизапальної дії СЕТЧ у дозі 50 мг/кг поступається таблеткам «Ортофен».

Середня активність СЕТЧ у дозі 75 мг/кг за 5 годин спостереження дорівнювала 31 %. За виразністю дії досліджуваній засіб поступався ППІ таблеткам «Ортофен».

Таким чином, відповідно до отриманих даних, на моделі карагені нового набряку визначено виразну протизапальну дію СЕТЧ. Найбільший ефект СЕТЧ виявляє у дозі 25 мг/кг, його ПЗА дорівнювала 44%. Слід зазначити, що швидкість настання та тривалість зазначеного ефекту СЕТЧ у дозі 25 мг/кг достовірно не відрізнялися від ППІ – таблеток «Ортофен». Проте, виразність протизапальної дії СЕТЧ була дещо меншою ніж у таблеток «Ортофен»: 44 % проти 68 % відповідно. Протизапальна активність СЕТЧ у дозах 50 та 75 мг/кг була ще нижчою і дорівнювала 28 та 31 % відповідно.

У результаті проведеного дослідження визначено виразні протизапальні властивості сушого екстракту трави чорнобривців, що дозволяє рекомендувати його до подальших фармакологічних досліджень.

УДК: 616.45-001.1/3-06:612.013-055]-092.9

Міц І.Р., Денефіль О.В.

ВПЛИВ СТРЕСУ НА СТАН ОРГАНІЗМУ МОЛОДИХ ЩУРІВ РІЗНОЇ СТАТІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Надмірний, довготривалий стрес негативно впливає на стан ендокринної, серцево-судинної, імунної систем та організму в цілому. Наслідком такого стресу є ураження різних органів і систем. Метою роботи було вивчити вплив пренатального, постнатального стресу і їх комбінації на організм молодих щурів різної статі.

Матеріали і методи. Досліди виконано на 44 безпородних щурах-самцях і 49 самицях віком 3 місяці. Пренатальний стрес викликали у самиць з 15 по 21 день вагітності за стандартною методикою. Постнатальний стрес викликали у тварин віком 1,5-3 місяці. Комбінований стрес включав у себе вплив пре- і постнатального стресу. Для подальшого експериментального дослідження забирали кров і серце. Визначали концентрацію сироваткових імуноглобулінів Ig A, Ig M, Ig G, вміст циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), амінотрансфераз (АлАТ, АсАТ), продукти пероксидного окиснення ліпідів та антиоксидантного захисту. Для морфологічного дослідження забирали тимус, яєчники, яєчка, надниркові залози, серце, печінку, селезінку, слинні залози, тонку кишку, шлунок.

Усі втручання та забій тварин проводилися з дотриманням принципів “Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілей” (Страсбург, 1985), ухвалених Першим національним конгресом з біоетики (Київ, 2001).

Результати дослідження. У контрольних щурів-самців, порівняно із самицями, був вищим вміст ТБК-активних продуктів, ДК, ТК, ЦІК відновленого глутатіону (ВГ), АсАТ, меншими глутатіонпероксидаза (ГП) і глутатіонредуктаза (ГР), каталаза, церулоплазмін (ЦП), АлАТ, Ig A.

Стрес призводив до зростання продуктів ПОЛ, супероксиддисмутази (СОД), ВГ, ГП, ЦП, пероксидазної активності крові (ПАК), ЦІК, Ig A, Ig M, Ig G у тварин не залежно від статі і виду викликаного стресу. В усіх самців зменшувалася АсАТ, зростала АлАТ. ГР зростала у всіх тварин, крім групи самиць з комбінованим стресом. Активність каталази не змінювалася при пренатальному стресі, зростала при постнатальному стресі і зменшувалася – при комбінованому. У самиць з пренатальним стресом зростала АлАТ, з постнатальним – збільшувалися АсАТ і АлАТ.

У тварин з пренатальним стресом виявлено більші показники СОД, ВГ, ГП, каталази, ЦП, АсАТ, Ig A і Ig G у самців, ГР і ЦК – у самиць. У щурів з постнатальним стресом виявлено більші показники СОД, ГП, каталази, ПАК, АсАТ у самців, вміст ТБК-активних продуктів, ДК, ТК, ВГ, ГР, ЦП, ЦК, Ig A, Ig M і Ig G – у самиць. У тварин з комбінованим стресом виявлено більші показники ДК, ТК, СОД, ГП, ГР, каталази, АлАТ у самців, ВГ, ПАК, АсАТ, Ig A, Ig M і Ig G – у самиць.

Виявлено, що в усіх дослідних групах спостерігається кровостаз досліджуваних органів. У надниркових залозах зростає кількість клітин над- і підклубочкової зони; цитоплазма пучкової зони однорідна, у ній менше клітин з виразними вакуолями, відмічено згладженість зон переходу. Ячка втрачають чітке, впорядковане розташування клітин адлюмінального шару, судини перегородок розширені, кровонаповненні, потовщена капсула. У яєчниках відмічена потовщена тека, лімфоцитарна інфільтрація, полікістоз. У кишківнику відмічено набряк, зміни висоти і товщини ворсинок, зменшення глибини крипт, келихоподібні клітини переповнені слизом. У шлунку виявлено зменшення товщини слизової оболонки, зростання кількості мукоцитів. Спостерігається інволюція тимусу, його вакуольна дистрофія, руйнування тимоцитів і лімфоцитів, у щитоподібній залозі відмічено наявність пінистого колоїду. У серці спостерігаються поодинокі некротично уражені кардіоміоцити. Печінка кровонаповнена, відмічена її лімфогістiocитарна інфільтрація. У червоній пульпі селезінки зростає кількість лейкоцитів, нечітко видно тяжі Більота. Відмічено зміни у слинних залозах.

Висновки. Отримані результати вказують на значне пошкодження внутрішніх органів у тварин, які зазнали пренатального та постнатального стресу, та їх комбінації.

УДК: 611.37:599.323.4

Мокра А.П., Шульгай А.Г.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЇ ЧАСТИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ БІЛИХ ЩУРІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Серед травних залоз підшлункова залоза є однією із найбільших як за розмірами так і за функцією. У зв'язку з наявністю різносторонніх зв'язків з різними органами та системами підшлункова залоза часто зазнає структурних змін та функціональних розладів внаслідок токсичних або інших альтеративних впливів.

До експериментальних тварин які найчастіше використовуються для моделювання тої чи іншої патології належать білі щури. Завдяки швидким обмінним процесам даних тварин у них виразно розвиваються процеси ремоделювання органів і тканин в тому числі і підшлункової залози.

Для правильного розуміння та об'єктивної оцінки структурних і функціональних змін та встановлення видових особливостей підшлункової залози білих щурів, а також для обґрунтованого співставлення отриманих результатів з даними інших дослідників існує необхідність встановити її морфометричні нормативи екзокринних відділів у інтактних тварин.

Метою дослідження було встановити морфометричні параметри складових екзокринних відділів підшлункової залози білих щурів. При проведенні досліджень зображення напівтонких зрізів, пофарбованих толуїдином синім та гістологічних препаратів, пофарбованих гематоксилином і еозином на монітор виводили за допомогою відеокамери «Vision CCD Camera». Морфометричні виміри слизової оболонки здійснювали на комп'ютерних зображеннях гістологічних мікропрепаратів та напівтонких зрізів.

Зовнішньосекреторна діяльність підшлункової залози здійснюється ациноцитами, які формують ацинуси з системою вивідних проток: вставних, міжацинусних, внутрішньочасточкових, міжчасточкових та головних проток.

Ацинуси на гістологічних препаратах в більшості визначаються округлими або овальними за формою і складаються із $7,96 \pm 0,42$ ациноцитів. Кожен ацинус огорнутий тонкою капсулою, складовою якої є сполучнотканинні волокна. Ациноцити мають трикутну, чотирикутну або овальну форму з чітко вираженою зимогенною зоною в апікальній поверхні. Ядра в основному у екзокринних панкреатоцитів розташовуються у базальній частині клітин містять від 1 до 4 ядерець різної величини. Діаметр ядер становить $(4,21 \pm 0,02)$ мкм. Співвідношення між ядром та цитоплазмою становлять $0,131 \pm 0,004$, що є свідченням досить високого рівня диференціації клітин, які здатні виконувати значні функціональні навантаження.

Діаметри вставних проток мають виражені коливання і в середньому становлять $(6,91 \pm 0,16)$ мкм. Стінка вставної протоки утворена одним шаром епітеліальних клітин, які мають щільні міжклітинні контакти. Вставні протоки формують міжацинусні протоки діаметром $(16,37 \pm 0,51)$ мкм. Останні вистелені одношаровим кубічним епітелієм, який огортає тоненький шар сполучної тканини. При злитті міжацинусні протоки утворюють внутрішньочасточкові, які мають діаметр $(33,28 \pm 0,62)$ мкм, а останні між часточкові – діаметром $(85,32 \pm 1,53)$ мкм. Зовні адвентиція між часточкових проток переходить у сполучнотканинні прошарки стромаального компоненту залози, де останні межують з кровоносними та лімфатичними судинами.

Таким чином, визначені морфометричні та гістологічні характеристики екскреторних відділів підшлункової залози можуть бути використанні для порівняння процесів ремоделювання при різних патологічних станах.

УДК: 616.24-091.8-02:616-001.17-[085.324:591.477:599.731.1+085.37]-092.9

Небесна З.М., Волков К.С., Литвинюк С.О.

СТРУКТУРНИЙ ТА ГІСТОХІМІЧНИЙ СТАН ЛЕГЕНЬ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ОПІКАХ ЗА УМОВ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ СУБСТРАТУ ЛІОФІЛІЗОВАНОЇ КСЕНОШКІРИ ТА ЕКЗОГЕННОГО ПРЕПАРАТА СУРФАКТАНТУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Зростаюча енергооснащеність сучасного виробництва та побуту, широке застосування хімічних речовин, котрі легко запалюються, вогнебезпечних газів, створення нових видів зброї збільшили частоту важких опіків. Термічна травма викликає значні структурні і метаболічні зміни в дихальній системі, проте в науковій літературі недостатньо висвітлений стан компонентів респіраторного відділу легень при термічних ураженнях. В комбустіології при глибоких опіках проводять ранню некректомію уражених тканин з подальшим закриттям рани подрібненим субстратом ліофілізованої ксеношкіри (ПСЛК). Порушення поверхнево-активних властивостей сурфактанту є важливим патологічним фактором в розвитку легневих захворювань. Проте, згідно даних наукової літератури, недостатньо повними залишаються дослідження стану респіраторного відділу легень при термічних травмах із поєднаним застосуванням (ПСЛК) та препарату сурфактанту.

Метою цієї роботи було встановлення гістологічної та гістохімічної реорганізації компонентів респіраторного відділу легень тварин в пізні терміни після термічного ураження та застосуванні коригуючих препаратів.

Досліди проведені на 15 статевозрілих білих щурах – самцях. Опік III ступеня наносили під ефірним наркозом мідними пластинами нагрітими у кип'яченій воді до температури $97-100^{\circ}\text{C}$ на епільовану поверхню тіла тварини. Розміри ділянки враження складали 18-20 %. Ранню некректомію уражених ділянок шкіри проводили через 1 добу після відтворення термічної травми. Рану, яка утворилась, покривали (ПСЛК) та одночасно інтратрахеально вводили екзогенний препарат сурфактанту "Куросурф".

Тварин декапітували на 14 та 21 доби. Забір матеріалу для мікроскопічних досліджень проводили згідно загальноприйнятої методики. Виготовлені зрізи товщиною 5-6 мкм, забарв-

лювали гематоксиліном-еозином. Для дослідження стану сполучної тканини та її основної речовини здійснювали ШЙК+“Хейл” реакцію за методом Моурі та проводили імпрегнацію сріблом за методом Гордона-Світса. Гістологічні препарати вивчали за допомогою світлового мікроскопа MICROmed SEO SCAN та фотодокументували використовуючи відеокамеру Vision CCD Camera.

На 14 і особливо 21 добу після термічної травми та застосуванні коригуючих чинників в респіраторному відділі легень спостерігаються прояви регенераторних та відновних процесів. Це проявляється незначним розширенням просвітів термінальних та респіраторних бронхіол, поодинокими епітеліоцитами і слизовим вмістом в них, відсутністю набряку стінки. В епітеліальній пластинці слизової оболонки наявні чисельні келихоподібні клітини, які секретують муцини та мають яскраво виражені ШЙК позитивні властивості.

Мікроскопічно відмічається нормалізація структурної організації судин мікроциркуляторного русла, відсутні прояви гіперкоагуляції та кровонаповнення. У стінках судин чітко контуровані, без ознак вираженого набряку та незначною паривазальною лейкоцитарною інфільтрацією.

В паренхімі легень не виявляються ателектази, переважають ділянки з незміненою гістоструктурою, проте наявні нечисельні розширені альвеоли з витонченими міжальвеолярними перегородками. Частина їх незначно потовщена за рахунок розростання ретикулярних волокон та наявності макрофагів і фібробластів. В інтерстиції та просвітах альвеол виявляється помірна кількість молодих та зрілих, активно фагоцитуючих альвеолярних макрофагів.

Таким чином, раннє видалення некротичних ділянок шкіри після термічного ураження та закриття рани подрібненим субстратом ліофілізованої ксеношкіри запобігає дії патогенного фактора на легені. Введення препарату сурфактанту забезпечує безпосередньо антибактеріальні, протекторну дію до альвеолярного епітелію, стимуляції його відновлення, зменшує ступінь пошкодження його структурних компонентів і відповідно – сурфактантної системи легень. Застосовані препарати створюють умови для активного перебігу регенераторних процесів та забезпечує нормалізацію структурних компонентів респіраторного відділу легень та їх гістохімічних показників.

У подальших дослідженнях планується вивчити реорганізацію усіх структурних компонентів легень при термічній травмі з використанням коригуючих чинників в експерименті.

УДК 615.357-06:616.379-008.64]-092.9

Олещук О.М., Іванків Я. І.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО СТАНУ ЗДОРОВИХ ТВАРИН ПРИ ВВЕДЕННІ МЕЛАТОНІНУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Окиснювально-відновні реакції є основою практично усіх метаболічних процесів в організмі. Разом з тим, накопичення вільних радикалів та активних форм кисню є потенційною передумовою розвитку оксидативного стресу, який відіграє провідну роль у патогенезі уражень органів та систем. Тому, доцільним є пошук лікарських засобів з вираженою антиоксидантною дією та протекторною, щодо внутрішніх органів, в тому числі і печінки. Мелатонін, епіфізаний хроногормон, є досить сильним і ефективним перехоплювачем вільних радикалів, проявляє виражені антиоксидантні та гепатопротекторні властивості.

Мета нашого дослідження полягала у вивченні впливу мелатоніну на показники прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу та стану печінки у здорових тварин.

Експеримент виконувався на 25 білих щурах-самцях масою 180 – 200 г, яких утримували на стандартному раціоні віварію. Тварини були розділені на II групи: I – інтактні тварини, II – дослідні. Тваринам дослідної групи протягом 10 днів вводили мелатонін (“Sigma”, США) внутрішньоочеревинно у дозі 10 мг/кг. Вивчали активність вільнорадикального окиснення ліпідів (ТБП, ГПЛ); стан системи антиоксидантного захисту (за активністю СОД, каталази, вмістом

GSH); функціональний стан мітохондрій (за активністю СДГ, ЦХО); рівень синтезу оксиду азоту (за вмістом NO_2^- , NO_3^-); стан гепатозитів (за активністю ферментів АлАТ, АсАТ).

Результатів проведених досліджень, супроводжувалось достовірними змінами деяких показників, які вивчалися. За повторного введення мелатоніну спостерігалася тенденція до зменшення активності маркерних ферментів цитолізу гепатоцитів АлАТ та АсАТ. Каталазна активність печінки при цьому зросла на 4,1 %, а в сироватці крові істотно не змінилася. Вміст GSH у крові порівняно із інтактними тваринами зріс на 11,7 %. Достовірних змін активності СОД досліджуваних середовищах не виявлено. На фоні введенні мелатоніну вміст ТБП у печінці та в сироватці крові знижувався на 11,1 % та 17,2 %, а вміст іншого продукту ліпопероксидації ГПЛ в досліджуваному органі був на 11,8 % нижчим, у порівнянні із контрольною групою тварин. Зросла активність такого компонента електрон-транспортної системи як ЦХО на 11,1 % та іншого мітохондріального ферменту СДГ на 6,8 % порівняно з контрольною групою. Показники системи оксиду азоту вірогідно знижувалися, а саме вміст NO_2^- у печінці та в сироватці крові дослідних тварин на 7,7 % та 11,4 %, а NO_3^- на 8,8 % і 3,4 % відповідно порівняно з групою тварин, яким проводилося введення досліджуваного середника.

Беручи до уваги результати проведеного нами дослідження можна стверджувати, що повторне введення мелатоніну здоровим тваринам сприяло активізації антиоксидантної ланки захисту організму, ферментів мітохондріального ланцюга та пригніченню активності процесів ліпопероксидації.

УДК 616.367-005.3-032:615.224]-092.9

Олещук О.М., Іванків Я. І., Шевчук О. О., Вольська А.С.,

Пида В.П., Маланчук С. Л., Черняшова В. В., Герасимець І. І.

МЕЛАТОНІН ПРИ ХОЛЕСТАТИЧНОМУ УРАЖЕННІ ПЕЧІНКИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Мелатонін (М), пінеальний гормон, проявляє не тільки хронорегулюючі, а й виражені антиоксидантні властивості (Mathes A. M., 2010). Відомо, що препарат є також селективним інгібітором індукційної NO-синтази (NOS) (Bettahi I et al., 1996). Вивчали вплив М на стан печінки та показники нітро-оксидативного стресу у щурів при холестазі, викликаному α -нафтилзотіоціанатом (АНІТ). М вводили 10 мг/кг інтраперитонеально впродовж 2 днів.

Встановлено, що АНІТ ураження печінки супроводжувалося зростанням у сироватці активності маркерного ферменту лужної фосфатази (ЛФ) (у 3,2 рази) та ферментів цитолізу АлАТ та АсАТ (у 3,8 та 2,7 рази). Про порушення прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу судили по зниженню активності каталази (КАТ) (на 35,3 %) та супероксиддисмутази (СОД) (на 77,8 %) та зростанню вмісту гідроперекисів ліпідів (ГПЛ), ТБК-активних продуктів в гомогенатах печінки (на 72,6 та 70,2 % відповідно), церулоплазміну (Ц) (у 2,7 рази) у сироватці крові. Всі ці зміни виникали на фоні вірогідного зростання вмісту NO_2^- та NO_3^- у сироватці крові (на 75,2 та 23,5 % відповідно). Експресія ендотеліальної eNOS у печінці вірогідно знижувалася, а iNOS – зростала.

Повторне введення М супроводжувалося зниженням активності ЛФ, АлАТ та АсАТ відповідно на 17,1; 49,6 та 28,5 %. Зростала активність КАТ та СОД (на 17,8 та 183,8 %) на фоні зменшення вмісту ГПЛ та ТБК (на 21,3 та 26,8 %). Застосування М призводило до зменшення вмісту iNOS у печінці та NO_2^- та NO_3^- у сироватці крові на 36,4 та 43,2 % відповідно.

Таким чином, результати наших досліджень вказують, що у механізмі гепатопротекторної дії мелатоніну важливу роль відіграє його здатність селективно пригнічувати активність індукційної NO-синтази та проявляти прямую антиоксидантну дію

**ДОСЛІДЖЕННЯ pH В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГОСТРОГО
РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ
АНТИГІПОКСАНТАМИ**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Резюме. У статті наведені дані експериментального дослідження корекції мексидолом та корвітіном порушень pH крові у 70 щурів із ГРДС. Ініціація ГРДС проведена на білих щурах за методикою G.Matute-Bello, 2008 р., в модифікації А.А. Гудими, 2010р. Застосування мексидолу та корвітіну з корегувальною метою при ГРДС у щурів призводить до істотно менших порушень pH в артеріальній та венозній крові.

Ключові слова: ГРДС, ацидоз, гіперкапнія, вуглекислий газ, мексидол, корвітін.

Резюме . В статье приведены данные экспериментального исследования коррекции мексидолом и корвитином нарушений pH крови в 70 крыс с ОРДС. Инициация ОРДС проведена на белых крысах по методике G.Matute – Bello 2008 г., в модификации А.А. Гудымы, 2010 г. Применение мексидол и корвитину с коррекционной целью при ОРДС у крыс приводит к существенно меньшим нарушениям pH в артериальной и венозной крови.

Ключевые слова : ОРДС, ацидоз, гиперкапния, углекислый газ, мексидол, корвитин.

Summary. The article presents the results of experimental studies with mexydol and korvitin correction of the blood pH disorders in 70 rats with ARDS . Initiation ARDS conducted on white rats by the method G.Matute -Bello, 2008, as modified AA Hudyma, 2010. Application mexydol and korvitin with purpose of ARDS correction in rats results in significantly smaller violations of pH in arterial and venous blood.

Key words: ARDS, acidosis, hypercapnia, carbon dioxide, mexydol, korvitin .

Вступ

ГРДС – це клінічний синдром неспецифічного ураження легень який приводить до прогресуючої киснево-залежної гіпоксемії, блоку дифузії кисню через альвеоло-капілярну мембрану і потребує респіраторної підтримки та інших методів корекції [1].

Гіпоксія будь-якого генезу приводить до накопичення продуктів анаеробного гліколізу, відповідно надлишок молочної кислоти в крові призводить до зниження pH [2,3]. Пошкодження альвеоло-капілярної мембрани при ГРДС приводить не тільки до порушення поступлення кисню і розвитку гіпоксії, але й до сповільнення виділення вуглекислого газу з крові та гіперкапнії [4]. Доведено зв'язок між низьким рівнем pH і зупинкою серця [5].

Серйозну проблему при ГРДС представляє лікувальна тактика [6]. В протоколі лікування ГРДС, є положення згідно якого після виведення із шоку хворим із ГРДС потрібно застосувати рестриктивний режим внутрішньовенних інфузій, але цього недостатньо для швидкої корекції глибоких порушень водно-електролітного балансу крові. Відповідно дослідження даного показника та пошук нових методів його корекції при ГРДС залишається актуальним.

Мета дослідження: З'ясувати зміни pH крові в умовах експериментального гострого респіраторного дистрес-синдрому і встановити ефективність профілактичного застосування антигіпоксантив мексидолу та корвітіну.

Матеріали і методи.

Дослідження проведено на 70 білих щурах-самцях віком 6-8 місяців, масою від 220 до 280г. Тваринам ГРДС моделювався за методикою G.Matute-Bello 2008р, модифікація Гудими А.А, 2010: за 20 хвилин до початку операції внутрішньоочеревинно вводили тіопентал натрію

(40 мг/кг маси щура). Потім проводили цервікотомію довжиною до 1,5-2 см, знаходили трахею і вводили в неї 0,1 Н розчин соляної кислоти з розрахунку 2 мл/кг.

Через 2 год розвитку досліджуваної патології в умовах тіопентало-натрієвого знеболення (40 мг·кг) у тварин за спеціально розробленою методикою [7] забирали артеріальну та венозну кров, яка протягом перших 20 хв проходила дослідження на аналізаторі "ЭЦ-60Э".

Даний аналізатор " ЭЦ-60Э " автоматично вимірював рН крові.

Залежно від термінів ГРДС та способів його корекції всі тварини були поділені на 4 експериментальні групи (по 15 тварин у кожній) та контрольна група (10 тварин) .

Для корекції гіпоксичних розладів ми застосували препарат "Корвітин" та "Мексидол". Корвітин після розведення у 0,9 % розчині NaCl в дозі 10 мг/кг внутрішньоочеревинно вводили тваринам за 1 годину до моделювання ГРДС.

Мексидол після розведення у дистильованій воді для ін'єкцій вводили внутрішньоочеревинно в дозі 1 мг/кг за 1 годину до моделювання ГРДС.

Результати досліджень та їх обговорення.

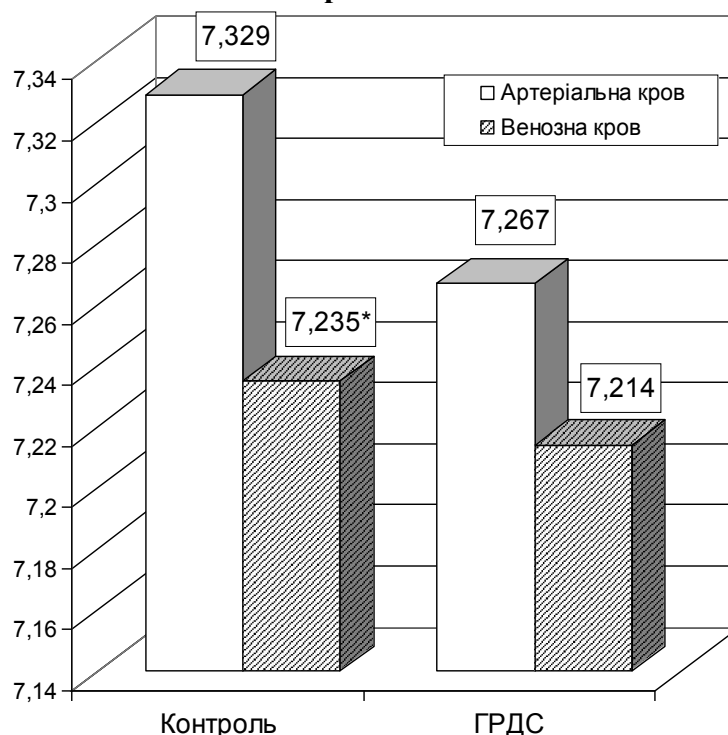


Рис. 1. рН артеріальної і венозної крові через 2 год після моделювання у тварин гострого респіраторного дистрес-синдрому.

При аналізі результатів не виявлено відмінностей у тварин з ГРДС за величиною рН артеріальної і венозної крові. Якщо у контролі кислотність венозної крові була достовірно вищою, ніж артеріальної, то на тлі ГРДС цих відмінностей не спостерігалось (рис. 1).

Величина рН артеріальної і венозної крові (рис. 2) істотно не відрізнялася між групами корегованих та некорегованих тварин. Разом з тим корвітин сприяв достовірно більшому зниженню рН артеріальної і венозної крові, порівняно із мексидолом та комбінацією препаратів.

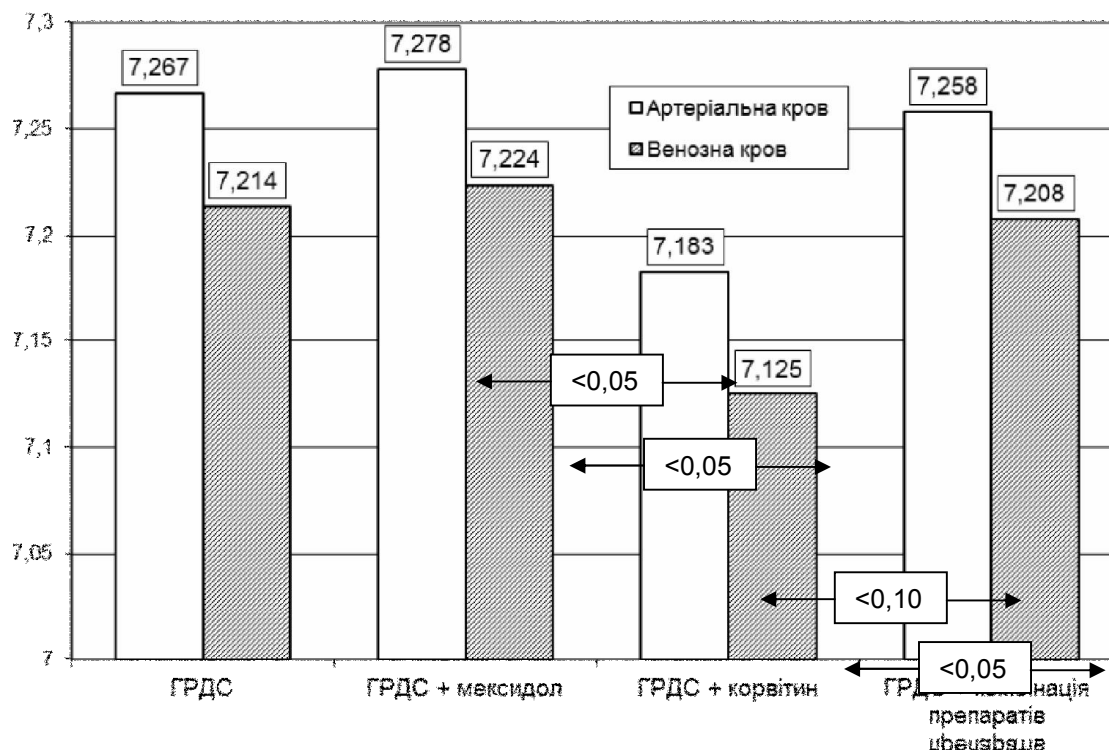


Рис. 2. рН

артеріальної і венозної крові через 2 год після моделювання у тварин гострого респіраторного дистрес-синдрому, корегованого різними методами.

Застосування мексидолу практично не впливало на величину рН артеріальної і венозної крові, порівняно з контрольною групою. Водночас на тлі використання корвітину цей показник істотно знижувався і в артеріальній, і у венозній крові ($p < 0,01$). Після застосування комбінації препаратів даний показник мав тенденцію до меншої величини в артеріальній крові.

Висновки:

1. Експериментальний ГРДС супроводжується зниженням відмінностей між артеріальною та венозною кров'ю за вмістом рН.
2. На тлі використання корвітину істотно нижчим стає рН артеріальної та венозної крові, порівняно із застосуванням мексидолу та комбінації препаратів.

Література

1. Колесниченко А. П. Синдром острого повреждения легких и острый респираторный дистресс-синдром (частота развития, этиопатогенез, диагностика и интенсивная терапия) [Электронный ресурс] / А. П. Колесниченко, А. И. Грицан // Анестезия. Интенсивная терапия критических состояний. – 2003. – Режим доступа к журн. : <http://arit.h1.ru/experience/ards1.htm>.
2. Коеппен В.М. The kidney and acid-base regulation // American Journal of Physiology: Advances in Physiology Education. – 2009. – №4. – P. 275–281
3. Francois L. Optimal oxygen titration in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A role for automated oxygen delivery? / Francois L., Jed L., Erwan L. // Canadian Respiratory Journal. – 2013. – №4. – P. 259–261.
4. Sood P. Interpretation of arterial blood gas / Sood P., Paul G., Puri S. // Indian Journal of Critical Care Medicine. – 2010. – №2. – P. 57–64.
5. Repesse X. Right ventricular failure in acute lung injury and acute respiratory distress syndrome / Repesse X, Charron C., Vieillard-Baron A. // Minerva Anesthesiol. – 2012. – №78. – P. 941–948.

6. Boissier F., Katsahian S., Razazi K., et al. Prevalence and prognosis of cor pulmonale during protective ventilation for acute respiratory distress syndrome // Intensive Care Med. – 2013. – №39. – P. 1725–1733.

7. НСІ-індукований гострий респіраторний дистрес-синдром / А. А. Гудима, М. І. Марущак, А. В. Доброродній [та ін.] // Здобутки клініч. та експерим. медицини. – 2010. – № 2. – С. 39–42.

УДК582.711.71-035.22:547.455/458

Островська Г.І.¹, Кудря В.В.²

ВМІСТ ЦУКРІВ У ТРАВІ РОДОВИКА ЛІКАРСЬКОГО (SANGUISORBA OFFICINALIS L.)

*1 – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

2 – Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Родовик лікарський (*Sanguisorba officinalis L.*) – багаторічна рослина родини розові (*Rosaceae*) з коротким, задерев'янілим кореневищем та темно-коричневими товстими і довгими додатковими коренями. Стебла прямостоячі, ребристі, вгорі розгалужені. Листки непарнопери-сті, з яйцеподібними листочками; прикореневі зібрані у розетку. Квітки темно-червоні або чорно-пурпурові, зібрані в яйцеподібні суцвіття. Для медичних цілей використовують траву, яку заготовляють під час цвітіння, та кореневища і корені, які заготовляють восени, коли надземна частина починає в'янути. Родовик лікарський здавна використовують у народній медицині як в'яжучий, протизапальний, болетамувальний і кровоспинний засіб.

У наукових джерелах літератури відомостей про фітохімічне вивчення надземних і підземних органів родовика лікарського недостатньо, тому метою наших досліджень було визначення якісного складу і кількісного вмісту цукрів у рослині. Визначення кількісного вмісту водорозчинних полісахаридів і пектинових речовин проводили гравіметричним методом; визначення вільних цукрів – методом газо-рідинної хромато-мас-спектрометрії на хроматографі Agilent 6890N/5973inert (Agilent technologies, USA). Дослідження показали, що кількісний вміст водорозчинних полісахаридів у траві родовика лікарського становив 10,15 %, пектинових речовин – 6,93 %; у кореневищах і коренях – 7,38 % і 5,61 % відповідно. У траві родовика лікарського виявлено 8 цукрів, ідентифіковано 3: сахарозу, глюкозу і фруктозу. У траві досліджуваної рослини найбільше міститься сахарози (254,22 мг/кг), менше фруктози (21,80 мг/кг). Найменше у траві родовика глюкози (2,26 мг/кг).

УДК 543.42.062:[615.31.074:547-304.2]

Портна К. П., Мирошніченко Ю. О., Васюк С. О.

РОЗРОБКА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОЇ МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГОВИЗНАЧЕННЯ ГЕНТАМІЦИНУ СУЛЬФАТУ В ПРЕПАРАТІ «КРЕМГЕН»

Запорізький державний медичний університет

Контроль якості, ефективності та безпеки лікарських препаратів є одними з першочергових завдань, які постають перед системою охорони здоров'я України. Розробка експресних, чутливих, доступних методик кількісного визначення лікарських речовин гарантує своєчасне вилучення з обігу фальсифікованих, недоброякісних лікарських препаратів, тому не викликає сумнівів щодо доцільності їх створення.

Мета роботи – розробка методики кількісного визначення гентаміцину на основі взаємодії з 2,3-дихлор-1,4-нафтохіноном в препараті «Кремген» (СП «Сперко Україна»), який містить 0,1 г гентаміцину сульфату, та проведення валідації методики, згідно вимог ДФУ.

Встановлено, що гентаміцин взаємодіє з 2,3-дихлор-1,4-нафтохіноном ДМФА-вода (у співвідношенні 1:1), при 100°C протягом 20 хв з утворенням забарвленого продукту з максимумом абсорбції 490 нм. Досліджено вплив на перебіг реакції таких чинників як розчинник, температура, час, кількість доданого реагенту, тощо.

Реакція є достатньо чутливою (3,97мкг/мл), підпорядкування закону світлопоглинання знаходиться в межах 4,00 – 8,00 мг/100мл.

Доведено відповідність розробленої методики вимогам ДФУ за основними валідаційними характеристиками – лінійністю, прецизійністю, правильністю, діапазоном застосування, робастністю. Отримані статистичні показники підтверджують високу точність та коректність запропонованої методики, а також можливість її застосування в лабораторіях з контролю якості даного лікарського препарату.

УДК: 615.356:547.814.5-06:616.61-06:616.379-008.64]-092.9

Посохова К.А., Зозуляк Н.Б.

ВПЛИВ ЛІПОСОМАЛЬНОЇ ФОРМИ КВЕРЦЕТИНУ НА СТАН НИРОК ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Антиоксиданти зарекомендували себе як ефективні засоби корекції патологічних змін при багатьох захворюваннях. Проте гепатозахисний потенціал кверцетиновмісних сполук при цукровому діабеті (ЦД) вивчено недостатньо. Мета дослідження – з'ясування впливу ліпосомальної форми кверцетину – Ліпофлавоу (Л) на системи прооксиданти-антиоксиданти та мітохондріального транспорту електронів у нирках при ЦД 2 типу. Моделювали ЦД одноразовим внутрішньочеревинним введенням стрептозотоцину (STZ, 30 мг/кг маси) після 4-тижневого утримання тварин на високо жировій дієті. Корекцію розпочинали через 10 тижнів після введення STZ і проводили щоденно одноразово, протягом 14 діб.

Встановлено, що при ЦД у нирках відбуваються зміни пероксидного окиснення ліпідів, що підтверджувалось наростанням у гомогенатах органа вмісту гідропероксидів ліпідів (ГПЛ) на 34 %, ТБК-активних продуктів на 32 % та дієнових кон'югатів (ДК) на 64 %. Проявлялось компенсаторне збільшення активності супероксиддисмутази (СОД) і каталази на 109 та 11 %, відповідно, але зменшення вмісту відновленого глутатіону (ВГ) на 25 %. Погіршувався функціональний стан дихального ланцюга мітохондрій. Про це свідчило зниження активності сукцинатдегідрогенази (СДГ) на 26 %, цитохромоксидази (ЦХО) на 50 %, порівняно з контролем.

При веденні ліпофлавоу, вміст ГПЛ зменшився на 23 %, ДК на 35 %, кількість ТБК-АП у нирках зменшувалась – на 22 %, СОД на 47 %. Вміст ВГ у нирках зростав на – 33 %. Активність СДГ при застосуванні ліпофлавоу була вищою та 31 %, та ЦХО – на 63 %.

Таким чином, ліпофлавоу покращував стан нирок при ЦД 2 типу з ожирінням, відновлюючи параметри системи прооксиданти-антиоксиданти та енергозабезпечувальні процеси мітохондрій.

ОСОБЛИВОСТІ ОКСИДАТИВНОГО МЕТАБОЛІЗМУ ЗА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

*1 – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

2 – Інститут біохімії ім. О. В. Палладіна НАН України

В останні роки в багатьох країнах, у тому числі Україні, спостерігається збільшення кількості хворих на гострий панкреатит (ГП). Незважаючи на досягнення сучасної медицини щодо лікування ГП, патогенетичні механізми, які призводять до його виникнення та розвитку залишаються нез'ясованими. Тому метою дослідження було вивчення вільнорадикального окиснення та NAD- і NADP-залежних окисно-відновних процесів у підшлунковій залозі (ПЗ) та печінці щурів у динаміці розвитку ГП.

У результаті проведених досліджень встановлено, що рівень продукування активних форм кисню (АФО) у гранулоцитах крові підвищувався вже через 1 добу, тоді як їх кількість зростала на 3 добу. В агранулоцитах збільшення продукування АФО спостерігалось через 3 доби після індукції ГП. Одночасно з цими змінами виявлено порушення про-антиоксидантої рівноваги: накопичення продуктів перекисного окиснення ліпідів (ТБК-АП, ДК), що супроводжувалося змінами активності ферментів антиоксидантної системи (СОД, каталази) та рівня відновленого глутатіону в крові, підшлунковій залозі та печінці, що є свідченням розвитку окисних та запальних процесів у підшлунковій залозі.

Встановлено зниження вмісту нікотинамідних динуклеотидів у підшлунковій залозі, печінці та мозку, а також порушення динамічної рівноваги співвідношення вільних NAD(P)/NAD(P)H пар у ПЗ і печінці.

Отримані результати свідчать, що в основі біохімічних механізмів виникнення та розвитку гострого панкреатиту лежать зміни співвідношення вільних NAD(P)/NAD(P)H, активація ПОЛ та модифікація функціонального стану АОС, що вказує на інтенсифікацію окисного стресу.

ОЦІНКА КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ПАМ'ЯТІ ТА ПОВЕДІНКИ В ТЕСТІ УРПУ ТА ПОКАЗНИКАМИ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ ТКАНИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ МІОКАРДІАЛЬНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

З чисельних клінічних даних відомо, що серцеві захворювання в більшості випадків призводять до порушень функції головного мозку, проявом яких є зміни емоційного стану хворих, депресія. Проте, лише клінічних досліджень недостатньо. Тому актуальним є експериментальне вивчення патогенезу цих змін та ролі мікроелементів в цих процесах.

Тож, метою дослідження було встановлення кореляційних зв'язків між показниками пам'яті та поведінки в тесті УРПУ та показниками мікроелементного складу тканин головного мозку при експериментальній міокардіальній дисфункції.

Міокардіальну дисфункцію відтворювали шляхом 5-тикратного внутрішньоочеревинного введення доксорубіцину. Дослідження мікроелементного складу головного мозку (залізо, мідь, кальцій, натрій, калій, фосфор, магній) щурів проводили методом емісійної спектроскопії з реєстрацією спектрів на кварцовому спектрографі ІСП-28. Реєстрацію поведінкових показників (латентний період перебування в світлій камері, кількість переходів, кількість заглядувань

та виглядань, кількість вертикальних стійок, рівень дефекації та кількість болюсів, рівень грумінгу) проводили в умовах тесту УРПУ. Для оцінки зв'язку між отриманими кількісними даними використовували кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнту кореляції Пірсона (r). Оцінка сили зв'язку проводилась за шкалою Чедока.

Проведений кореляційний аналіз показав, що між поведінковими показниками та концентрацією мікроелементів в головному мозку існують різні за силою та направленістю взаємозв'язки. Нами до уваги брались тільки кореляції середньої та високої сили. Було встановлено, що час перебування в світлій камері мав середнього ступеню зв'язок з рівнем концентрації натрію ($r = -0,55$), кількість переходів корелювали з рівнем заліза, міді, кальцію та магнію (відповідно $r = 0,51, 0,63, 0,5$ та $0,53$), кількість вертикальних стійок мала високий ступінь зв'язку з рівнем міді ($r = 0,7$), рівень дефекації мав високий ступінь зв'язку з концентрацією натрію ($r = -0,75$) та середній зв'язок з рівнем фосфору ($r = -0,63$), показник грумінгу корелював з рівнем заліза, міді та магнію (відповідно $r = 0,52, 0,73$ та $0,52$), з такими ж мікроелементами був виявлений зв'язок з кількістю виглядань з темної камери (відповідно $r = 0,52, 0,84$ та $0,52$).

Таким чином нами було встановлено, що зміни інтегративних функцій ЦНС корелюють зі змінами іонного гомеостазу в умовах експериментальної міокардіальної дисфункції. Виявлені закономірності цих взаємодій, на наш погляд можуть бути обумовлені активною участю мікроелементів в регуляції біохімічних та біофізичних процесів, що віддзеркалюється в поведінкових та когнітивних тестах у піддослідних тварин.

УДК: 616.24-02:616.36

Савчук З.Л., Романів С.В.

АКТИВНІСТЬ ЛІЗОСОМАЛЬНИХ ФЕРМЕНТІВ У ТВАРИН З ХІМІЧНИМ ОПІКОМ РОГІВКИ НА ТЛІ ГІПОТИРОЗУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Літературні дані свідчать про вплив дисфункції щитоподібної залози на перебіг багатьох патологічних процесів, а їх ступінь і вираженість у значній мірі залежать від тяжкості та тривалості гіпотирозу. Патологічний процес, що триває на тлі гіпотирозу, має певні особливості формування і перебігу. Ці зміни зумовлені зниженням функціональної активності клітин, що беруть участь у формуванні запальної відповіді.

Патологічний процес спричиняє ініціацію або провокує ряд гуморальних і функціональних розладів. Шкідлива дія цих чинників визначається накопиченням токсичних субстанцій, що утворюються в самому організмі і може бути названа ендogenous інтоксикацією. Оскільки стан і динаміка ендogenous інтоксикації залежить від інтенсивності катаболічних процесів в ураженій тканині і швидкості елімінації утворених продуктів, *метою* нашого дослідження стало вивчення впливу зниженої продукції тироїдних гормонів на активність лізосомальних ферментів в організмі тварин з хімічним опіком рогівки на тлі гіпотирозу.

Матеріали і методи. Досліди проведені на статевозрілих кролях породи «Білий великан» масою тіла 2,5–3 кг, у відповідності з Женевською конвенцією «International Guiding principles for Biochemical research involving animals» (Geneva, 1990). Тварини утримувались на стандартному раціоні віварію. В процесі роботи використано 40 кролів.

Гіпотироз моделювали шляхом внутрішньошлункового уведення мерказолілу (Здоров'я, Україна) у дозі 10 мг/кг у 2%-му розчині крохмалю протягом 60-ти днів. Опікову травму викликали шляхом аплікації на рогівку експериментальних тварин фільтрувального паперу діаметром 5 мм, змоченого у 1 N розчині натрій гідроксиду (NaOH) протягом 30 секунд. Маніпуляції проводили під місцевою епібульбарною анестезією 0,5 % розчином алкаїну та ретробульбарною анестезією 2 % розчином лідокаїну.

Всі піддослідні кролі були поділені на 4 групи: 1 – контрольна група (інтактні тварини); 2 – тварини із мерказоліл-індукованим гіпотирозом; 3 – тварини з хімічним опіком рогівки; 4 – тварини з хімічним опіком рогівки на тлі попередньо змодельованого гіпотирозу.

Активність катеписину D і кислій фосфатази визначали у гомогенатах рогівки. Для його приготування отримані зразки розтирали за допомогою гомогенізатора при 4 °С і суспендували в 9 об'ємах 0,25 М розчину цукрози з 0,001 М етилендіамінтетраоцтовою кислотою (ЕДТА), рН 7,4. Сполучнотканинні елементи, які залишились в середовищі, видаляли центрифугуванням (1000 об/хв протягом 3 хв) при охолодженні. Надосадову частину гомогенату використовували для визначення активності ферментів. Активність катеписину D в гомогенаті рогівки визначали методом Дингла, активність кислій фосфатази (КФ) визначали за методом Bodansky з використанням набору реагентів фірми “Hospitex Diagnostix”.

Результати дослідження. Отримані результати дозволяють констатувати, що на тлі зниженої продукції тироїдних гормонів катаболічні процеси суттєво пригнічуються. Навіть у тварин групи порівняння, яким викликали гіпотироз без моделювання опікової травми рогівки нами зафіксовано зменшення активності катеписину D на 18 % від рівня здорових тварин. Нанесення хімічного опіку рогівки евтироїдним тваринам привело до вірогідного зростання показника в 1,8 раза на 7-у добу, що можна пояснити більш масивною міграцією нейтрофілів у вогнище ураження. До 21-ї доби протезна активність знижувалась і склала 139 % від рівня інтактних тварин. На 7-у добу після нанесення опікової травми тваринам з гіпотирозом активність катеписину D у волозі передньої камери ока також зростала, однак була нижчою на 30 % від аналогічного рівня у тварин з нормальною функцією щитоподібної залози, перевищуючи в 1,5 раза показник інтактних тварин. Звертає на себе увагу той факт, що до 21-ї доби протеазна активність знизилась на 8 % від 7-ї доби, тоді як у групі еутироїдних тварин ми відмітили суттєве зниження активності катеписину D – на 29 %.

Аналогічні зміни нами відмічено у динаміці кислій фосфатази. В евтироїдних тварин з хімічним опіком рогівки ензимна активність складала 168 і 138 % у досліджувані нами терміни відносно інтактних тварин. У кролів з гіпотирозом нанесення опікової травми супроводжувалось значно меншими змінами активності фермента. Зокрема, на 7-у добу вона складала 121 % від норми, що на 39 % менше, ніж в евтироїдних тварин, а до 21-ї доби активність КФ становила 111 % від рівня здорових тварин (на 24 % менше від показника тварин з нормальною функцією щитоподібної залози).

Висновки. Як вказують ряд дослідників, опікова хвороба призводить до порушень рівноваги в системі протеази-інгібітори протеолізу. Це проявляється неповним некролізом тканин, який посилює процеси автоінтоксикації, автоімунізації, сповільнює епітелізацію, посилює колагенолізис, що нерідко призводить до звиразкування і перфорації, рецидивування ерозії рогівки. За результатами наших досліджень це ще більше проявляється на тлі гіпотирозу, що може мати більш несприятливі наслідки для прогнозу опікової травми.

УДК 614.272:616.33/34

Самогальська О.Є., Марків І.М., Тюріна В.Ф.

ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОПАТІЙ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»*

Актуальність проблеми гастропатій є достатньо високою. Нами апробована методика використання фамотидину і тіотриазоліну при цій патології. Фамотидин входить у фармакотерапевтичну групу “ А 02В А03 – засоби для лікування пептичної виразки та гастроєзофагальної рефлюксної хвороби. Антагоністи H₂-рецепторів ”. У чинному “ Державному формулярі лікарських засобів ” він знаходиться у підрозділі “ 3.1.2. Антагоністи H₂-рецепторів ”. Аналіз пропозицій гуртового ринку лікарських засобів України показав, що фамотидин у таблетках представлений як продукт виробництва 4 вітчизняних і 26 іноземних виробників (з них 9 – індійських).

Номенклатура препарату включає 30 торгівельних назв. На ринок України його постачають 18 комерційних структур. Тіотриазолін належить до фармакотерапевтичної групи “ А 05В А50 – гепатопротектори”. Два українські підприємства виробляють тіотриазолін у таблетках, постачанням препарату займаються 15 підприємств. Нами встановлено, що застосування тіотриазоліну по 200 мг тричі на день і фамотидину по 20 мг 2 рази на день протягом 14 днів сприяє позитивній динаміці гастропатій. Розрахована на основі середньозважених аптечних роздрібних цін мінімальна вартість 14-денного курсу лікування гастропатій фамотидином і тіотриазоліном становить 74 грн. 36 коп.. Результати проведеного дослідження обґрунтовують доцільність застосування тіотриазоліну і квамателу у комплексній терапії гастропатій.

УДК 615.03: 617. 711– 002– 085. 457

Самогальська О.С., Тюріна В.Ф., Тюрін П.А., Марків І.М.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОН'ЮНКТИВІТІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Міжнародний досвід використання фармацевтичної опіки (ФО) в різних нозологіях свідчить про доцільність (ефективність та безпечність) її застосування і в офтальмології при симптоматичному лікуванні кон'юнктивітів. В ФО симптоматичного лікування кон'юнктивітів виділяють загрозливі симптоми, які потребують звернення до лікаря. «Загрозливі симптоми», які дозволяють запідозрити у хворого серйозне захворювання, та вимагають обов'язкового звернення до лікаря при кон'юнктивітах: біль в оці; поява хворобливих відчуттів в оці при зоровій роботі (читання, робота з комп'ютером і ін.); поява болючості при пальпації закритих очей; поєднання симптомів кон'юнктивіту з підвищенням температури вище 38°С; поєднання симптомів кон'юнктивіту із зниженням гостроти зору; поєднання симптомів кон'юнктивіту з головним болем; поява світлобоязні; посилена сльозотеча; рясне слизисто-гнійне (гнійне) виділення з ока.

Пацієнтам з гострими інфекційними кон'юнктивітами необхідно дотримуватись наступних рекомендацій. При збереженні симптомів кон'юнктивітів впродовж 2-х днів обов'язково слід проконсультуватися у лікаря-офтальмолога. При виникненні симптомів кон'юнктивіту в одному оці не торкатися здорового ока немитими руками. При виникненні симптомів кон'юнктивіту у одного з членів сім'ї виключити користування загальним милом, загальним рушником. До припинення виділень користуватися індивідуальним рушником, який необхідно щодня міняти. За наявності виділень слід користуватися окремою подушкою і щодня міняти наволочку. Забороняється накладати на око пов'язку (створюються сприятливі умови для розвитку мікробної флори і ускладнень з боку рогівки, через неможливість миготливих рухів повік). Перед вживанням очних крапель для видалення слизисто-гнійних виділень ретельно промивати кон'юнктивальну порожнину розчинами фурациліну 1:5000 або перманганату калію 1:5000. Людям, що знаходилися у контакті з хворим на кон'юнктивіт, з профілактичною метою рекомендується протягом 2-3 днів закапувати в очі 20-30% розчин сульфацилу-натрію.

При використанні очних крапель пацієнтами, що користуються, контактними лінзами, лінзи обов'язково слід знімати. Очні краплі, що містять антибіотики, не рекомендується застосовувати при банальній інфекції, через небезпеку розвитку резистентних штамів мікроорганізмів. Очні краплі, які використовують для лікування вірусного кон'юнктивіту, не слід застосовувати більше 10 днів. При прийомі антиалергічних крапель іноді можуть виникати порушення зору (затуманення, двоїння в очах), тому людям, що застосовують їх, не рекомендується водити автомобіль. Протиалергічні препарати з групи симпатоміметиків не слід застосовувати вагітним жінкам і при годуванні грудьми, людям із захворюваннями серцево-судинної системи (ІХС, гіпертонічна хвороба), щитовидної залози, а також не слід застосовувати ці препарати більше 4-5 днів. При тривалому вживанні комбінованих очних крапель, що містять кортикостероїди,

висока вірогідність розвитку глаукоми (підвищення внутрішньоочного тиску), приєднання вторинної інфекції та перфорації рогівки.

Отже, вчасне виявлення загрозливих симптомів та скерування до лікаря для встановлення оптимальної схеми лікування дозволять значно підвищити ефективність фармакотерапії та знизити частоту виникнення побічних реакцій лікарських препаратів.

УДК 616.127:577.151-074]-092.9

Сатурська Г.С., Бондаренко Ю.І., Чарнош С.М., Потіха Н.Я., Пелих В.Є.

ВПЛИВ ТРИМЕТАЗИДИНУ НА НЕРВОВО-МЕДІАТОРНІ ПОРУШЕННЯ У РЕГУЛЯЦІЇ СЕРЦЯ ТВАРИН З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ДИФУЗНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ЗА РІЗНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ЇХ ДО ГІПОКСІЇ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Одним з найважливіших завдань сучасної медицини є дослідження тонких патогенетичних порушень, що лежать в основі некрозогенних захворювань серця та маніфестують у кардіосклероз, адже патологія серцево-судинної системи займає перше місце в структурі захворюваності та смертності впродовж останніх десятиліть. З огляду на це науковці експериментальної та клінічної медицини зосереджують свою увагу над новими завданнями, вирішення яких сприятиме вирішенню багатьох проблемних питань патогенезу серцево-судинних захворювань, які на теперішній час є недостатньо вивченими. Тому метою нашої роботи було вивчення особливостей нервово-медіаторних порушень при експериментальному дифузному ішемічно-некротичному кардіосклерозі (ДІНКС) у щурів з різною стійкістю до гіпоксії та при корекції триметазидином. Експериментальне дослідження провели на нелінійних щурах-самцях масою 150-250 г. Поділ тварин на групи з різною стійкістю до гіпоксії здійснювали за методикою В.Я. Березовського. Моделювання ДІНКС у тварин включало два етапи некротичного пошкодження кардіоміоцитів за катехоламіновим та кальцієвим механізмами. Для корекції метаболічних порушень при моделюванні ДІНКС вводили водну суспензію триметазидину у дозі 10 мг/кг внутрішньошлунково за допомогою зонда 1 раз на добу протягом усього терміну спостереження. Через 7, 14 і 30 діб ДІНКС тваринам проводили варіаційну кардіоінтервалометрію і визначення вмісту ацетилхоліну біологічним методом у міокарді передсердь і шлуночків. Результати експериментів показали, що розвиток ДІНКС супроводжується розбалансуванням нервово-медіаторних процесів у міокарді, що підтверджується збільшенням впливу адренергічної ланки та зменшенням активності холінергічної ланки автономної нервової системи, причому найглибші порушення відбуваються у тварин з низькою резистентністю до гіпоксії. Кардіопротекторний вплив триметазидину позначився оптимізацією адренергічно-холінергічного балансу при модельованій патології.

УДК: 616.24-089.87-02:616.149-008

Слабий О. Б.

МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ЗМІН ЕНДОТЕЛІОЦИТІВ АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА ПЕРЕДСЕРДЬ ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

В останні роки дослідники все частіше звертають увагу на структуру та функцію ендотеліоцитів артеріального та венозного русла органів при різних патологічних станах.

Метою даної роботи була морфометрична оцінка структурних змін ендотеліоцитів артеріального русла передсердь легеневого серця.

Проведена морфометрія ендотеліоцитів артерій дрібного калібру передсердь (зовнішній діаметр 26-50 мкм) 36 білих статевозрілих білих щурів-самців, які були розділені на 3 групи. 1-а група нараховувала 12 інтактних тварин (контрольні група), 2-а – 15 щурів з легеневою артеріальною гіпертензією та компенсованим легеневою серцем, 3-я – 9 тварин з декомпенсованим легеневою серцем.

Легеневу гіпертензію та легеневе серце моделювали шляхом правосторонньої пульмонектомії.

Результати досліджень свідчать, що морфометричні параметри ендотеліоцитів артерій передсердь змінювалися вже у компенсованому легеневою серці. Найбільш виражена структурна перебудова їх виявлена при декомпенсації легеневого серця. У даних експериментальних умовах збільшувалася висота ендотеліоцитів, їх ядер, порушувалися ядерно-цитоплазматичні відношення. Останні при декомпенсації легеневого серця виявилися зміненими на 11,0 % у лівому передсерді, а у правому – на 17,5 %, а відносний об'єм ушкоджених ендотеліоцитів – зріс, відповідно у 9,8 та 17,3 рази.

Отже, при пострезекційній легеневої гіпертензії та легеневою серці виникають виражена структурна перебудова та ушкодження ендотеліоцитів, які домінують у правому передсерді та декомпенсації легеневого серця.

УДК: 616.831.31–091.8–02:616–008.6–085.246.2]–092.9

Сорока І. О., Кваша М. О., Демків І.Я., Лісничук Н. Є.

ЗМІНИ ПОРОГУ НОЦИЦЕПТИВНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ ЕНДОТОКСЕМІЇ ТА ЇЇ СОРБЦІЙНОЇ КОРЕКЦІЇ

*Центральна науково-дослідна лабораторія,
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Дія ендогенних токсичних сполук при хронічному ендотоксикозі (ХЕТ) закономірно призводить до порушення роботи центральної нервової системи (ЦНС). Нейротоксичність – одна з найсерйозніших токсикологічних проблем, оскільки пошкодження навіть невеликої кількості нейроцитів може мати непередбачувані наслідки для цілого організму (Лужников Е.А., 2005). При наростанні нейротоксичності може розвинути мієлопатія, яка проявляється парезом і втратою чутливості, часто у вигляді синдрому Броун-Секара (іпсилатеральний парез і втрата пропріоцептивної чутливості, контралатеральне випадання больової і температурної чутливості) (Корельюк І.І., 2013).

З огляду на вищенаведене, метою роботи було дослідження змін порогу ноцицептивної чутливості при змодельованій хронічній ендотоксемії та за умов застосування методу активної детоксикації сорбентом «Карболайн».

В експерименті було використано 50 білих щурів-самців, масою тіла 185–190 г, які утримувались в стандартних умовах виварію. Експериментальні дослідження на тваринах проводили відповідно до «Науково-практичних рекомендацій з утримання лабораторних тварин та роботи з ними» (Київ, 2002) та Європейської конвенції з захисту лабораторних тварин (Страсбург, 1986). Тварини були розділені на групи: 1 група – 10 інтактних тварин; 2 група – 20 білих щурів, із змодельованим хронічним ендотоксикозом; 3 група – 20 тварин зі змодельованим ендотоксикозом, яким здійснювали детоксикаційну корекцію вуглецевим ентеросорбентом IV покоління «Карболайн».

Хронічний ендотоксикоз моделювали згідно методики В. Б. Писарева (2008). Сорбент «Карболайн» вводили згідно (Николаєв В. Г., 2010). Поріг больової чутливості оцінювали за стандартним тестом «гарячої пластини» (“hot plate”) згідно методики Бондаренка Д.А. (2011) із визначенням латентного періоду больової реакції (ЛПБР).

Збільшення ЛПБР за умов температурного впливу у тварин із змодельованим хронічним ендотоксикозом до $(40,5 \pm 0,04)$ с, що у 2,8 рази перевищувало контрольний показник $(14,3 \pm 0,01)$ с), є підтвердженням функціональних змін в соматосенсорній зоні кори великого мозку (поля 1-3 Брокмана).

При застосуванні методу еферентної детоксикації виявлено достовірне зниження ЛПБР до $(22,5 \pm 0,02)$ с відносно показника тварин із некоригованою патологією. Однак слід зазначити, що у групі тварин, яким з метою корекції інтоксикаційного синдрому вводили ентеросорбент «Карболайн» поріг больової чутливості до температурного подразнення все ще був статистично значимо більшим, ніж у контрольній групі тварин.

Отже, еферентна детоксикація сприяє відновленню ноцицептивної реактивності в умовах температурного впливу. З метою поглиблення розуміння патоморфогенезу розладів поверхневої і глибокої ноцицептивної чутливості доцільним є подальше вивчення морфологічних змін у корі півкуль великого мозку, що розвиваються внаслідок його токсичного ураження.

УДК:612.13:796.42

Стахурська І.О.

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА ЩУРІВ РІЗНОЇ СТАТІ В УМОВАХ НІТРИТНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Останніми роками в довідці спостерігається зростання вмісту хімічних забруднювачів, таких як важкі метали, нітрати та нітриту, які негативно впливають на функціональність та структури органів та їх систем. Характер впливу таких забруднювачів на серце і судини та особливості їх ремоделювання при цьому до кінця не вивчені.

Тому метою дослідження стало вивчення морфо-функціональних змін міокарда та його судин при дії на організм дослідних тварин нітриту натрію.

Досліди виконані на білих статевозрілих щурах різної статі. Токсичне ураження моделювали шляхом щоденного інтрагастрального введення водного розчину NaNO_2 у дозі 5 мг/кг маси тіла протягом трьох тижнів. Для дослідження серця використовували гістологічні, морфометричні та функціональні методи дослідження.

В змодельованих патологічних умовах гістологічно виявлено виражений набряк строми та нерівномірну гіпертрофію кардіоміоцитів, звуження і деформація просвіту судин, перивазальний набряк та склеротичні зміни. Встановлено, що вплив токсиканта призводить до гіпертрофії та дилатації камер серця. Підтвердженням було суттєве зростання мас шлуночків та передсердь, збільшення площі їх ендокардіальних поверхонь та об'ємів серця. Виявлено, що у судинах переважно дрібного калібру відбувалося зростання зовнішнього діаметру артерій, товщини медії та зменшення їх просвіту.

Ренгенологічно встановлено, що із здрібненням калібру артерій збільшувалась симетричність їх галужень. У самок експериментальної групи діаметр гілок коронарних артерій мінімізувався меншою мірою у порівнянні із щурами-самцями. Більш виражена структурно-функціональна перебудова дрібних артерій мала місце у лівому шлуночку та у тварин-самців. Ці зміни супроводжувались підвищенням рівня судинного опору, і забезпеченням поступового наростання гемодинамічної резистентності.

Аналізуючи показники математичного аналізу серця за Баєвським у щурів різної статі при токсичному ураженні у тварин-самок спостерігали збільшення показника амплітуди моди та зменшення – варіаційного розмаху, що свідчить про збільшення активності симпатичної та зниження парасимпатичної ланок регуляції серцевого ритму автономною нервовою системою. У щурів-самців амплітуда моди знизилась, а показник моди та вааріаційний розмах достовірно не відрізнялись на фоні гіпоксії.

Проведене дослідження свідчить, що довготривалий вплив на організм нітриту натрію призводить до вираженої структурної перебудови камер серця, ураження його судин, зниження їхньої пропускної здатності, погіршення кровопостачання серцевого м'яза. Структурні зміни при цьому домінують у лівому шлуночку та більше виражені у щурів-самців.

Детальне та всебічне вивчення змін структури міокарда та його судин, допоможе більш детально розкрити патоморфогенез уражень серця ксенобіотиками, і допоможе при діагностиці та у лікуванні серцево-судинних захворювань у гендерному аспекті.

УДК: 611.136.8/.146.6-018.1-02:616.688-007.271]-092.9

Стравський Т.Я.

ПЕРЕБУДОВА СУДИННОГО РУСЛА ЯЄЧКА У ЩУРІВ ПРИ ДОЗОВАНОМУ СТЕНОЗІ СІМ'ЯНОГО КАНТИКА

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

За даними сучасної наукової літератури грижосічення і пахвинна герніопластика об'єктивно розглядаються як фактор чоловічого неплоддя у 9,8 % випадків. Порушення органної гемодинаміки у таких випадках можуть призводити до гострої (внаслідок травмування елементів сім'яного канатика під час операцій) та хронічної ішемії яєчка, порушення терморегуляції і підвищення у ньому венозного тиску.

Метою дослідження було встановлення морфологічних особливостей ремоделювання кровоносних русел яєчок при дозованій компресії сім'яного канатика в експерименті. Експерименти виконано на 30 нелінійних білих щурах-самцях, масою 180-200 г. Всі тварини були розділені на дві групи: контрольну і дослідну. Тваринам дослідної групи звужували сім'яний канатик на 1/3 його діаметра шляхом накладання шовкової лігатури. Морфометричну оцінку інтраорганних судин здійснювали за допомогою окуляр-мікрометра МОВ-1-15Ч. Оцінку функціонального стану судин проводили шляхом вирахування індексу Вогенворта (ІВ).

Уже на першу добу стенозу сім'яного канатика спостерігалось достовірне зниження індекса Вогенворта у артеріях білкової оболонки та у середніх інтрамуральних артеріях з одночасним достовірним зростанням його у дрібних інтрамуральних артеріях. У артеріях білкової оболонки інтенсивність зниження складала 8,39 % у порівнянні з контролем, у той час як у середніх і дрібних інтрамуральних артеріях він, навпаки, зростав на 9,12 % і 12,9 % відповідно. Така динаміка може свідчити про зниження інтенсивності органного кровотоку в цілому.

Щодо артерій білкової оболонки то на третю добу експерименту їхній стан змінювався незначно. Водночас середні інтрамуральні артерії повертались до свого попереднього морфофункціонального стану. Індекс Вогенворта у них (у порівнянні з одноденним терміном спостереження) збільшувався на 7,11%, але все ще продовжував залишатися на 2,66% нижчим від контрольних цифр. У дрібних інтрамуральних артеріях спостерігалось подальше прогресуюче наростання показника, приріст якого вже сягав 17,06% у порівнянні з групою контролю.

Через сім днів спостереження практично повністю відновлювалися вихідні параметри зі сторони артерій білкової оболонки яєчка про що свідчив близьким до норми рівень індекса Вогенворта. Щодо дрібних та середніх артерій, то тонус їх стінок наростав, товщина медії збільшувалась, діаметр просвіту зменшувався. При цьому індекс Вогенворта у середніх інтрамуральних артеріях перевищував контрольні дані вже на 7,24%, а у дрібних на – 23,02%.

На чотирнадцяту добу експерименту спостерігали достовірне збільшення індексу Вогенворта та потовщення медії у артеріях усіх досліджуваних порядків. Зокрема, у порівнянні з вихідними цифрами, вказаний показник збільшився на 16,78 %, 16,7 % і 24,9 % у артеріях великого середнього та дрібного калібрів відповідно.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що у ранні терміни спостереження інтрамуральні артерії середнього діаметра і артерії білкової оболонки компенсаторно реагують

розширенням просвіту і збільшенням своєї ємності. Однак, у подальшому прогресуюча висхідна вазоконстрикція поступово охоплює судини всіх досліджуваних порядків, що призводить до зменшення пропускної здатності кровоносного русла яєчок і розвитку у них змін, що характерні для ішемічних станів.

УДК:615.212-06:616.379-008.64]-092.9

Фурка О.Б., Івануса І.Б., Кліщ І.М.

ВПЛИВ АЦЕТАМІНОФЕНУ НА ОРГАНІЗМ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Цукровий діабет набув масштабів глобальної епідемії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я близько 347 млн. чоловік у світі хворі на діабет, а до 2030 року їх кількість може перевищити 530 млн. Діабет – одна з провідних причин передчасної захворюваності і смертності, оскільки часто призводить до ампутації кінцівок, втрати зору, ниркової недостатності і провокує серцево-судинні захворювання.

Згідно з українською статистикою, близько 1,3 млн. жителів нашої країни хворі на цукровий діабет. Однак багато українських лікарів – ендокринологів переконані, що діабетиків серед українців в 2-2,5 рази більше, ніж показує офіційна цифра. Через нестачу знань більшість з них не підозрює про свій діагноз, поки не почнуть розвиватися ускладнення.

Хворі на цукровий діабет іноді хворіють на застудні захворювання, які супроводжуються підвищенням температури. Як жарознижуючий препарат при цих захворюваннях найчастіше використовують лікарські засоби, до складу яких обов'язково входить велика доза ацетамінофену. Сам ацетамінофен в терапевтичних дозах проявляє невелику токсичність, однак, за умови його комбінації з іншими ксенобіотиками, його токсичність може значно зростати, що може стати причиною важкого ураження печінки.

Метою нашої роботи, було дослідити вплив ацетамінофену на активність процесів ліпідної пероксидації і показники антиоксидантної системи на тлі цукрового діабету 2 типу.

Експерименти проводили на статевозрілих щурах масою 220 – 250 г, яких утримували в умовах віварію на стандартному харчовому раціоні та вільному доступі до води. Тваринам внутрішньошлунково протягом 7 діб вводили ацетамінофен (в дозі 55 мг/кг) на тлі цукрового діабету 2 типу. Результати проведених досліджень свідчать про те, що отруєння ацетамінофеном на тлі цукрового діабету 2 типу призводить до активації процесів вільнорадикального окиснення, спричиняє істотне порушення компенсаторних механізмів, особливо стану ферментативної та неферментативної ланок антиоксидантної системи.

Введення тваринам токсичної дози ацетамінофену на тлі цукрового діабету 2 типу призводить до порушень функцій печінки.

УДК 582.929.4:547.913-06:579.22]-092.4

Шанайда М.І., Покришко О.В.

ВПЛИВ ЕФІРНИХ ОЛІЙ ПРЕДСТАВНИКІВ РОДИНИ LAMIACEAE JUSS. НА МІКРООРГАНІЗМИ В УМОВАХ IN VITRO

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Розвиток стійкості бактерій до антибіотиків є актуальною проблемою сучасної медицини, у зв'язку з чим фахівці все частіше звертають увагу на перспективність використання анти-

мікробних властивостей рослин. Вказані властивості встановлені для цілого ряду ефірних олій рослин, у тому числі – представників родини *Lamiaceae* Juss.

Мета наших досліджень – порівняльний аналіз зв'язку біологічної активності ефірних олій деяких маловивчених культивованих представників родини *Lamiaceae* з їх хімічним складом.

Для отримання ефірних олій використовували висушену надземну частину неофіціальних лікарських рослин з родів *Ocimum*, *Lophanthus*, *Monarda* та *Satureja*, заготовлену під час цвітіння. Ефірні олії отримували методом перегонки із водяною парою згідно ДФУ. Вивчення антибактеріальної й антифунгальної дії ефірних олій на життєдіяльність мікроорганізмів проводили в умовах *in vitro* методом двохкратних серійних розведень. В якості тест-культур мікроорганізмів використовували стандартні взірці з американської типової колекції: *Bacillus subtilis* ATCC 6633; *Escherichia coli* ATCC 25922; *Staphylococcus aureus* ATCC 6538; *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027 та *Candida albicans* ATCC 885-653.

Результати вивчення антимікробної активності ефірних олій досліджуваних рослин представлені в таблиці.

Як видно з таблиці, ефірні олії усіх досліджуваних видів рослин були найактивнішими в максимальній концентрації (розведення 1:10). Найбільш чутливими до впливу ефірних олій виявилися грампозитивні коки *S. aureus* та дріжджоподібні гриби *C. albicans*.

Попередньо проведений хромато-мас-спектрометричний аналіз ефірних олій показав, що домінуючими компонентами в *Lophanthus anisatus*, *Monarda fistulosa* та *Satureja hortensis* є ароматичні сполуки (метилхавікол, тимол та карвакрол відповідно). Як видно з таблиці, саме ефірна олія цих видів виявила більш істотну антимікробну активність у порівнянні з *Ocimum americanum*, у складі ефірної олії якого переважає монотерпеноїд ліналоол.

Оскільки *Staphylococcus aureus* найчастіше уражає шкіру та її придатки, верхні дихальні шляхи, застосування ефірної олії *Lophanthus anisatus*, *Monarda fistulosa* та *Satureja hortensis*, які виявили ефективне пригнічення росту цього мікроорганізму, можна рекомендувати вивчати для подальшого вивчення в напрямі лікування застудних та шкірних захворювань.

Ефірні олії усіх досліджуваних видів мають антифунгальну дію щодо *C. albicans* (див. табл.), що відкриває перспективу їх подальших досліджень у лікуванні та профілактиці кандидомікозів.

Таблиця.

Аналіз антибактеріальної активності ефірних олій рослин родини *Lamiaceae* методом серійних розведень

Вид рослини	Культура мікроорганізмів									
	<i>B. subtilis</i>		<i>E. coli</i>		<i>S. aureus</i>		<i>P. aeruginosa</i>		<i>C. albicans</i>	
	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+
<i>Lophanthus anisatus</i>	1:10	1:20	*	1:10	1:160	**	1:10	1:20	1:160	**
<i>Monarda fistulosa</i>	1:20	1:40	1:10	1:20	1:160	**	1:20	1:40	1:80	1:160
<i>Ocimum americanum</i>	*	1:10	*	1:10	1:40	1:80	*	1:10	1:160	**
<i>Satureja hortensis</i>	*	1:10	1:20	1:40	1:160	**	1:20	1:40	1:80	1:160

Примітки: (+) – ріст мікроорганізмів, (–) – відсутність росту,

* – немає антимікробної дії, ** – не визначено

Одержані результати вказують на перспективність подальшого вивчення антибактеріальних властивостей ефірних олій трьох видів досліджуваних рослин родини *Lamiaceae* –

Lophanthus anisatus, *Monarda fistulosa* та *Satureja hortensis*, у складі яких домінують ароматичні сполуки. Це стосується, насамперед, їх впливу на *S. aureus* та *C. albicans*.

УДК 547.587.2:582.689

Шостак Л.Г., Марчишин С.М.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДУБИЛЬНИХ РЕЧОВИН ПЕРВОЦВІТУ ВЕСНЯНОГО

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Дубильні речовини – важливі біологічно активні речовини фенольного характеру, які постійно надходять до організму людини з рослинною їжею. Вони мають здатність впливати на клітинні мембрани, на ферментні білки і нуклеїнові кислоти; на обмін адреналіну, аскорбінової кислоти, ацетилхоліну; на ведучі системи нейрогуморальної і нейроендокринної регуляції. Дубильні речовини знайшли широке використання у медичній практиці: виявляють в'язучу, протизапальну, кровоспинну і антимікробну дію. Катехіни проявляють Р-вітамінну активність. Встановлена радіопротекторна дія більшості дубильних речовин, здатність їх до видалення з організму радіоактивних речовин.

Інформації про вміст у надземних і підземних органах первоцвіту весняного дубильних речовин у доступних джерелах літератури недостатньо, що і стало метою наших досліджень.

Якісний аналіз показав наявність у досліджуваній сировині дубильних речовин. Для розділення дубильних речовин на окремі компоненти використовували метод ВЕРХ. Дослідження проводили на хроматографі Agilent 1200 3 D LC System Technologies (США). УФ-спектри фрагментів дубильних речовин показали 2 максимуми поглинання – при 255 та 280 нм. За результатом ВЕРХ-аналізу у кореневищах з коренями первоцвіту весняного ідентифіковано такі складові дубильних речовин: 2 фрагменти дубильних речовин, що гідролізуються (кислоти галова – 0,016 % і елагова – 0,002 %), 4 простих катехіни (епігалокатехін – 1,12 %, катехін – 0,14 %, епікатехін – 0,12 %, галокатехін – 0,21 %), 1 складний катехін (епікатехін галат – 0,04 %); у квітках – 2 простих катехіни (катехін – 0,02 % і епікатехін – 0,16 %) і 1 складний катехін (катехін галат – 0,08 %); у листках – 4 простих катехіни (епігалокатехін – 0,07 %, катехін – 0,04 %, епікатехін – 0,05 %, галокатехін – 0,03 %), 2 складний катехіни (епікатехін галат – 0,07 % і катехін галат – 0,03 %).

УДК 615.214.2'857-047.24

Юрченко Д.М., Левіч С.В., Александрова К.В.

ПОШУК СУЧАСНИХ НЕЙРОПРОТЕКТОРІВ СЕРЕД ПОХІДНИХ 3-АРИЛ(АРАЛКІЛ)КСАНТИНІВ

Запорізький державний медичний університет

Не дивлячись на те, що сучасна фармацевтична наука не стоїть на місці, все ще залишаються не вирішеними та не виліковними ціла низка захворювань, від яких, згідно статистики ВООЗ гинуть сотні тисяч людей, ще більше залишаються не працездатними. Це, в першу чергу, захворювання, що пов'язані з порушенням мозкового кровообігу – ішемічний та геморагічний інсульт.

Україна, за числом розповсюдження серед населення інсульту, посідає 2-е, 3-є місце серед промислово розвинених країн світу. Нажаль, існуюча терапія не завжди є ефективною та своєчасною. До того ж препарати є досить коштовними. Тому пошук нових високоефективних, малотоксичних нейропротекторів є актуальною проблемою.

Продовжуючи роботу над вивченням біологічної дії новосинтезованих похідних 3-арилксантину та спираючись на літературні дані щодо широкого спектру біологічної дії похідних ксантину, за мету роботи було обрано дослідження їх антиоксидантної активності (АОА).

В якості об'єкту досліджень були обрані 7,8-дизаміщені 3-арил(аралкіл)ксантину. АОА вивчалась *in vitro* на трьох моделях: неферментативне ліпопереокислення, інгібування монооксиду азоту, а також за глибиною розвитку окислювальної модифікації білків.

Виявилось, що майже всі синтезовані сполуки проявляють антиоксидантну активність, а деякі з них – перевершують референс-препарати (емоксипін, N-АЦЦ, дибунол), тобто є перспективними нейропротекторами. Були встановлені деякі закономірності зв'язку «структура-активність».

УДК: 611.72-053.1]-092.9

Ющак М.В., Ющак О.М., Луків О.А., Боймиструк І.І., Галицька-Хархаліс О.Я.

ПЕРІОДИ ФОРМУВАННЯ СКЕЛЕТУ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Роздрібненість індивідуального фізичного розвитку на велику кількість вікових груп утруднює дослідження і вимагає об'єктивних оцінок для аналізу отриманих даних. Це зумовлює складність вивчення групової та індивідуальної мінливості, що полягає у багатоплановому підході до найважливішої проблеми морфології – співставлення цілого і частини в процесі онтогенезу. Проте й досі немає єдиної теорії яка б заклала основу розвитку скелету в постнатальному періоді для людини та всіх видів хребетних, незалежно від способу пересування та середовища існування.

Щотижня проводилися дослідження кісток білих щурів-самців віком від одного місяця до двох років. Методом варіаційної статистики було оброблено цифрові дані, отримані шляхом остеометрії, ультраструктурного дослідження, хімічного аналізу і стійкісних якостей, гістології епіфізарних хрящів та діафізів довгих трубчастих кісток з морфометрією певних зон та ділянок.

Співставляючи наші дослідження онтогенезу тварин безперервного росту з даними наукової літератури, в онтогенетичних перетвореннях кісткової системи умовно можна виділити три етапи: 1. Від одного до восьми місяців – стадія інтенсивних процесів утворення кісткової тканини. 2. Від восьми до шістнадцяти місяців – стадія стабілізації змін онтогенезу. 3. Від шістнадцяти місяців – період перебудови з переважанням руйнування кісткової тканини. Це і є першими кроками на шляху до закладання морфологічної основи корекції скелету під впливом факторів зовнішнього та внутрішнього середовища.

УДК618.31-099:615.277.3]085.237.2

Якимчук Ю.Б.

ЗАХИСНА ДІЯ КАЛЬЦІЯ ФОЛНАТУ НА РІВЕНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ЕКСПЕРИМЕНТІ ПРИ ВИКОРИСТАННІ МЕТОТРЕКСАТУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Нами було вивчено індекс ендогенної інтоксикації у 54 дослідних щурів на фоні одноразового та дворазового введення метотрексату в дозі 1 мг/кг на 3 та 7 добу. Досліджено захисну дію кальцію фолнату в дозі 0,1 мг/кг, який вводився через 24 год. після ін'єкції метотрексату.

Токсичність плазми крові оцінювали за еритроцитарний індексом інтоксикації. Рівень токсичності плазми визначався на 3 та 7 добу після введення метотрексату. Даний експеримент показав збільшення токсичності плазми крові у щурів за рівнем еритроцитарного індексу інтоксикації при внутрішньом'язевому введенні метотрексату. Одноразове використання метотрексату призводить до достовірного збільшення рівня токсичності плазми крові у щурів. Дворазове введення метотрексату погіршує еритроцитарний індекс інтоксикації. Використання кальцій фолінату проказало достовірні результати зменшення ендогенної інтоксикації. Введення кальцій фолінату після кожної ін'єкції метотрексату дає достовірне зменшення цього показника і не залежить від одноразового чи дворазового введення цитостатика.

УДК: 611.126-091.8/-092

Fedonyuk L. Ya., *Malyk Yu. Yu., Korylchjuk B.T.

STRUCTURAL ORGANIZATION OF TYPICAL CHORDAE TENDINEAE OF MITRAL VALVE AND FALSE CHORDAE TENDINEAE OF THE HUMAN HEART

I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University

** Bukovinian State Medical University*

Background. The mitral valve complex of the human heart consists of functional units which include the valve leaflets, chordae tendineae and the papillary muscles. Deficiency or degeneration of one these structures may result in dysfunction of the valvular apparatus. Topography and structure of the chordae tendineae effect to the normal functioning of heart valve complex and its hemodynamics, and therefore aim of our research was to examine the peculiarities of structural organization normally located mitral valve chordae tendineae of the human heart.

Methods. The investigation was made on sectional material. We used macroscopic and submicroscopic methods, light microscopy, immunohistochemistry, 3D-method.

Results. The complex morphological investigations had provided to receive the complete objective information about of macro-, micro- and submicroscopic structure of the typical mitral valve chordae tendineae and to determine the peculiarities of the structural organization of the left ventricle false chordae tendineae of the human heart. The chordae tendineae are cord-like tendons that connect the papillary muscles to the valve leaflets in the heart. The chordae tendineae were covered by endocardium which contained superficial layer of endothelium. Subendocardial layer included loosely located interweaving of the collagen and elastic fibers. Cor of the chordae composed bundles of densely packed collagen fibrils with few elastic fibers.

Depending on the type of the attachment to the cusps of the mitral valve were selected the typical chordae tendineae of the anterior leaflet (of thickened zone and supporting), the chordae tendineae of the posterior leaflet (of thickened zone, of splitting and basal) and also the commissural chordae tendineae. The typical chordae tendineae are formed by one centrally located collagen core, are surrounded by the peripherally located collagen-elastic layer, in which from 3 to 5 blood vessels are passed, which have no branches and anastomosis, and go toward the leaflets of the valve.

The results of investigations showed that the false chordae tendineae had different positions in the cavity of the left ventricle. Depending on the location in parts of the left ventricle was distinguished the basal, middle and apical false chordae tendineae. Depending on the places of the attachment were distinguished the transverse, diagonal and longitudinal false chordae tendineae. Based on done complex morphological studies of false chordae tendineae by histological structure they are divided into the fibrous, fibro-muscular and muscular types. The fibrous type of false chordae tendineae are formed of 2-4 collagen cores, which are separated each other by layers of loose connective tissues. Between collagen cores the blood vessels, which do anastomosis are passed. In 28% of cases the false chordae tendineae were detected the traumatic injury that manifested by the endothelial desquamation, disorganization of collagen fibers with the dissociation and fragmentation of their bundles.

Conclusions. The investigations allowed to receive a new objective data on some structural peculiarities of chordae tendineae of the human mitral valve that later can become the basis for the differential diagnosis of disease, including valvular heart pathology.

**Секція 6. «СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА,
БІОЕТИКА,
ОГЛЯДОВІ ТА АНАЛІТИЧНІ РОБОТИ»**

УДК 617.7-053.2+37.973

Бегош Н.Б., Марущак М.І., Бакалець О.В., Дзига С.В., Сусллова Н.О., Заєць Т.О.

**ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ НАВАНТАЖЕННЯ
НА ОРГАН ЗОРУ МОЛОДИХ ОСІБ,
ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ ЗА КОМП'ЮТЕРОМ**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

На сьогодні комп'ютер є високоефективним та багатофункціональним засобом навчання і одночасно причиною значного збільшення навантаження на зоровий аналізатор людини. Так як погіршення зору найчастіше відбувається в шкільні та студентські роки й пов'язане головним чином із тривалою зоровою роботою, саме тому особливо важливо підібрати комплекс відновлювальних вправ для покращення його функціонування на різних етапах зорового сприйняття.

Мета дослідження – вивчити ефективність впливу реабілітаційного комплексу вправ на функціональну спроможність органа зору у осіб молодого віку під час роботи за комп'ютером.

Обстежено 60 студентів-волонтерів віком 17-19 років зі збереженим зоровим статусом, які працювали за комп'ютером дотримуючись санітарно-гігієнічних вимог. Визначення зорових функцій з використанням офтальмологічних методик проводили до і після роботи за монітором комп'ютера, а також після короткотривалого відпочинку та комплексу реабілітаційних вправ, які сприяли покращенню живлення ока та кровопостачанню циліарного м'яза, зволожували рогівку, а також зменшували емоційне напруження. Встановлено, що розроблений комплекс вправ ефективніше відновлював зорові функції, ніж пасивний відпочинок, що підтверджувалось покращенням складових порогових величин гостроти зору в середньому на 25 % та на 15 % показників функціонування акомодативно-дренажної системи. Таким чином, активне впровадження в практику не медикаментозних, фізіологічних рекомендацій комплексу реабілітаційних вправ, дозволить зменшити негативний вплив комп'ютерної техніки на організм та забезпечить відновлення функціонального стану органа зору.

Волошин О.С., Пилипів М.І., Волошин В.Д.

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХО-МОТОРНИХ РЕАКЦІЙ В ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ
ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СЕРЦЯ**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Успішність процесів адаптації організму значною мірою залежить від ефективності реакцій на зміну умов середовища. Фізіологічні особливості реактивності нервової системи впливають на навчання індивідуума, його професійний розвиток, на побутову і соціальну адаптацію загалом. Саме тому одним з актуальних напрямів у сучасній фізіології є дослідження показників психофізіологічного статусу організму. Особливого розвитку вказані дослідження набули в останні десятиліття, завдяки створенню цифрових технологій і нового покоління лабораторного

обладнання, яке дозволяє звести до мінімуму безпосередній контакт експериментатора і обстежуваного, тим самим підвищити об'єктивність результатів обстеження.

У роботі досліджували показники швидкості зорово-моторної реакції, коефіцієнту розподілу уваги, об'єму оперативної зорової пам'яті в осіб з різним рівнем працездатності серця. Рівень фізичної працездатності серця визначали за індексом Руф'є.

Швидкість простої зорово-моторної реакції є найвищою в осіб із задовільним рівнем працездатності серця – $0,35 \pm 0,02$ с. Тенденція збережена і при здійсненні диференційованої зорово-моторної реакції – $0,39 \pm 0,02$ с в обстежених із задовільним рівнем індексу Руф'є проти $0,44 \pm 0,05$ с і $0,45 \pm 0,06$ с в осіб з середнім і високим рівнями працездатності серця. Тобто, ефективнішою обробка зорової сенсорної інформації є в осіб із задовільним індексом Руф'є у порівнянні з обстеженими із високим рівнем фізичної працездатності серця.

Серед усіх обстежених, незалежно від рівня працездатності серця, домінують високі і середні значення показників об'єму оперативної зорової пам'яті. Високе значення коефіцієнту розподілу уваги в осіб із задовільним рівнем працездатності серця відзначено у 50 % осіб і стільки ж обстежених групи демонструвало середній рівень цього показника. У 67 % осіб цієї групи відзначено високий об'єм оперативної зорової пам'яті.

Отже, ефективність обробки інформації і рівень реактивності є кращими в осіб із задовільною працездатністю серця за умови відсутності суттєвих проявів серцевої недостатності.

УДК: 614.253:577.212

Коваль М. І., Толокова Т. І.

ВИКОРИСТАННЯ ПРОДУКТІВ ГЕННО-ІНЖЕНЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ З ПОЗИЦІЙ БІОЕТИКИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. З кінця минулого століття у світі спостерігається бурхливий розвиток науки і, як наслідок, новітніх технологій у різноманітних сферах життєдіяльності людини. Одна з таких галузей – це виробництво продуктів харчування. Сьогодні з'являються продукти з новими якостями, які містять генетично модифіковані організми (ГМО), щодо яких точаться дискусії стосовно біоетичних аспектів їх безпечності для споживання та впливу на здоров'я людей.

Мета. Виявлення рівня обізнаності молоді щодо знань з біобезпеки та біоетичних аспектів, зокрема використання генно-модифікованих організмів і продуктів харчування, виготовлених з їх використанням.

Матеріали і методи дослідження. Нами було проведене анонімне анкетування, в якому прийняли участь 140 студентів 1-го курсу Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського.

Результати й обговорення. Серед опитаних студентів 69 % знають, що таке ГМО і ГМ-продукти, 31 % – не знає. 62 % респондентів вважають, що така їжа може бути небезпечною, а 38 % – що дана проблема є надуманою.

На запитання «Чи знаєте ви, що в мережах ресторанів швидкого харчування («Макдональдс») використовують ГМ продукти? 59 % від всіх опитаних відповіли ствердно. Причому 89 % студентів відвідують дані заклади завжди, коли мають можливість, 21 % – рідко.

Висновки. Аналіз отриманих результатів свідчить, що обізнаність молодих людей щодо ГМО та ГМ-продуктів, а також ризики їх вживання для здоров'я людини є практично тотожною свідомому нехтуванню даних ризиків. Це доводить необхідність ширшого впровадження знань з біоетики і біобезпеки в навчальний процес на теоретичних і клінічних кафедрах.

Перспективи подальших досліджень. Актуальним є подальші дослідження у галузі використання продуктів генної інженерії та поширення знань з питань біобезпеки, біозахисту та

біоетики серед фахівців у галузі наук про життя, працівників галузі охорони здоров'я, біотехнологічної і фармацевтичної промисловості.

Ковалик А.П., Протасевич Г.С., Яшан О.І., Мальована І.В.

ВИКЛАДАЦЬКИЙ СКЛАД КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Тернопільський державний медичний інститут заснований в квітні 1957р. В 1994 р. його перейменовано в Тернопільський державний медичний інститут імені академіка І.Я. Горбачевського. З січня 1997р. інститут реорганізований в Тернопільську державну медичну академію імені І.Я. Горбачевського, а з грудня 2004р. її реорганізували в Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського.

В жовтні 1958р. при інституті створено кафедру оториноларингології. Це одна з наймолодших кафедр серед медичних ВНЗ України. За роки свого існування вона мала різні назви: кафедра оториноларингології (жовтень 1958 – серпень 1989рр.), кафедра офтальмології і оториноларингології (вересень 1989 – серпень 2000рр.), кафедра оториноларингології, офтальмології і стоматології (вересень 2000 – серпень 2006рр.), кафедра оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії (з вересня 2006р. до нинішнього часу). Організатором і першим завідувачем кафедри був професор Петро Дмитрович Буєв. Він завідував кафедрою з 26 жовтня 1958 по 5 січня 1959рр. Коли кафедрою завідував професор П.Д. Буєв, це був період її створення і організації навчального процесу. Асистентом на кафедрі працював Євген Іванович Турович. Кафедра устатковувалась апаратурою, інструментарієм, наочними посібниками, навчального процесу ще не було. В лютому 1959р. завідувачем кафедри став кандидат медичних наук (з 1960р. доцент) Олександр Абрамович Кантор. До цього він працював асистентом кафедри оториноларингології Чернівецького державного медичного інституту (нині – Буковинський державний медичний університет). В період, коли кафедру очолював О.А. Кантор, розпочався навчальний процес на IV курсі. На посаді завідувача кафедри О.А. Кантор працював по червень 1964р. Асистентами на кафедрі в той час були Євген Іванович Турович і Агнеса Феодосіївна Масик. З 1964 по 1966рр. кафедрою завідував кандидат медичних наук (з 1965р. доцент) Є.І. Турович. Асистентами на кафедрі в той період були А.Ф. Масик і кандидат медичних наук Роман Теодорович Лавецький. В 1966р. кафедру очолював доктор медичних наук, доцент (з 1969р. професор) Іван Артемович Яшан. Коли Івана Артемовича було обрано завідувачем кафедри, її викладацький штат склався із завідувача і двох асистентів. Асистентами в той час були А.Ф. Масик (з 1967р. кандидат медичних наук) і кандидат медичних наук Р.Т. Лавецький. У вересні 1972р. в штат кафедри ввійшов ще один асистент. Ним став Г.С. Протасевич (з 1973р. кандидат медичних наук), який закінчив аспірантуру при кафедрі. Доцентом було обрано кандидата медичних наук Р.Т. Лавецького. В січні 1985р. штат кафедри поповнився ще на одного асистента. На цю посаду було обрано кандидата медичних наук Петра Васильовича Ковалика. Після переїзду доцента Р.Т. Лавецького в Івано – Франківський державний медичний інститут (нині – Івано – Франківський національний медичний університет) (вересень 1984р.) доцентом кафедри став кандидат медичних наук Г.С. Протасевич. Таким чином, в 1985р. викладацький склад кафедри був розширений: завідувач, доцент, 2 асистенти. В 1972-1973 навчальному році Іван Артемович завідував кафедрою оториноларингології Білоруського інституту вдосконалення лікарів (в м. Мінську), а в вересні 1973р. знову очолював кафедру оториноларингології Тернопільського державного медичного інституту (нині – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»). В 1989р. кафедра стала курсом оториноларингології. Іван Артемович завідував цим курсом до січня 1994р. затим був професором кафедри оториноларингології, офтальмології і стоматології, пізніше – професором кафедри оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії. В 1972-1973 навчальному році, коли професор І.А. Яшан переїхав до Мінська,

кафедрою тимчасово завідував кандидат медичних наук Р.Т. Лавецький. У викладацький склад кафедри входило 3 особи: завідувач і 2 асистенти. Асистентами були кандидати медичних наук А.Ф. Масик і Г.С. Протасевич. З січня 1994 по серпень 2000 рр. курс оториноларингології очолював доцент (з 1996р. доктор медичних наук РФ) Григорій Семенович Протасевич. В січні 1994р. курс оториноларингології поповнився ще на 1 асистента. Ним став практикуючий лікар кандидат медичних наук Олександр Іванович Яшан. В квітні 2000р. курс оториноларингології поповнився ще на 1 асистента, яким став булий аспірант, кандидат медичних наук Юрій Михайлович Андрейчин. В 1995р. введена ще 1 посада доцента, на яку було обрано кандидата медичних наук П.В. Ковалика. Таким чином, у викладацький склад курсу оториноларингології входило 5 осіб: завідувач, професор, доцент, 2 асистенти. Професором був І.А. Яшан, доцентом – П.В. Ковалик, асистентами – О.І. Яшан і Ю.М. Андрейчин. У вересні 2000р. курс оториноларингології перейменовано на кафедру оториноларингології, офтальмології і стоматології. Завідувачем кафедри обрано доктора медичних наук, доцента (з 2001р. професор) Петра Васильовича Ковалика. Він завідував кафедрою до березня 2006р., після чого став професором кафедри. В 2001р. введена ще одна посада професора кафедри, яку обійняв доктор медичних наук РФ, доцент Г.С. Протасевич. В 2002р. на введено ще одну посаду професора кафедри було переведено доктора медичних наук, доцента О.І. Яшана. В 2005р. введена ще одна посада доцента кафедри. Ним став кандидат медичних наук Ю.М. Андрейчин. Отже, штат викладачів кафедри складався з 5 осіб: завідувача, 3 професорів, доцента. Професорами були І.А. Яшан, Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, доцентом – Ю.М. Андрейчин. З березня 2006р. кафедру очолює професор Олександр Іванович Яшан. Коли він очолив кафедру, її викладацький штат складался з 5 осіб: завідувача, 3 професорів, доцента. В 2007 р. штат викладачів кафедри поповнився ще 2 асистентами: кандидатом медичних наук А.П. Коваликом (з листопада) і кандидатом медичних наук І.В. Мальованою (з грудня). В 2014р. А.П. Ковалик і І.В. Мальована стали доцентами. Нині у викладацький штат кафедри входить 5 осіб: завідувач, професор, 3 доценти. Професором кафедри є П.В. Ковалик, доцентами – Ю.М. Андрейчин, А.П. Ковалик і І.В. Мальована.

Таким чином, на кафедрі оториноларингології в різні роки працювало чи нині працює 12 викладачів. З них 7 працювало у минулому (професор П.Д. Буєв, доценти О.А. Кантор, Є.І. Турович і Р.Т. Лавецький, професор І.А. Яшан, доктор медичних наук РФ, доцент Г.С. Протасевич, асистент кандидат медичних наук А.Ф. Масик) і 5 працює нині (професори О.І. Яшан і П.В. Ковалик, доценти Ю.М. Андрейчин, А.П. Ковалик і І.В. Мальована).

УДК: 615.33-06:579.84:616-08-039.35[477.84]

Красій Н.І.¹, Покришко О.В.², Климнюк С.І.², Ткачук Н.І.²

АНАЛІЗ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ НЕФЕРМЕНТУЮЧИХ ГРАМНЕГАТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ, ВИДІЛЕНИХ У ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ЛІКАРНІ У 2014 РОЦІ

*1 – КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»,
2 – ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Неферментуючі грамнегативні мікроорганізми є частою причиною внутрішньолікарняних інфекцій, які важко піддаються лікуванню у зв'язку з їх полірезистентністю до антибіотиків. Глобальне зростання стійкості до антибіотиків серед цих мікроорганізмів спричинює труднощі в лікуванні пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії (ВРІТ). З даних літератури, моніторинг по *Pseudomonas aeruginosa* та *Acinetobacter spp.* є недостатнім через малу кількість бактеріологічних досліджень.

Метою даного дослідження було здійснити аналіз антибіотикочутливості неферментуючих грамнегативних мікроорганізмів виділених від хворих, які перебували на лікуванні у ВРІТ, та відстежити динаміку резистентності даних збудників у 2014 році.

Досліджено 43 клінічних ізоляти, отриманих із наступного біоматеріалу: трахеальний аспірат (15), мазок із зіву (10), мазок з рани (8), дренажні виділення з черевної порожнини (4), харкотиння (3), кров (2), сеча (1). За загальноприйнятими бактеріологічними методами згідно класифікації Бергі ідентифікували неферментуючі грамнегативні мікроорганізми – *Acinetobacter spp.* та *P. aeruginosa*. Тестування бактеріальної антибіотикочутливості виконували згідно з уніфікованим протоколом, використовуючи диско-дифузійний метод Кірбі-Бауера. В окремих випадках використовували мікробіологічний аналізатор Vitek–2 Compact 15.

Аналіз даних проводився за допомогою комп'ютерної програми для мікробіологічного моніторингу «WHONET».

Неферментуючі грамнегативні мікроорганізми у відділенні інтенсивної терапії виділялись майже в третині випадків (27,4 % всіх виділених мікроорганізмів). Частота виявлення *Acinetobacter spp.* практично така ж, як і частота виявлення *P. aeruginosa* (12,7% та 14,7% відповідно).

Відмічено високий рівень полірезистентності до більшості антибактеріальних препаратів. Всі досліджувані штами *P. aeruginosa* були резистентними до цефтазидиму, ертапенему, гентаміцину. До інших цефалоспоринів синьогнійна паличка виявила вкрай низьку чутливість: до цефоперазону – 6,7 % досліджуваних штамів, до цефепіму – 18,2 %. З карбапенемів найефективнішим був іміпенем (28,6 % штамів чутливі до препарату), до меропенему чутливими виявилися лише 16,7 % виділених культур. Найбільше чутливих штамів *P. aeruginosa* було до амікацину (57,1 %). З фторхінолонів гатифлоксацин був ефективним в 22,2 % випадків, а левофлоксацин та ципрофлоксацин – в 15,4 %.

Популяції *Acinetobacter spp.* теж виявляли вкрай високу резистентність до досліджуваних антибіотиків. Так, всі висіяні штами були резистентними до ампіциліну/сульбактаму, цефепіму, цефтазидиму. Іміпенем та меропенем були ефективними у 18,2 та 20% випадків відповідно; амікацин – в 30,8 %, гентаміцин – в 10 %. Серед фторхінолонів найнижчою активністю володіли ципрофлоксацин (7,1 % чутливих штамів), гатифлоксацин (33,3 %). Найефективнішим виявився левофлоксацин – 57,1 % антибіотикочутливих штамів.

Результати дослідження показали, що неферментуючі грамнегативні мікроорганізми становили третину всіх висіяних з клінічного матеріалу хворих штамів. Рівень антибіотикорезистентності їх надзвичайно високий, що потрібно враховувати під час лікування хворих у ВРІТ. Необхідно проводити постійну профілактику розвитку внутрішньолікарняних інфекцій

Мазур Л.П., Юрчик О.А., Свистун І.І.

АДМІНІСТРАТИВНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА ЕТАПІ ПМСД

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»
Мазур Л.П., Юрчик О.А., Свистун І.І.*

Вибір теми зумовлений загостренням проблем, пов'язаних із погіршенням рівня здоров'я населення, що створює безпосередню загрозу генофонду нації. Метою є, по-перше, розкриття змісту правового регулювання адміністративної відповідальності за проступки в галузі охорони здоров'я населення, зокрема у сфері діяльності сімейного лікаря; по-друге, розробка рекомендацій і пропозицій щодо вдосконалення правового регулювання адміністративної відповідальності за проступки в галузі охорони здоров'я населення; по-третє, впровадження в сучасну практику висновків і пропозицій, сформульованих за результатами дослідження.

Сучасні умови провадження активної соціальної політики держави, зокрема ефективне забезпечення реалізації прав громадян у сфері охорони здоров'я, настійливо потребують

критичного перегляду наявого стану справ у цій сфері відносин і докорінного реформування на принципових засадах питань адміністративної відповідальності. Це можливо через докорінний перегляд переліку адміністративних деліктів, зміну підходів до запровадження і підстав притягнення до адміністративної відповідальності і, зокрема, підготовки й прийняття нового Кодексу України про адміністративні правопорушення.

Отже, підводячи підсумок, варто зазначити необхідність урахування ролі інституту адміністративної відповідальності в механізмі правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я, а відтак і щодо вдосконалення, оптимізації заходів адміністративного примусу, що мають на меті забезпечити охорону відносин зазначеної сфери.

Мальована І.В., Протасевич Г.С., Яшан О.І., Яшан А.О., Пляшко К.О.

АВТОРСЬКІ СВДОЦТВА ТА ПАТЕНТИ, ОТРИМАНІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГАМИ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ В 1981 – 2014 РР.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Мета роботи – зробити перелік авторських свідоцтв і патентів, отриманих оториноларингологами Тернопільщини (викладачами, аспірантами кафедри оториноларингології медичного інституту (університету), практикуючими оториноларингологами лікувальних закладів м. Тернополя). Авторські свідоцтва отримані в 1981 – 1983 рр., патенти – в 1997 – 2009рр. Слід відмітити, що патенти мали різну назву: патент на винахід (1997-1998рр.); деклараційний патент на винахід (2000-2004); деклараційний патент на корисну модель (2005-2009 рр.). За вказані роки оториноларингологами Тернопільщини отримано 4 авторські свідоцтва та 16 патентів. Наводимо перелік авторських свідоцтв і патентів в хронологічному порядку мовою оригіналу.

I. Авторські свідоцтва

1. Спосіб для звукової анальгезии и устройство для его осуществления: Авторское свидетельство № 831122 [Авторы Яшан И.А., Лавецкий Р.Т., Яшан Т.И., 1981 год].
2. Буж для восстановления проходимости слуховой трубы при тимпанопластике: Авторское свидетельство № 850090 [Авторы Яшан И.А., Яшан Т.И., 1981 год].
3. Спосіб исследования воздухообмена гайморовой пазухи при гайморитах: Авторское свидетельство № 957875 [Автор Единак Е.Н., 1982 год].
4. Спосіб дренирования верхнечелюстной пазухи: Авторское свидетельство № 990196 [Автор Единак Е.Н., 1983 год].

II. Патенти

1. Спосіб хірургічної тактики лікування злоякісних пухлин вуха: Патент на винахід № 17696 А 61 В 11/00 [Автор Ковалик П.В., 1997 рік].
2. Спосіб лікування злоякісних пухлин вуха: Патент на винахід № 19997 А 61 В 17/00 [Автор Ковалик П.В., 1997 рік].
3. Спосіб тимпанопластики при відсутньому держальці молоточка: Патент на винахід № 22245 А 61 В 17/00 [Автор Яшан О.І., 1998 рік].
4. Спосіб реінервації мімічних м'язів: Патент на винахід № 22254 А 61 В17/00 [Автор Ковалик П.В., 1998 рік].
5. Спосіб фіксації фасціального трансплантата до держальця молоточка при типманопластиці та інструмент для його здійснення – інтродуктор: Деклараційний патент на винахід № 28231 А А61 В 17/00 [Автор Яшан О.І., 2000 рік].
6. Спосіб тимпанопластики: Деклараційний патент на винахід № 37537 А А61 В 11/00 [Автор Яшан О.І., 2001 рік].
7. Інструмент для заведення фасціального трансплантата на держальце молоточка при мірингопластиці: Деклараційний патент на винахід № 40127 А А61 В 10/00 [Автор Яшан О.І., 2001 рік].

8. Пристрій для дренажу верхньощелепних пазух: Деклараційний патент на винахід № 50125 А61 В 17/00 [Автор Андрейчин Ю.М., 2002 рік].

9. Спосіб отримання сорбенту на основі фосфату целюлози: Деклараційний патент на винахід № 44258 А61 В 17/00 [Андрейчин Ю.М. в співавторстві, 2002 рік].

10. Спосіб корекції хрящового відділу перегородки носа при її дугоподібному викривленні: Деклараційний патент на винахід № 50522 А61 В 17/00 [Автори Ковалик А.П., Ковалик П.В., Протасевич Г.С., 2002 рік].

11. Тест – об'єкт люмінесцентного діагностичного дослідження: Деклараційний патент на винахід № 59585 А61 В 17/00 [Андрейчин Ю.М. в співавторстві, 2003 рік].

12. Дренажний пристрій: Деклараційний патент на винахід № 65140 А61 В 17/00 [Андрейчин Ю.М. в співавторстві, 2004 рік].

13. Спосіб лікування хворих на синусит і фронтит та пристрій для його здійснення: Деклараційний патент на винахід № 65143 А61 В 17/00 [Автор Андрейчин Ю.М., 2004 рік].

14. Спосіб корекції перегородки носа при сигмоподібному її викривленні: Деклараційний патент на корисну модель № 7219 А61 В 17/00 [Автори Ковалик П.В., Протасевич Г.С., Ковалик А.П., 2005 рік].

15. Спосіб хірургічного видалення гранульоми гортані: Патент на корисну модель № 33993 А61 В 17/00 [Ковалик А.П. і Ковалик Н.П. в співавторстві, 2008 рік].

16. Спосіб реабілітації дихальної функції гортані: Патент на корисну модель № 43131 А61 В 17/00 [Ковалик А. П. в співавторстві, 2009 рік].

Таким чином, оториноларингологами Тернопільщини (викладачами, аспірантами кафедри оториноларингології медичного інституту, практикуючими оториноларингологами лікувальних установ м. Тернополя) в 1981 – 2014 рр. отримано 4 авторські свідоцтва і 16 патентів (4 патенти на винахід, 9 деклараційних патентів на винахід, 3 деклараційні патенти на корисну модель) з різних питань оториноларингології.

Мальована І.В., Протасевич Г.С., Яшан О.І., Яшан А.О.

АНАЛІЗ МЕТОДИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ, ВИДАНИХ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГАМИ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ ПО ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННЮ ЛОР – ЗАХВОРЮВАНЬ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Мета роботи – проаналізувати методичні рекомендації, методичні листи, інструктивно – методичні листи, інформаційні листи, інформаційні листки, видані оториноларингологами Тернопільщини. Ці документи почали видаватись з 1961 року. За період з 1961 по 2014рр. їх видано 12, в тому числі методичних рекомендацій 2, методичних листів 1, інструктивно – методичних листів 1, інформаційних листів 6, інформаційних листків 2. В порядку названих документів ми будемо проводити їх аналіз.

1. Методичні рекомендації. В.Х. Філатов і І.М. Фальфушинський (1976) видали методичні рекомендації «Местное применение мочевины, хлорофиллипта и эктерицида в лечении хронических гнойных средних отитов». В рекомендаціях дається порівняльна оцінка застосування цих лікарських середників в лікуванні хронічного гнійного епітимпаніту. В методичних рекомендаціях «Хірургічне лікування хворих пухлинами вуха» П.В. Ковалик і В.Ф. Антонів (1995) описують методику хірургічного лікування хворих на доброякісні і злоякісні пухлини зовнішнього і середнього вуха.

2. Методичні листи. В методичному листі «Тимпанопластика» О.А. Кантор (1962) описує різні аспекти «класичної» тимпанопластики у хворих на хронічний середній гнійний отит.

3. Інструктивно – методичні листи. О.А. Кантор (1961) в інструктивно – методичному листі з діагностики і лікування синуситів розглядає різні методи діагностики синуситів і наводить різні методи їх лікування.

4. Інформаційні листи. І.А. Яшан і співавтори (1983) видали інформаційний лист «Вибрационно – звуковая анальгезия при кратковременных ЛОР – операциях», в якому описують запропоновану методику вібраційно – звукової анальгезії з використанням в якості джерела звуку коректофона Деражне і апарата для пневмомасажу барабанної перетинки. Ця методика з успіхом може застосовуватись для знеболення при аденотомії, пункції верхньощелепної пазухи та інших короткочасних хірургічних втручаннях. В інформаційному листі «Методика шадящих хирургических вмешательств по устранению деформаций перегородки носа» Г.С. Протасевич (1984) описує запропоновану ним методику підслизової резекції перегородки носа при різних видах її деформації. Г.С. Протасевич (1988) в інформаційному листі «Коррекция хрящевой части перегородки носа при дугообразном ее искривлении» розглядає запропоновану ним методику усунення дугоподібного виду викривлення перегородки носа. Г.С. Протасевич (1988) в інформаційному листі «Методика фиксации листков перегородки носа при ее резекции» наводить запропонований ним спосіб фіксації листків при резекції перегородки носа, в якому використано відбілену рентгенівську плівку і марлеві кульки. О.В. Говда і О.М. Ситник (1999) в інформаційному листі «Визначення кількісного і видового складу мікрофлори слизової оболонки гортані у хворих на рак цього органу» наводять методику такого визначення. В інформаційному листі «Облітерація мастоїдальної порожнини кістково – окістно – мязевим клаптом на передньо – верхній судинній ніжці у хворих на хронічний гнійний середній отит» О.І. Яшан (2000) описує мастоїдопластику з використанням вказаного клаптя і зазначає його переваги перед іншими способами мастоїдопластики.

5. Інформаційні листки. П.В. Ковалик (1981) в інформаційному листі «Лечение хронических верхнечелюстных синуситов препаратами прополиса» описує методи лікування хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит з використанням різних препаратів прополісу, наводить методику терапії з використанням цих препаратів. В інформаційному листку «Способ фиксации фасциального лоскута на рукоятке молоточки при I – II типах тимпанопластики с трансмеатальным доступом» Н.М. Рішко і І.А. Яшан (1981) описують запропонований ними метод фіксації фасціального клаптя на держальці молоточка при ендомеатальній тимпанопластичі I-II типів у хворих на хронічний мезотимпаніт.

Таким чином, за період з 1961 по 2014 рр. оториноларингологами Тернопільщини (викладачами кафедри оториноларингології медичного інституту (академії, університету) аспірантами кафедри оториноларингології, практикуючими оториноларингологами лікувальних закладів м. Тернополя і районів Тернопільської області) видано 12 методичних документів (методичних рекомендацій, методичних листів, інструктивно – методичних листів, інформаційних листів, інформаційних листків), в тому числі по тимпанопластичі 2, мастоїдопластичі 1, хронічному середньому отиті 1, хронічних синуситах 2, деформації перегородки носа 3, пухлинах вуха 1, аналізу мікрофлори гортані при раковому її ураженні 1, вібраційно – звуковій анальгезії 1. Вважаємо, що знайомство з цими документами практикуючих оториноларингологів, особливо початківців, а також інших фахівців матиме для них відповідне пізнавальне, теоретичне і практичне значення.

Мальований В.В., Яшан О.І., Яшан А.О.

ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НАУКОВИХ ПУБЛІКАЦІЯХ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Метою даної роботи був аналіз наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини з питань організації охорони здоров'я. Раніше такий аналіз не проводився. Публікації з цих питань розпочались з 1966 року. За період з 1966 по 2012рр. оториноларингологами Тернопільщини з питань організації охорони здоров'я опубліковано 8 наукових робіт, що становить

0,072% від загального числа (1102) наукових і навчально – методичних праць оториноларингологів Тернопільщини. Серед опублікованих робіт 4 статті і 4 тез.

Р.В. Івашкевич в співавторстві (1978) в статті «О повышении эффективности использования отоларингологических коек» описують питання підвищення ефективності використання оториноларингологічних ліжок при стаціонарному лікуванні осіб з патологією ЛОР – органів. Г.С. Протасевич (1999) в статті «Оториноларингологічна захворюваність у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю» описує дані оториноларингологічної захворюваності школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю. В березні – квітні 1992р. було обстежено 2440 школярів в Ємільчинському районі Житомирської області. Патологія ЛОР – органів виявлена у 402 (545 спостережень). Перше місце займали захворювання горла – 363 спостереження (66,6%), друге – захворювання вуха – 106 випадків (19,5%), третє – захворювання носа – 76 випадків (13,9%). Наводиться частота окремих нозологічних одиниць по цих захворюваннях і проводиться їх інтерпретація. Г.С. Протасевич (1997) в статті «Стан ЛОР – органів у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю» описує такі самі відомості, як і в статті за 1999 рік. Г.С. Протасевич (1998) в статті «Стан верхніх дихальних шляхів і вуха у школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю» наводить такі самі результати, як і в статті за 1999 рік.

Є.І. Турович (1966) в тезах «О диспансерном обслуживании населения ЛОР помощью» описує контингент оториноларингологічних хворих, що підлягає диспансерному спостереженню. Д.М. Яскіна в співавторстві (1967) в тезах «Вклад общественности в дело охраны здоровья трудящихся Тернопольской области» зупиняються на вкладі громадськості в справу охорони здоров'я населення Тернопільської області. С.І. Сташевський в співавторстві (1967) в тезах «О культуре медицинского обслуживания больных в условиях села» описують культуру медичного обслуговування мешканців сільської місцевості. П.В. Ковалик в співавторстві (1994) в тезах «Стан здоров'я школярів, що постійно проживають у зоні посиленого радіаційного контролю» наводять результати обстеження стану здоров'я, школярів, що постійно проживають в зоні посиленого радіаційного контролю (Ємільчинський район Житомирської області). Серед обстежених 2663 школярів найчастіше відмічались зміни з боку щитоподібної залози – у 1068 дітей (41,7%), на другому місці були захворювання шлунково – кишкового тракту – 679 дітей (26,5%). У 218 дітей (8,5%) виявлена анемія. Кардіопатії різного походження були у 331 дитини (12,9%). Аденоїдні вегетації діагностовані у 97 дітей (3,8%), хронічний тонзиліт – у 246 дітей (9,6%).

Таким чином, наукові публікації оториноларингологів Тернопільщини з питань організації охорони здоров'я складають 0,072% від загального числа (1102) наукових публікацій оториноларингологів Тернопільщини. Вважаємо, що наведені в цій статті відомості матимуть відповідне теоретичне і практичне значення для оториноларингологів організаторів охорони здоров'я та інших спеціалістів.

УДК: 615.065 + 614.2.

Олійник М.В.*, Алентьева Л.І., Биканова І.І.

АСПЕКТИ МОТИВУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ ЛІКАРІВ У СИСТЕМІ ФАРМАКОНАГЛЯДУ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
*Київська філія ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

В Україні уже багато років функціонує державна система фармаконагляду, основною сферою контролю якої є побічні реакції (ПР) лікарських засобів (ЛЗ) та випадки відсутності ефективності ліків при їх медичному застосуванні, а найважливішою метою – вилучення з фармацевтичного ринку продукції, ризик від застосування якої переважає над користю. Таким чином, ефективна робота системи фармаконагляду в Україні набуває не тільки суто медичного,

але і соціального, економічного, і навіть етичного значення. Не викликає сумнівів, що стрижнем функціонування цієї системи є саме робота практичного лікаря, який знаходиться у контакті з пацієнтом і зустрічається з виникненням побічних реакцій під час лікування.

На жаль, рік від року, показники функціонування системи фармаконагляду за даними Державного експертного центру (ДЕЦ), висвітлюють два основних недоліки, які притаманні всім регіонам України, в тому числі і місту Києву: недостатня кількість повідомлень (відповідно до вимог ВООЗ) про ПР ЛЗ, які надходять від лікарів, та недостатнє охоплення цією роботою всіх закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які функціонують у регіоні. Так, за 1 квартал 2015 року лікарями м. Києва хоча і буда надіслана достатня кількість повідомлень, але вони представляли інформацію лише від 26% ЗОЗ м. Києва. Під час семінарів та індивідуальних візитів до лікарів, які проводяться співробітниками Київської філії ДЕЦ, лікарі пояснюють подібну пасивність в основному недовірою в кінцеві результати цієї роботи (вилучення препарату з ринку або обмеження застосування препарату), не маючи при цьому претензій до системи збору та передачі інформації до ДЕЦ і в цілому усвідомлюючи важливість цієї діяльності. Таким чином, досвід співробітників Київської філії ДЕЦ МОЗ України свідчить, що підвищення ефективності роботи системи фармаконагляду в значній мірі залежить від так званого людського фактору – змін усвідомлення практичними лікарями власної професійної значимості і результативності своєї праці, що слід враховувати під час проведення семінарів та індивідуальних візитів, акцентуючи увагу на результатах, конкретизуючи приклади.

Протасевич Г.С., Пляшко К.О., Мальована І.В., Корицький В.Г.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ З ПРАКТИКИ, ОПУБЛІКОВАНІ АСПІРАНТАМИ ТА ПРАКТИКУЮЧИМИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГАМИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня*

Мета даної роботи – проаналізувати спостереження з практики, опубліковані аспірантами кафедри оториноларингології медичного інституту і практикуючими оториноларингологами лікувальних закладів м. Тернополя і районів Тернопільської області. Публікації спостережень з практики цими спеціалістами розпочалися з 1962 року. За період з 1962 по 2014 рр. опубліковано 8 спостережень з практики, з яких одне належить аспірантам, решта – практикуючим оториноларингологам. Спостереження з практики опубліковані в журналах: «Врачебное дело» (м. Київ), «Журнал ушных, носовых и горловых болезней» (м. Київ), «Ринологія» (м. Київ), збірнику «Здобутки клінічної та експериментальної медицини» (м. Тернопіль). В журналі «Врачебное дело» вміщено 1 спостереження з практики, в «Журнале ушных, носовых и горловых болезней» – 5, в журналі «Ринологія» – 1, в збірнику «Здобутки клінічної та експериментальної медицини» – 1 спостереження. Спостереження з практики опубліковані за наступними розділами: «Зовнішнє вухо» (2 спостереження), «Середнє вухо» (1), «Лімфатичний апарат горла» (1), «Стравохід» (1), «Новоутвори ЛОР – органів» (2), «Суміжні спеціальності» (1 спостереження). Наводимо перелік всіх 8 спостережень з практики в хронологічному порядку мовою оригіналу.

1. Папиллома полости носа (1962 год, автор Л.В. Свенская).
2. Случай излечения больной с синдромом Лайла (1974 год, авторы Ф.Ю. Кийко, И.М. Ванат).
3. Случай меато – мембранопластики в старческом возрасте (1971 год, автор Г.С. Протасевич).
4. Посттравматическая фиброзная атрезия наружного слухового прохода, осложненная холестеатомой (1976 год, автор Л.Н. Скакун).
5. Необычное инородное тело в ушной раковине (1981 год, автор И.М. Фальфушинский).

6. Длительное нахождение инородного тела (булавки) в пищеводе у ребенка 8 лет (1987 год, автор А.И. Яшан).

7. Камінь надмигдаликової ямки (2009 рік, автори П.А. Рожок, М.П. Рожок).

8. Імунний статус та деякі морфологічні особливості папіломи піднебінного мигдалика у хворої на хронічний тонзиліт (2014 рік, автор М.І. Герасимюк).

Таким чином, наведене вище свідчить про те, що аспіранти кафедри оториноларингології Тернопільського державного медичного інституту (нині ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України») та практикуючі оториноларингологи лікувальних закладів м. Тернополя і районів Тернопільської області опублікували спостереження з практики, що стосуються зовнішнього і середнього вуха, лімфатичного апарату горла, стравоходу, новоутворів ЛОР – органів, суміжних спеціальностей. Вважаємо, що знайомство з наведеним переліком спостережень з практики матиме відповідне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для практикуючих оториноларингологів та інших фахівців.

УДК 615.06(477.84)

Посохова К.А., Олещук О.М., Матюк Л.М.

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Регіональне відділення Державного експертного центру МОЗ України
Департамент охорони здоров'я Тернопільської ОДА*

Дієвий контроль за безпечним використанням ліків та вакцин є невід'ємною частиною державної політики у галузі охорони здоров'я. Відповідно до вимог Наказу МОЗ України від 27.12.2006 р. № 898 та Наказу МОЗ від 16.09.2011 р. № 595, медичні та фармацевтичні працівники закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) Тернопільської обл. залучені до моніторингу побічних реакцій/відсутності ефективності (ПР/ВЕ) лікарських засобів (ЛЗ) та НППІ (несприятливих подій після імунізації).

Аналіз результатів моніторингу ПР/ВЕ ЛЗ показав, що за 12 місяців 2014 р. зареєстровано 430 випадків спонтанних повідомлень про ПР/ВЕ ЛЗ та НППІ, 19,6 % повідомлень поступили від ЗОЗ міста Тернополя, 30,9 % – із ЗОЗ обласного підпорядкування і 49,5 % – з районів області. 99,54 % випадків ПР ЛЗ реєструвались в стаціонарі. Малий відсоток реєстрації ПР ЛЗ у поліклінічних установах вказує на необхідність підвищення активності лікарів цієї ланки охорони здоров'я у сфері фармаконагляду. У 19 % випадків причинно-наслідковий зв'язок між ПР і застосуванням ЛЗ був визначеним, у 43 % – ймовірним, у 22 % – можливим, у 5 % – сумнівним та у 11 % – не визначеним. 20 % від усіх зареєстрованих ПР виникали при застосуванні антибіотиків, 11 % – вітамінних препаратів та амінокислот, 7 % – анальгетиків та НПЗЗ, 5,5 % – кровозамінників та засобів для парентерального харчування, 4 % – антигіпертензивних препаратів. Найчастіше ПР викликали Реосорбілакт, Цефтріаксон, Тівортін, Левофлоксацин, Глюкоза. 24 % від усіх ПР становили НППІ. Найчастішими проявами ПР ЛЗ були алергічні реакції (77,7 %), зокрема зміни шкіри та її похідних (40,2 %), системні прояви алергічного генезу (23,5 %), гіпертермія (11,1 %), ангіоневротичний набряк (1,7 %), анафілактичний шок (0,7 %).

**РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКІ ПРОПОЗИЦІЇ І МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ,
ЗАПРОПОНОВАНІ ВИКЛАДАЧАМИ КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ, ЯКІ
ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ НА КАФЕДРІ**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Метою нашої роботи є аналіз раціоналізаторських пропозицій, запропонованих викладачами кафедри оториноларингології для оптимізації навчального процесу, і виданих викладачами кафедри методичних рекомендацій до семінарських занять для інтернів і позааудиторної підготовки до практичних занять студентів. Вказані раціоналізаторські пропозиції і методичні рекомендації почали пропонуватись і видаватись з 1966 року. За період з 1966 по 2014рр. запропоновано 2 раціоналізаторські пропозиції і видано 2 методичних рекомендацій. В порядку названих раціоналізаторських пропозицій і методичних рекомендацій ми їх аналізуватимемо.

1. Раціоналізаторські пропозиції. Доц. Є.І. Турович (1966) запропонував малогабаритний стіл для практичних занять з оториноларингології. Він є досить простим за конструкцією, зручним в експлуатації і дешевим у виготовленні. Суть пропозиції полягає в тому, що звичайний дерев'яний стіл площею 1 квадратний метр розділено по діагоналі двома перпендикулярно розташованими листами фанерної перегородки висотою 55см на 4 робочих місця. В передньо – зовнішньому його куті встановлена електрична лампочка, в нижньо – зовнішньому – вимикач. В подальшому раціоналізаторську пропозицію розробив доц. Р.Т. Лавецький (1979). Він запропонував латероскоп, який дозволяє спостерігати за процесом операції особам (студентам, інтернам, лікарям), що знаходяться збоку, тобто латерально від безпосереднього місця виконання операції. В латероскопі операційне поле проглядається і згори, і з боку очей оперуючого.

2. Методичні рекомендації. Проф. І.А. Яшан і доц. Р.Т. Лавецький (1977) видали методичні рекомендації до семінарських занять для інтернів, які значною мірою полегшують підготовку інтернів до семінарських занять. Проф. І.А. Яшан, доц. Р.Т. Лавецький, асистенти А.Ф. Масик і Г.С. Протасевич (1979) видали методичні рекомендації з позааудиторної підготовки студентів до практичних занять з оториноларингології, в яких висвітлені схема оториноларингологічного обстеження хворого, план – завдання для позааудиторної підготовки студентів (по 24 темах), питання з оториноларингології для іспиту, список практичних навичок і маніпуляцій, якими повинні оволодіти студенти, список практичних навичок в маніпуляцій, з якими повинні ознайомитись студенти. Дані методичні рекомендації значною мірою допомагають студентам у підготовці до практичних занять.

Таким чином, викладачами кафедри оториноларингології запропоновані дві раціоналізаторські пропозиції, які дозволяють оптимізувати навчальний процес, і видано 2 методичних рекомендацій (1 для інтернів і 1 для студентів), що дозволяють цілеспрямовано готуватись цим особам до семінарських і практичних занять.

ПЛАНОВІ НАУКОВІ РОБОТИ КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Викладачі кафедри оториноларингології Тернопільського державного медичного інституту (нині – ДВНЗ Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України) виконували значну наукову роботу. У нас є відомості про виконання 6 планових наукових робіт з закінченням виконання в 1972, 1973, 1975, 1977, 1980, 1990 роках. Результати планових наукових робіт кафедри опубліковані в «Сборнике НИР и ОКР: Медицина, фармако-

логія і медичинська промисловість» (1972, 1973, 1975, 1977 роки), «Сборнике рефератов НИР и ОКР: Медицина и медицинская промышленность» (1980 рік), «Сборнике рефератов НИР и ОКР» (1990 рік). Подаємо перелік всіх планових наукових робіт кафедри в хронологічному порядку мовою оригіналу.

1. Влияние хирургических вмешательств на ухе на функциональное состояние улитки оперированного больного (отчет, 38 стр.) //Сборник рефератов НИР и ОКР: Медицина, фармакология и медицинская промышленность. – 1972. – № 5-6. С. 23 [Исполнители Яшан И.А., Лавецкий Р.Т, Масик А.Ф.].

2. Сравнительная оценка слухоулучшающих операций при хронических отитах и их последствиях по ближайшим и отдаленным функциональным и морфологическим результатам (отчет, 34 стр.) //Сборник рефератов НИР и ОКР: Медицина, фармакология и медицинская промышленность. – 1973. – №6. – С. 104 [Исполнители Яшан И.А., Лавецкий Р.Т, Масик А.Ф.].

3. Определение эффективности слухоулучшающих операций у больных хроническим отитом (отчет, 44 стр., 11 табл.) //Сборник рефератов НИР и ОКР: Медицина, фармакология и медицинская промышленность. – 1975. – №19. – С. 65 [Исполнители Яшан И.А., Лавецкий Р.Т, Масик А.Ф., Протасевич Г.С.].

4. Уточнение показаний и диагностики, совершенствование хирургической техники слухоулучшающих операций при различных формах хронического среднего отита (гнойный, адгезивный, тимпаносклероз) (отчет, 46 стр., 6 табл., 2 илл.) //Сборник рефератов НИР и ОКР: Медицина, фармакология и медицинская промышленность. – 1977. – №27. – С. 62 [Исполнители Яшан И.А., Лавецкий Р.Т, Масик А.Ф., Протасевич Г.С.].

5. Разработка новых вариантов тимпаноластики при хроническом среднем отите, осложненном холестеатомой, изучение эффективности декаметоксина при этих вмешательствах, определение с помощью тональной надпороговой аудиометрии исходов операций, разработка показаний для выбора оптимального варианта при той или иной патологии (Отчет, 39 с., 9 табл.) //Сборник рефератов НИР и ОКР: Медицина и медицинская промышленность. – 1980. – №40. – С. 35-36 [Исполнители Яшан И.А., Лавецкий Р.Т, Масик А.Ф., Протасевич Г.С.].

6. Разработка способов устранения патологии, встречающейся в задних отделах полости носа для улучшения функции слуховой трубы у больных хроническим средним отитом и повышения эффективности тимпаноластики: Отчет о НИР (заключ.). 68 с.: Библиогр.: 57 назв. //Сборник рефератов НИР и ОКР. – 1990. – №16. – С. 9-10 [Исполнители Яшан И.А., Протасевич Г.С., Ковалик П.В.].

Таким чином, всі 6 планових наукових робіт кафедри оториноларингології стосувались різних аспектів тимпаноластики. Крім того, в 1982-1984рр. кафедрою виконана робота за замовленням Міністерства охорони здоров'я УРСР під шифром «Лава», що стосувалась організації оториноларингологічної служби в системі цивільної оборони. Робота виконана і результати її здані замовнику в строк.

УДК 61:340.130:351.778

Романюк Л.М., Сатурська Г.С., Федчишин Н.Є, Теренда Н.О.,
Литвинова О.Н., Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л., Петрашик Ю.М.

ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я. Забезпечення якості медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа націо-

нальної політики в сфері охорони здоров'я. В основі належного державного регулювання системи контролю лежить нормативно-правова база, що визначає правове становище органів, установ і посадових осіб у галузі охорони здоров'я.

Метою нашого дослідження було вивчити основні нормативно-директивні документи стосовно управління якістю надання медичної допомоги населення.

Матеріали і методи. Проведено аналіз нормативно-правових документів, що регулюють управління якістю медичної допомоги на різних рівнях її надання.

Результати дослідження. Управління системою охорони здоров'я в державі забезпечується спеціальними діями та заходами щодо контролю і організації діяльності всіх складових цієї системи з метою найбільш повного задоволення потреб громадян у збереженні та зміцненні здоров'я.

Основними компонентами забезпечення якості медичної допомоги є акредитація, ліцензування, стандартизація, нормативно-правове забезпечення, а також організація управління.

Однією із обов'язкових умов, що забезпечують належну якість медичної допомоги, є проведення ліцензування та акредитації лікувально-профілактичних закладів і окремих осіб.

Медико-санітарне законодавство є інструментом для практичної реалізації конкретної політики в системі контролю якості медичної допомоги, яку проводить держава та її інституції в галузі охорони здоров'я. Без законів, що спираються на ґрунтовне наукове забезпечення та необхідні ресурси для їхньої реалізації, неможливо досягти найвищого рівня здоров'я людини.

Основними законодавчими документами, що регулюють управління якістю медичної допомоги, є наступні:

Наказ МОЗ України №751 від 28.09.2012 р. «Методика розробки та впровадження медичних стандартів (Уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини»;

Наказ МОЗ України №752 від 28.09.2012 р. «Про порядок контролю якості медичної допомоги»;

Наказ МОЗ України №454 від 01.08.2011 р. «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». Концепцією визначено клінічний аудит та індикатори якості основними складовими процесу вдосконалення якості медичної допомоги.

Наказ МОЗ України №597 від 19.09.2011 р. «Галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року»;

Наказ МОЗ України №189 від 26.03.2009 р. «Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги»

Висновок. Впровадження наведеної законодавчо-нормативної бази в практичну охорону здоров'я дозволить оптимізувати процес управління та контролю якості медичної допомоги для забезпечення дотримання стандартів її надання.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні нових нормативно-директивних документів щодо оптимізації системи контролю якості медичної допомоги як механізму підвищення її ефективності.

УДК 614.1:364.122.5

Теренда Н.О., Сатурська Г.С., Панчишин Н.Я., Литвинова О.Н., Смірнова В.Л.,
Петрашик Ю.М., Романюк Л.М., Федчишин Н.С., Слободян Н.О., Ліштаба Л.В.

УРБАНІЗАЦІЯ ТА ЇЇ НАСЛІДКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Однією із загроз здоров'ю суспільства в наш час є урбанізація. Для неї характерні швидкі темпи зростання кількості міського населення, концентрація жителів і господарств в основному у великих містах, що призводить до істотного розширення їх меж.

Метою нашого дослідження було вивчити ризики для здоров'я населення, пов'язані з урбанізацією.

Матеріали і методи. Проведено системний аналіз наукових досліджень, які вивчали проблеми урбанізації в світовому масштабі.

Результати дослідження. Згідно прогнозів експертів ООН кількість жителів міст до 2030 р. зросте до 5 млрд. людей, а у 2050 р. становитиме близько 6,4 млрд. У 2010 р. в світі нараховувалося уже близько 400 міст із кількістю жителів більше 1 млн. Урбанізація прямо пов'язана з економічним розвитком країни: чим вищий матеріально-економічний стан розвитку суспільства, тим вищий відсоток урбанізації. Так, у розвинутих країнах Європи частка міського населення коливається в межах 75-95 %, досягаючи в Бельгії 97,2 % а в Монако – 100 %. Сформувалися міські агломерації, якими найчастіше ставали столиці, найбільш важливі промислові і портові центри. Найбільші міські агломерації склалися навколо Мехіко, Токіо, Сан-Пауло та Нью-Йорку, з чисельністю населення по 16-20 млн. осіб.

Процес урбанізації на території України розпочався у ХХ столітті, пройшовши два періоди інтенсивного зростання у 30-х та 80-х – 90-х роках. На даний час частка міських жителів становить понад 69 %.

Населення великих міст стикається з великою кількістю шкідливих для здоров'я антропогенних чинників. Експерти Світового Банку відмічають, що до 2035 року міста стануть основним місцем злиднів, підвищеної криміногенної обстановки та небезпеки розвитку хронічних і деяких інфекційних захворювань, в т.ч. туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. Близько 1 млрд. людей живе в міських нетрях.

Місто з населенням 1 млн. осіб потребує близько 3 млн. т кисню на рік. При цьому збільшення шкідливих викидів в атмосферу, зниження інсоляції та загальної освітленості сприяє розвитку хвороб органів дихання, системи кровообігу, нервової системи, онкологічної патології, алергічних захворювань, рівень яких перевищує на 20-40 % рівень захворюваності жителів міст із незначним рівнем забруднення.

Для мільйонного міста необхідно щоденно завозити та виробляти на місці близько 2 тис. т харчів. Продукти харчування повинні містити велику кількість вітамінів, оскільки зниження інсоляції викликає розвиток авітамінозу і зменшує опірність організму до простудних та інфекційних захворювань.

Сучасні міста потребують великих рекреаційних ресурсів. Саме їх недостатня кількість сприяє істотному зниженню рухової активності міських жителів. Недостатня фізична активність призводить до проблем надмірної маси тіла та ожиріння, виникнення захворювань, пов'язаних з ними (серцево-судинна патологія, захворювання ендокринної та травної систем). За даними експертів, захворювання, спричинені надмірною масою тіла, принесуть у економіку розвинутих країн збитків на 30 трл. доларів.

Висновок. Наведені факти свідчать про те, що швидкі темпи урбанізації зумовляють складні проблеми у сфері охорони здоров'я, навколишнього середовища та соціальної сфері.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні рівнів захворюваності, спричинених урбанізацією в Україні.

УДК 796.03:616-071.3-057.87

Шепелєв А.Є

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ СТУДЕНТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СПОРТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Сумський державний університет

Вивчення морфологічних особливостей спортсменів вищих розрядів дозволяє створити морфологічний портрет спортсмена відповідної спеціалізації і озброїти тренера та спеціалістів з

фізичної культури необхідними соматичними критеріями відбору для занять певним видом спорту. Сьогодні спостерігається збільшення інтересу до антропометричних досліджень.

Метою дослідження є вивчення особливості будови тіла у спортсменів різних видів спорту

Об'єктом дослідження слугували 39 юнаків (18-26 років), студентів-спортсменів Сумського державного університету, спортсмени високого рівня спортивної кваліфікації від першого дорослого розряду до майстрів спорту міжнародного класу, членів збірної команди України, які розподілені на 4 групи. 1 група – волейболісти (19); 2– група – легкоатлети (4); 3 група – біатлоністи (6); 4 група стрільба з луку (10).

Антропометрія визначалася за методикою В. Бунака, що містила визначення тотальних, поздовжніх точок. Розрахунковим шляхом визначалася площа поверхні тіла за методикою Дю Буа.

Після дослідження тотальних розмірів тіла встановлені значні відмінності їх величини між спортсменами різних видів спорту. Зокрема, встановлено, що довжина тіла у волейболістів більша на 1,55% ($p < 0,05$) ніж легкоатлетів; на 5,41% ($p > 0,05$) від стрільців стрільби з луку і на від 7,10% ($p > 0,05$) від біатлоністів. Маса тіла має найбільші значення теж у волейболістів відносно до легкоатлетів на 1,38 % ($p < 0,05$); біатлоністів на 8,22 % ($p > 0,05$); стрільців з луку на 4,51 % ($p > 0,05$). Площа поверхні тіла, як і два попередніх антропометричних розміри, має більші значення у волейболістів порівняно з легкоатлетами на 1,63% ($p < 0,05$); спортсменами з стрільби з лука та біатлоністами на 9,96% ($p > 0,05$).

Поздовжні розміри тіла, про які свідчить висота антропометричних точок, у спортсменів різних видів спорту суттєво відрізняються. Так висота потиличної точки у волейболістів є більшою на 1,66% ($p < 0,05$) ніж у легкоатлетів; у 5,56 % ($p > 0,05$) ніж у стрільців з луку; у 6,45% ($p > 0,05$) ніж у біатлоністів. Носова точка в першій групі по відносно до другої групи більше на 0,20 % ($p < 0,05$); до третьої – на 7,08 % ($p > 0,05$); до четвертої – на 5,67 % ($p > 0,05$). В першій групі підборідна точка більше на 1,53% ($p < 0,05$) ніж у другої групи; четвертої та третьої груп – на 5,57 % ($p > 0,05$) та 6,14 % ($p > 0,05$) відповідно. Висота верхньогрудинної точки є більшою у першій групі на 1,81 % ($p < 0,05$) ніж у другої групи, четвертої групи на 5,93 % ($p > 0,05$) та на 7,29 % ($p > 0,05$) ніж у третьої групи. Підключична точка в першій групі є більшою в першій групі на 1,60 % ($p < 0,05$); на 6,12 % ($p > 0,05$) від четвертої групи; та на 8,13 % ($p > 0,05$) від третьої групи. Променева та шилоподібна точки в першій групі більше на 1,96% ($p < 0,05$) та 1,51 % ($p < 0,05$), ніж у другої групи, у третьої групи на 7,84 % ($p > 0,05$) та 6,55 % ($p > 0,05$) у четвертої – на 6,65 % ($p > 0,05$) та 6,71 % ($p > 0,05$). Нижньогрудинна точка в першій групі по відношенню до другої, четвертої та третьої групи більше відповідно на 2,95 % ($p > 0,05$); 5,60 % ($p > 0,05$); 7,91 % ($p > 0,05$). Пупкова, лобкова, клубово-гребнева найвищі точки у волейболістів по відносно легкоатлетів, біатлоністів, стрільців з луку в середньому більші на 1,96 % ($p < 0,05$) – 3,06 % ($p > 0,05$). Довжина плеча, стегна, гомілки в першій групі більше на 1,30 % ($p < 0,05$); 0,34 % ($p < 0,05$); 6,0 % ($p > 0,05$) порівняно з другою групою, з третьою – на 3,19% ($p > 0,05$); 1,0 % ($p < 0,05$); 3,57 % ($p > 0,05$); з четвертою – на 3,45 % ($p > 0,05$); 1,80 % ($p < 0,05$); 4,88 % ($p > 0,05$) Довжина кисті по відносно до другої групи є більшою на 3,07 % ($p > 0,05$) а до інших груп на 5,46 % ($p > 0,05$). Загальна довжина стопи в першій групі порівняно з другою групою – більша на 2,38 % ($p > 0,05$), а з другою та третьою – на 5,26 % ($p > 0,05$) відповідно.

Таким чином, волейболісти порівняно зі спортсменами інших спеціалізацій, мають найбільші тотальні розміри тіла, висоту антропометричних точок, довжину плеча, кисті, стегна, гомілки, стопи. За величиною більшості антропометричних ознак легкоатлети поступаються лише волейболістам.

Спортсмени з стрільби з лука мають достовірно менші величини маси тіла, висоти променевої, шилоподібної, пупкової, лобкової, клубово – гребнево найвищих точок, довжини плеча, стегна, гомілки, ніж спортсмени волейболісти, легкоатлети, біатлоністи.

Біатлоністи мають менші величини довжини тіла, висоти потиличної, носової, підбороткової, верхньогрудинної, точок ніж спортсмени волейболісти, легкоатлети, біатлоністи.

Подальші дослідження передбачається провести у напрямку вивчення компонентного складу маси тіла спортсменів.

ПУБЛІКАЦІЇ ВИКЛАДАЧІВ КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ СПОСТЕРЕЖЕНЬ З ПРАКТИКИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Мета роботи – проаналізувати спостереження з практики, опубліковані викладачами кафедри оториноларингології за 1971 – 2014рр. За цей період опубліковано 58 випадків з практики. В даному повідомленні аналізуються відомості про 39 публікацій спостережень з практики, що стосуються зовнішнього і середнього вуха, носа і навколоносових пазух лімфатичного апарата горла, ускладнень при ЛОР – захворюваннях, горла, стравоходу, гортані, трахеї, бронхів. Що ж до інших 19 спостережень (інфекційні гранульоми ЛОР – органів, новоутвори ЛОР – органів, загальні питання оториноларингології, питання суміжних спеціальностей), то це буде предметом обговорення в окремому повідомленні. Спостереження з практики по вказаних позиціях опубліковані в журналах «Вестник оториноларингологии» (м. Москва), «Вісник наукових досліджень» (м. Тернопіль), «Журнал ушних, носових і горлових хвороб» (м. Київ), «Журнал ушних, носових і горлових болезней» (м. Київ), «Здравоохранение» (м. Кишинів), збірнику «Здобутки клінічної та експериментальної медицини» (м. Тернопіль). В журналі «Вестник оториноларингологии» опубліковано 4 спостереження з практики, в журналі «Вісник наукових досліджень» – 1, в «Журналі ушних, носових і горлових хвороб» – 13, в «Журнале ушних, носових і горлових болезней» – 15, в журналі «Здравоохранение» – 1, в збірнику «Здобутки клінічної та експериментальної медицини» – 5 спостережень. Спостереження з практики за вказаною тематикою опубліковані по наступних розділах: «Зовнішнє вухо» (6 спостережень), «Середнє вухо» (8), «Ніс і навколоносові пазухи» (4), «Лімфатичний апарат горла» (8), «Ускладнення при ЛОР – захворюваннях» (3), «Горло, стравохід» (4), «Гортань, трахея, бронхи» (6 спостережень), всього 39 спостережень. Наводимо перелік всіх 39 спостережень з практики по вказаних розділах в хронологічному порядку.

1. Нагноение пораженных туберкулезом шейных лимфоузлов после тонзиллэктомии (1971 год, автор Р.Т. Лавецкий).

2. Хоанальный полип, спускающийся в гипофаринкс (1973 год, авторы Р.Т. Лавецкий, Г.С. Протасевич).

3. Два случая редко встречающегося инородного тела наружного слухового прохода (капля расплавленного металла) (1974 год, авторы И.А. Яшан, А.Ф. Масик).

4. Рубцовая мембрана трахеи, симулировавшая астматическое состояние (1975 год, авторы Р.Т. Лавецкий, Г.С. Протасевич).

5. Феномен «повышения давления» после тимпаноластики со звуковой защитой круглого окна (1976 год, авторы И.А. Яшан, Т.И. Яшан).

6. Кистовидное растяжение одной из клеток решетчатого лабиринта, локализованной в лобных пазухах (1977 год, авторы И.А. Яшан, Г.С. Протасевич).

7. Острый подскладочный ларингит у больной пожилого возраста (1977 год, авторы Г.С. Протасевич, Т.И. Яшан).

8. Щадящая тимпаноластика у больного гемофилией (1977 год, авторы Р.Т. Лавецкий, Г.С. Протасевич).

9. Выздоровление больного отогенным абсцессом мозга, осложнившимся сообщением с боковым желудочком (1978 год, авторы И.А. Яшан, Р.Т. Лавецкий).

10. Инородное тело – парафиновая пленка на барабанной перепонке (1978 год, автор А.Ф. Масик).

11. Наблюдение приступов упорного пароксизмального кашля у больной хроническим тонзиллитом (1979 год, авторы И.А. Яшан, Г.С. Протасевич, Т.И. Яшан).

12. Улучшение слуха у больного адгезивным отитом после подслизистой резекции перегородки носа (1980 год, автор Г.С. Протасевич).

13. Пиоцеле пазух решетчатой кости, флегмона орбиты и арахноэнцефалит в отдаленном периоде после конхотомии (1982 год, авторы Р.Т. Лавецкий, Б.Н. Довгань).

14. Двусторонняя холестеатома среднего уха (1984 год, авторы Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик).

15. Острый гнойной фронтит, гайморит, абсцесс лобной доли мозга как осложнение после удаления кариозного зуба (1985 год, авторы И.А. Яшан, А.Ф. Масик).

16. Заглоточный абсцесс у больной пожилого возраста (1987 год, авторы Г.С. Протасевич, Т.М. Паланичко).

17. Крупное инородное тело пищевода (1988 год, авторы Г.С. Протасевич, Б.Н. Довгань).

18. Самопроизвольное отхождение металлического инородного тела из трахеи (1989 год, авторы Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик).

19. Дефект костной стенки канала внутренней сонной артерии, обнаруженный при тимпанопластике (1992 год, авторы И.А. Яшан, Г.С. Протасевич).

20. Незвичайна будова ніш вестибулярних вікон у хворого на хронічний гнійний середній отит, що переніс у минулому загальнопорожнинну операцію на обох вухах (1995 рік, автор О.І. Яшан).

21. Мукозний верхньощелепний синусит (1998 рік, автори Г.С. Протасевич та ін.).

22. До питання про хронічний гіпертрофічний риніт (1999 рік, автори Г.С. Протасевич та ін.).

23. Видалення з бронхів вклиненных сторонніх тіл рослинного походження (2000 рік, автори Р.В. Івашкевич, Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик).

24. До питання про аденоїдні вегетації у дорослих (2000 рік, автори Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик).

25. Комбіноване лікування келоїдів мочок вушних раковин (2000 рік, автори Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик).

26. Спонтанне загоєння стійкої перфорації барабанної перетинки при хронічному мезотимпаніті (2003 рік, автори І.А. Яшан, О.І. Яшан).

27. Поранення вушної раковини (2006 рік, автор Г.С. Протасевич).

28. Живі сторонні тіла зовнішнього слухового ходу (2007 рік, автор Г.С. Протасевич).

29. Поширена холестеатома середнього вуха (2009 рік, автор Г.С. Протасевич).

30. Отгематома у похилому віці (2011 рік, автор Г.С. Протасевич).

31. Рецидивуючі аденоїдні вегетації у 30–річної жінки (2011 рік, автор Г.С. Протасевич).

32. Кровотеча з аорти, що ускладнила стороннє тіло стравоходу (2011 рік, автор Г.С. Протасевич).

33. Позитивний вплив тонзилектомії на прояви псоріазу (2013 рік, автори Г.С. Протасевич, В.В. Ніколов, У.Р. Дужик).

34. До питання про ускладнення тонзилектомії у малих дітей (2013 рік, автор Г.С. Протасевич).

35. Інтраопераційна масивна кровотеча при тонзилектомії (2013 рік, автор Г.С. Протасевич).

36. Незвичайна причина поранення гортаноглотки (2013 рік, автор Г.С. Протасевич).

37. Незвичайне стороннє тіло правого бронха у ларингектомованого хворого (2013 рік, автор Г.С. Протасевич).

38. Стороннє тіло гортані у 55–річного чоловіка (2013 рік, автор Г.С. Протасевич).

39. Незвичайне ускладнення під час тонзилектомії (2013 рік, автор Г.С. Протасевич).

Таким чином, наведені відомості свідчать проте, що викладачі кафедри оториноларингології Тернопільського державного медичного інституту (нині ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України») приділяли належну увагу спостереженням з практики, про що свідчить велика кількість таких публікацій. На нашу думку, викладене вище матиме певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для практикуючих оториноларингологів, особливо початківців, а також для багатьох фахівців інших спеціальностей.

РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКІ ПРОПОЗИЦІЇ, ОПУБЛІКОВАНІ АСПІРАНТАМИ І ПРАКТИКУЮЧИМИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГАМИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»,*

Метою даної роботи був аналіз раціоналізаторських пропозицій, опублікованих аспірантами, заочними аспірантами кафедри оториноларингології та практикуючими оториноларингологами лікувальних закладів м. Тернополя і районів Тернопільської області. Публікації раціоналізаторських пропозицій розпочались з 1962 року. За період з 1962 року по 2014рр. опубліковано 12 раціоналізаторських пропозицій. При цьому аспірантами опубліковано 9 пропозицій, практикуючими оториноларингологами – 3. Раціоналізаторські пропозиції опубліковані в «Журнале ушных, носовых и горловых болезней» (м. Київ) і в збірнику Тернопільського медичного інституту (м. Тернопіль). В «Журнале ушных, носовых и горловых болезней» опубліковано 11 раціоналізаторських пропозицій, в збірнику Тернопільського медичного інституту – 1. Раціоналізаторські пропозиції опубліковані по наступних розділах оториноларингології: «Середнє вухо» (4 пропозиції); «Навколоносові пазухи» (6); «Лімфатичний апарат горла» (1); «Трахея» (1 пропозиція). Наводимо список всіх 12 раціоналізаторських пропозицій в хронологічному порядку мовою оригіналу.

1. Трахеотомия под интубацией бронхоскопической трубкой (1962 год, автор Яскина Д.М.).
2. Штамп для формирования фасциальных лоскутов, применяемых при меато– мембранопластике у больных хроническим мезотимпанитом (1970 год, автор Протасевич Г.С.).
3. Ушная воронка с пружиной для фиксации меато – тимпанального лоскута при реконструктивных операциях на среднем ухе (1970 год, автор Протасевич Г.С.).
4. Бактериологическая петля для забора материала из среднего уха при хронических средних отитах (1973 год, автор Присич В.Н.).
5. Двойная ушная воронка для промывания полости среднего уха при цитологических исследованиях (1974 год, автор Присич В.Н.).
6. Модификация дренажной трубки для верхнечелюстной пазухи (1980 год, автор Единак Е.Н.).
7. Модификация методики и прибора для определения резистентности выводного отверстия верхнечелюстной пазухи (1981 год, автор Единак Е.Н.).
8. Устройство для эндоназального дренирования верхнечелюстной пазухи (1981 год, автор Единак Е.Н.).
9. Инструмент для забора содержимого из лакун небных миндалин (1982 год, автор Береговой Д.В.).
10. Канюля с мандреном для лобной пазухи (1983 год, автор Единак Е.Н.).
11. Прибор для трепанопункции лобных пазух (1983 год, автор Единак Е.Н.).
12. Новый способ фиксации дренажной трубки в стенке верхнечелюстной пазухи (1983 год, автор Единак Е.Н.).

Таким чином, аспіранти кафедри оториноларингології Тернопільського державного медичного інституту (нині ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»), а також практикуючі оториноларингологи лікувальних закладів м. Тернополя і районів Тернопільської області опублікували 12 раціоналізаторських пропозицій, що стосуються середнього вуха, навколоносових пазух, лімфатичного апарата горла, трахеї. Вважаємо, що знайомство з переліченими раціоналізаторськими пропозиціями виявиться корисним для практикуючих оториноларингологів, особливо початківців, а також для інших фахівців з пізнавальної, теоретичної і практичної точки зору.

ПОСВІДЧЕННЯ НА РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКІ ПРОПОЗИЦІЇ, ЗАПРОПОНОВАНІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГАМИ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ В 1971 – 2014 РР.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня»*

Мета даної роботи – зробити перелік посвідчень на раціоналізаторські пропозиції, запропоновані оториноларингологами Тернопільщини (викладачами, аспірантами кафедри оториноларингології медичного інституту, практикуючими лікарями лікувальних установ м. Тернополя) в 1971 – 2014 рр. Всього ними отримано 13 таких посвідчень. Наводимо перелік цих посвідчень в хронологічному порядку, написаних мовою оригіналу.

1. Удостоверение №111 на принятое Тернопольским медицинским институтом 15 ноября 1971 года рационализаторское предложение «Штамп для формирования фасциальных лоскутов, применяемых при меато – мембранопластике у больных хроническим мезотимпанитом» [Автор Протасевич Григорий Семенович].

2. Удостоверение №112 на принятое Тернопольским медицинским институтом 15 ноября 1971 года рационализаторское предложение « Воронка с пружиной для фиксации меато – тимпанального лоскута при реконструктивных операциях на среднем ухе» [Автор Протасевич Григорий Семенович].

3. Удостоверение на принятое Тернопольским медицинским институтом в 1973 году рационализаторское предложение «Использование бокового упора от операционного стола типа 2Ц 920 в качестве подголовника при реконструктивных операциях на среднем ухе» [Авторы Яшан Иван Артемович, Протасевич Григорий Семенович].

4. Удостоверение №456 на принятое Тернопольским медицинским институтом 10 ноября 1977 года рационализаторское предложение «Фиксация дренажной трубочки для лечения гнойных гайморитов» [Автор Ковалик Петр Васильевич].

5. Удостоверение №138 на принятое Хмельницким областным отделом здравоохранения 27 октября 1981 г. рационализаторское предложение «Прополисно – восковая паста» [Автор Береговой Дмитрий Васильевич].

6. Удостоверение №85/30 на принятое Ужгородской областной клинической больницей 8 ноября 1982 г. рационализаторское предложение «Способ фиксации фасциального лоскута при I – II типе тимпанопластики с трансмеатальным доступом» [Авторка Ришко Наталья Мироновна].

7. Удостоверение №39 на принятое Тернопольским медицинским институтом 4 декабря 1986 года рационализаторское предложение «Способ коррекции хрящевой части перегородки носа при сигмовидном ее искривлении» [автор Протасевич Григорий Семенович].

8. Удостоверение №26 на принятое Тернопольским медицинским институтом 6 мая 1987 года рационализаторское предложение «Способ устранения гребней перегородки носа» [Автор Протасевич Григорий Семенович].

9. Удостоверение №27 на принятое Тернопольским медицинским институтом 6 мая 1987 года рационализаторское предложение «Способ коррекции хрящевой части перегородки носа при дугообразном ее искривлении» [Автор Протасевич Григорий Семенович].

10. Удостоверение №28 на принятое Тернопольским медицинским институтом 6 мая 1987 года рационализаторское предложение «Способ фиксации листков перегородки носа при ее резекции» [Автор Протасевич Григорий Семенович].

11. Удостоверение №614 на принятое Министерством здравоохранения УССР 3 ноября 1987 года рационализаторское предложение «Способ коррекции хрящевой части перегородки носа при дугообразном ее искривлении» [Автор Протасевич Григорий Семенович].

12. Удостоверение №615 на принятое Министерством здравоохранения УССР 3 ноября 1987 года рационализаторское предложение «Способ фиксации листков перегородки носа при ее резекции» [Автор Протасевич Григорий Семенович].

13. Посвідчення №29 на прийнятті Тернопільським медичним інститутом імені академіка І.Я. Горбачевського 19 листопада 1996 р. раціоналізаторську пропозицію «Вдосконалений метод забору матеріалу у хворих з отитами» [Андрейчин Юрій Михайлович в співавторстві].

Таким чином, оториноларингологами Тернопільщини (викладачами, аспірантами кафедри оториноларингології медичного інституту, практикуючими лікарями лікувальних установ м. Тернополя) в 1971 – 2014рр. запропоновано 13 раціоналізаторських пропозицій, прийнятих навчальними і практичними медичними закладами (Тернопільським медичним інститутом, Тернопільським медичним інститутом імені академіка І.Я. Горбачевського, Міністерством охорони здоров'я УРСР, Хмельницьким обласним відділом охорони здоров'я, Ужгородською обласною клінічною лікарнею), що стосуються різних питань оториноларингології (реконструктивних операцій на середньому вусі, ендомеатальної тимпаноластики, синуситів, хірургічних втручань на перегородці носа, прополісно – воскової пасти, забору матеріалу у хворих з отитами).

УДК: 575:616-056.7-084

Бігуняк Т.В., Грималюк О.І.

ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОМОСОМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Гетероплоїдії та хромосомні аберації зустрічаються в 1 % новонароджених. На Тернопільщині серед вроджених вад розвитку за період з 2010 по 2012 роки хромосомні аномалії становили від 4,4 до 11,1 % . Зокрема, за даний період в області у 43 дітей діагностували синдром Дауна, у 1 – синдром Клайнфельтера, у 4 – синдром Шерешевського-Тернера. Оскільки лікування хромосомних захворювань можливе лише симптоматичне, то актуальним є профілактика даних станів.

Частота захворювань дітей із трисоміями 13, 18, 21 зростає з віком матері. При простій трисомії 21 у батьків 25-35 років повторний ризик народження дитини із синдромом Дауна не перевищує 1 %. При транслокації типу 13/21, виявленої у батька, ризик народження хворої дитини складає 2,4 %, а в матері – близько 10 %. Якщо в одного із батьків знайдена транслокація типу 21/21, то ризик складає 100 %. При мозаїцизмі батьків генетичний ризик є близьким до 30 %. У жінок із синдромом Дауна (47, XX, 21+) внаслідок порушення овогенезу ймовірність народити дитину з трисомією 21 складає біля 50 %.

Молекулярні дослідження показали, що 60-80 % моносомій-Х спричинені зникненням батьківської Х-хромосоми в процесі сперматогенезу. Хворі із синдромом Клайнфельтера у 60 % випадків отримують зайву Х-хромосому від матері. З віком матері зростає ймовірність народження дитини з каріотипом 47, ХХУ.

Отже, первинна профілактика хромосомних захворювань включає планування народження дітей. Оптимальний репродуктивний вік 21-35 років. Потрібно проводити каріотипування батьків дітей із синдромом Дауна для діагностики транслокацій та мозаїцизму. Якщо ризик народження хворої дитини складає понад 30 %, то від вагітності слід відмовитись.

**ОЗНАЙОМЛЕННЯ СТУДЕНТІВ З МЕТОДОМ, ЗАПРОПОНОВАНИМ ПРОФЕСОРОМ
Л.Я. КОВАЛЬЧУКОМ,
У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ НА КАФЕДРІ ФІЗІОЛОГІЇ**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

Кислотність шлункового соку є одним з найважливіших показників функціонального стану шлунка крім цього, у сучасній діагностиці кислотозалежних захворювань широке поширення має дослідження шлункової секреції.

На кафедрі фізіології під час вивчення теми «Травлення в шлунку» студентам, впродовж багатьох років, пропонується навчальна карта «Вимірювання рН середовища шлунка». Вона створена за результатами досліджень ректора Тернопільського медичного університету імені І.Я. Горбачевського, член-кореспондента НАМН України, професора Л.Я. Ковальчука, які опубліковані в монографії «Вибір методів хірургічного лікування гастроуденальних виразок». Дана навчальна карта знайомить студентів із удосконаленим методом вимірювання рН середовища шлунка. Для ендоскопічного дослідження проф. Л.Я. Ковальчуком була запропонована реєструвати внутрішньошлункове рН, в імпульсному режимі з розгорнутою амплітудою показників, що супроводжувалося графічним нанесенням їх значень на діаграмну стрічку. Перевага, одержаних таким способом ацидограм у тому, що їх нульова лінія дорівнює рН 7,0 і з одного боку від неї знаходяться позначення кислої реакції, а з іншого – лужної.

Ознайомлення студентів з методом, запропонованим професором Л.Я. Ковальчуком викликає великий інтерес у студентів, сприяє поглибленню та зміцненню їх знань, та вчить творчо підходити до здійснення своїх професійних обов'язків.

СПАДКОВА ТА НАБУТА ГІПОПЛАЗІЯ ЕМАЛІ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

На Тернопільщині серед вроджених вад розвитку за період з 2009 по 2012 роки вади щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) становили від 4,4 до 14,5 %. Серед вроджених вад ЩЛД значне місце займають захворювання зубів, зокрема, спадкова гіпоплазія емалі (СГЕ). Актуальним є вивчення типів успадкування, системних захворювань та чинників довкілля, що порушують амелогенез.

Серед СГЕ аутосомно-домінантне успадкування мають крапчаста, локальна, шерехата гіпоплазії, гіподозрівання в сполученні з тавродонтизмом, гіпокальцифікація емалі, «снігова шапка». При цьому хворіють однаково чоловіки та жінки, якщо один із батьків хворий гетерозиготний (Aa), то 50 % дітей будуть хворі (Aa). Гладка гіпоплазія емалі має Х-зчеплений домінантний тип успадкування, при цьому хворіють частіше жінки (X^AX^a). Якщо хворим є батько (X^AY), то він передає ознаку всім дочкам. У випадку Х-зчепленого рецесивного успадкування гіподозрівання емалі хворіють переважно чоловіки, фенотипово здорова мати-носійка гена (X^AX^a) передає ознаку 50 % синів (X^aY). При аутосомно-рецесивній пігментації та гіпокальцифікації хворіють однаково чоловіки та жінки, ознака є не в кожному поколінні родоводу, у хворих дітей (aa) батьки можуть бути фенотипово здорові носії патологічного гена (Aa).

В період формування і мінералізації зубів у результаті прийому тетрацикліну формуються «тетрациклінові» зуби, при надлишку флуору – флюороз. Внаслідок природженого сифілісу

утворюються зуби Гетчинсона, при гемолітичному синдромі розвиваються сіро-сині та коричневі зуби, при гіпофізарному нанізмі – мікродентія.

Отже, СГЕ мають аутосомне та зчеплене зі статтю успадкування. До системних патологій, що супроводжуються вадами розвитку тканин зуба належать природжений сифіліс, гемолітичний синдром, гіпофізарний нанізм. Флюороз та «тетрациклінові зуби» спричиняються екзогенними чинниками.

Дацко Т.В., Вербовий С.О.

ПРОГРАМНИЙ МОДУЛЬ ОТРИМАННЯ ЕКСПЕРТНИХ ЗНАТЬ ДЛЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ДІАГНОСТУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»
Тернопільський національний економічний університет*

Основний напрямок новітніх розробок у сфері штучного інтелекту спрямований на автоматичне накопичення та формування знань. Поширеним стало використання інтелектуальних систем в медичній діагностиці. В основі будь-якої інтелектуальної системи прийняття рішень лежить база знань з відповідної предметної області (ПО). Набуття знань є досить складним та громіздким процесом. Основна задача припадає на експерта у відповідній ПО та інженера по знаннях.

Беручи до уваги те, що процес отримання знань потребує великих часових затрат для опису та формалізації якісних ознак мікрооб'єктів виникає завдання автоматизації вище згаданого процесу.

Запропонований підхід дозволить визначити основні етапи отримання знань від експерта та підібрати систему позначень для формалізації отриманих знань із формуванням продукційних правил, а також пришвидшити процес отримання знань для інтелектуальної системи опрацювання біомедичних зображень.

Отримання експертних знань – це процес опитування експертів у деякій ПО, яке виконується інженером по знаннях. На основі отриманих знань інженер створює комп'ютерну програму (інтелектуальну інформаційну систему). Основними задачами отримання знань є: вилучення знань, якими володіє експерт, пропонуючи йому репрезентативні задачі та фіксуючи запропоновані способи їх вирішення; збереження отриманих таким чином знань у проміжному вигляді; перетворення знання з проміжного представлення у вигляд, який підійде для практичного використання у програмі (у набір продуктивних правил):

*if secretory epithelium is flattened
and secretory activity of the cells forming papillary structures
then nonproliferative breast disease (90%)*

Проте процес вилучення знань має певні складнощі, а саме: перед тим як приступити до опитування експертів, інженер по знаннях, повинен ознайомитись із специфікою та термінологією предметної області; експерти міркують про знайому їм область не в термінах загальних принципів, а в термінах окремих типових об'єктів, подій та їх властивостей. Для представлення специфічних знань про предметну область потрібно підібрати адекватну систему позначень та структурну оболонку, що є досить складною задачею.

Процес отримання експертних знань потребує великих часових затрат для текстового опису якісних ознак мікрооб'єктів на отриманих зображеннях, тому виникає завдання оптимізації та автоматизації процесу набуття знань. Відповідно постає необхідність використання програмних засобів для забезпечення вище згаданих процесів.

Для полегшення та пришвидшення роботи експерта та інженера по знаннях при виділенні та описі якісних ознак мікрооб'єктів на цитологічних зображеннях було розроблено програмний модуль.

Інтерфейс даного модуля дозволяє вибрати: пацієнта, дослід для обраного пацієнта, зображення із обраного дослідження, клас об'єктів для обраного дослідження та безпосередньо об'єкти вибраного класу, для яких і будуть задаватися певні атрибути та їх значення. Для кожного об'єкта можуть бути задані необмежені кількості атрибутів, які можна побачити, додати нові або видалити існуючі. Кнопка “Зберегти” використовується для збереження заданих атрибутів, кнопка “Завантажити” використовується для завантаження атрибутів (наприклад, якщо користувач вніс зміни і пізніше вирішив відмінити їх та відновити попередньо збережені атрибути).

Даний програмний модуль протестовано на базі даних, яка складається із 1700 цитологічних та гістологічних зображень і побудована для дослідження раку молочної залози та містить кількісні та якісні ознаки мікрооб'єктів.

Висновок. Таким чином запропонована методика дозволить зважити кожен із ознак на предмет їх достовірності та значущості і створити набір продукційних правил для постановки діагнозу, а розроблений програмний модуль дозволить пришвидшити та оптимізувати роботу експерта та інженера по знаннях при формуванні навчальної вибірки та описі якісних ознак мікрооб'єктів для інтелектуальної системи опрацювання цитологічних та гістологічних зображень.

УДК 575:579.83 .88

Кованова Е.М., Творко М.С., Покришко О.В.

ВАРІАНТИ УСПАДКУВАННЯ ЕПІМУТАЦІЇ МЕТИЛЮВАННЯ ДНК ЗА Х-ЗЧЕПЛЕНИМ РЕЦЕСИВНИМ ТИПОМ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

З метилюванням ДНК пов'язана диференціація клітин, регулювання експресії окремих генів. Аберрантне метилювання, яке може спричинятися різними факторами, порушує нормальну диференціацію клітин, змінює експресію генів, що може призводити до захворювань.

Метилювання ДНК представляє собою тимчасову хімічну модифікацію ДНК, яку розглядають як епімутацію, що на відміну від мутацій, не порушує кодуючі властивості ДНК. При метилюванні CpG острівків динуклеотидів спостерігається приєднання метильної групи СН₃ до цитозину, утворення 5-метилцитозину, що веде до зміни експресії генів з фенотипними проявами.

Упродовж останнього століття епігенетичні зміни розглядалися як такі, що не успадковуються в наступних поколіннях, при поділі клітин. Кардинальний перегляд поглядів на успадкування епімутацій пов'язаний з роботами R. Jirtl, R. Waterland (2003), які у дослідженнях на мишах лінії агуті з метилюванням генів спостерігали успадкування самицями зміни кольору шерсті з жовтого на коричньовий. Hackett J., Zylcz J., Scram A. (2012) в ДНК статевих клітин знайшли епігенетичні модифікації, які не витираються.

Механізм успадкування епімутацій, які, на відміну від мутацій, успадковуються лише у 2-3 поколіннях, досі залишається нез'ясованим.

Метою нашого дослідження було розроблення можливих варіантів успадкування епігенетичної модифікації метилювання ДНК за типом зчеплення зі статтю. Варіанти такого успадкування наведено у таблиці.

Можливі варіанти успадкування за типом зчеплення зі статтю епігенетичної модифікації метилювання ДНК

I варіант – метильована X хромосома матері		
батьки	♀ X\m X ♂ XY	
I покоління		
діти	♀ X\m X, XX	♂ X\mY, XY
II покоління		
батьки	♀ X\m X, XX ♂ XY	
діти	♀ X\m, XX	♂ X\mY, XY
II варіант – метильована X хромосома батька		
батьки	♀ X X ♂ X\m Y	
I покоління		
діти	♀ X X\m	♂ XY
II покоління		
батьки	♀ X X\m ♂ X\m Y	
діти	♀ XX\m, X\m X\m	♂ XY, X\m Y
III варіант – метильовані X хромосоми матері і батька		
батьки	♀ X\m X ♂ X\m Y	
I покоління		
діти	♀ X\m X\m, XX\m	♂ X\m Y, XY
II покоління		
батьки	♀ X\m X\m, XX\m ♂ X\m Y	
діти	♀ X X\m, X\m X\m	♂ X\m Y, XY

Примітка : X\m – метильована X хромосома

За X зчепленим рецесивним успадкуванням мутація X хромосоми передається 50% дівченок у гетерозиготному стані, не виражається у фенотипі і оцінюється як носійство. Натомість епімутація X хромосоми, як зазначено у 1 варіанті таблиці, може передається від матері також у гетерозиготному стані X\mX 50% дівчинок у 1 і 11 поколіннях але з експресією і проявленням у фенотипі.

За таким механізмом, зокрема, може успадковуватися схильність до захворювань на рак, ожиріння, діабет 2-го типу, що розвивається внаслідок аберрантного метилювання в організмі вагітних, коли їх харчовий раціон збагачується донорами метильних груп.

Успадкування епімутації у чоловічої статі в 1 і 11 поколіннях протікає як носійство метильованої X хромосоми в гемізиготному стані без фенотипних проявів, в той час як при успадкуванні мутованих генів має місце їх експресія у вигляді захворювань чоловіків.

При метильованій X хромосомі батька (11 варіант), а також, і матері, і батька (111 варіант) дівчинки можуть успадковувати метильовану хромосому в гомозиготному стані – X\mX\m, що асоціюється із генетичними захворюваннями, які передаються за X-зчепленим рецесивним типом успадкування при хромосомних захворюваннях.

Отже, розроблені нами варіанти успадкування епімутацій метильованої ДНК дають можливість більш детально розкрити механізм рецесивного зчепленого зі статтю їх успадкування, відмінності від успадкування мутацій, а також прогнозувати передачу метильованої X хромосоми у поколіннях.

ЕКОЛОГО-ГЕНЕТИЧНИЙ МОНІТОРИНГ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ ДОВКІЛЛЯ

ДВНЗ «Івано-франківський національний медичний університет»

В умовах постійного забруднення довкілля мутагенами різної природи зростає небезпека негативних змін генофонду населення України. Серед методів вивчення спадкового апарату людей, що проживають в екологічно несприятливих регіонах, найбільш інформативним і достовірним є цитогенетичний контроль, який дозволяє враховувати рівень хромосомних порушень в соматичних клітинах і диференціацію хімічних та радіаційних впливів. Особливо важливими є такі дослідження у дітей, які не мають контакту з професійними шкідливими чинниками.

Мета роботи – встановлення цитогенетичних змін у здорових новонароджених з різних районів Івано-Франківської області під впливом шкідливих чинників техногенного забруднення довкілля, виявлених за допомогою міжнародно визнаних тест-об'єктів.

Методи дослідження. Оцінку інтенсивності забруднення довкілля здійснювали методами, рекомендованими групою експертів ВООЗ і ООН. Гонадотоксичність визначали за відсотком стерильних пилкових зерен від їх загальної кількості у 4 видів деревних і трав'яних рослин. Фіто– і цитотоксичність оцінювали за цитогенетичними показниками корінців *Allium cepa*, пророщених у зразках води з різних районів Прикарпаття. Цитогенетичним методом клітин кісткового мозку 64 білих мишей і 64 щурів, які перебували впродовж двох та чотирьох місяців у містах Косів, Яремча, Калуш, Бурштин та с. Стецева Снятинського району, встановлювали частоту хромосомних аберацій (ХА). Для ідентифікації частоти та спектру ХА, асоціацій акроцентричних хромосом досліджувалася пуповинна кров 174 здорових новонароджених із вищеназваних районів.

Інтенсивність техногенного забруднення довкілля, визначена за морфометричними показниками гонадо-, цито– і генотоксичного ефектів пилкових зерен чотирьох видів рослин і клітин первинної меристеми корінців *Allium cepa*, пророщених у зразках води з різних територій, у містах Яремча і Косів вважаються сприятливими; у с. Стецева – загрозливими; у м. Калуш – конфліктними і м. Бурштин – критичними (показник пошкодження відповідно 0,045; 0,049; 0,60; 0,41 і 0,73).

Цитогенетичні ефекти, встановлені у клітинах кісткового мозку досліджуваних тварин, які перебували на різних територіях Прикарпаття, проявлялися підвищеним рівнем частоти ХА та абераційних метафаз з перевагою хроматидних порушень (маркерів хімічного мутагенезу) у метафазних клітинах білих щурів з міст Калуш і Бурштин в 1,45 і 2,52 рази ($p < 0,05$), аберацій хромосомного типу (дицентриків, парних фрагментів) – у тварин із с. Стецева в 1,95 рази ($p < 0,05$) порівняно з показниками тварин з м. Косів.

Загальна кількість ХА у здорових новонароджених із екологічно сприятливої зони була нижчою порівняно з аналогічними показниками у новонароджених із зон хімічного та радіаційного забруднення, відповідно в 2,01 і 2,33 рази. Для можливості диференціації хімічного та радіаційного впливу проводилося вивчення спектру ХА. У новонароджених із зони екологічного комфорту питома вага аберацій хромосомного і хроматидного типів склала відповідно 24,21 і 75,82 %.

У групі новонароджених із зони хімічного забруднення переважали аберації хроматидного типу (одиночні фрагменти, хроматидні мости), які вказували на перевагу мутагенного фону хімічної природи. Частота одиночних фрагментів в 2,03 і 1,30 рази переважала таку у дітей із зон комфорту та радіаційного забруднення, відповідно. Маркери радіаційного мутагенезу (дицентрики, парні фрагменти, розриви) частіше виявлялися у новонароджених із району радіаційного забруднення.

Асоціації акроцентричних хромосом (ААХ) у новонароджених вивчалися як маркер адаптивних можливостей та імуногенетичного статусу організму. За відсутності статевих відмін-

ностей відзначені варіації частоти ААХ у досліджуваних залежно від місця проживання матерів. Середня частота асоціацій на клітину, кількість асоційованих акроцентриків в клітині та акроцентричних хромосом в асоціації переважали у дітей із зон хімічного та радіаційного забруднення порівняно з такими із екологічно сприятливої зони.

Отримані результати частоти ААХ корелювали з показниками частоти ХА (г коливався від 0,68 до 0,84), що підтвердило негативний вплив екологічних умов проживання на імуногенетичний статус і адаптивні можливості людини.

Висновки. Комплексом класичних тестів на стерильність пилкових зерен рослин, цитогенетичні зміни первинної меристеми *Allium cepa* і кісткового мозку ссавців об'єктивно відображено гонадо- і цитотоксичність довкілля, зумовлену хімічними та радіаційними чинниками.

Дослідження цитогенетичних показників новонароджених різних районів Прикарпаття доводить високий рівень інтенсивності мутагенного забруднення довкілля в зоні посиленого радіологічного контролю та на територіях великих промислових об'єктів. Отримані нами дані свідчать про більшу частоту ХА у всіх новонароджених з екологічно несприятливих районів, що може вказувати на негативний вплив чинників довкілля на генетичний апарат їх матерів.

Перспективи подальших наукових досліджень полягають у продовженні вивчення динаміки цитогенетичного статусу різних популяцій населення області у поєднанні з тестуванням мутагенного фону на цих територіях з подальшою розробкою і вдосконаленням профілактичних заходів негативних генетичних тенденцій.

УДК: 618.1 – 006.526:575.113

Маланчук Л. М., Мартинюк В. М.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

На сьогоднішній день ендометріоз залишається однією з найбільш загадкових проблем в сучасній гінекології, частота якого коливається від 12 до 50 % у жінок репродуктивного віку. В структурі гінекологічної захворюваності він займає 3 місце після запальних захворювань жіночих геніталій і лейоміоми матки. На жаль, причини виникнення ендометріозу, незважаючи на багато чисельні наукові дослідження, залишаються не з'ясованими. Згідно даних світової літератури, в генезі ендометріозу важлива роль належить генам метаболізму, які характеризуються великою варіабельністю молекулярної структури ДНК. Поліморфізм генів детоксикації дуже часто суттєво впливає на їх функціональну активність. Більшість поліморфних варіантів цих генів асоційовані з розвитком різних мультифакторіальних захворювань, в тому числі і ендометріозу. Не викликає сумніву, що неблагоприємні фактори зовнішнього середовища в поєднанні із «ослабленим» генотипом можуть бути однією із причин підвищеної чутливості жінки до розвитку даного захворювання. Довготривалий, стійкий перебіг захворювання, часті рецидиви, виражений больовий синдром, порушення менструальної функції та велика частота безплідності пацієнток визначають значимість цієї проблеми.

Мета дослідження. Оцінити роль алельних варіантів генів GSTT1 та GSTM1 в патогенезі генітального ендометріозу.

Матеріали і методи. Нами обстежено 40 жінок з внутрішнім ендометріозом, віком від 27 до 45 років. Контрольну групу склали 20 соматично здорових жінок.

Результати досліджень. Середній вік обстежуваних жінок склав у досліджуваних групах $33,2 \pm 24$ роки, у контрольній $28,6 \pm 1,8$ роки. У 32 (80%) пацієнток досліджуваної групи спостерігалася фіброзно – кістозна мастопатія, у 21 (52,5%) – порушення менструальної функції, у 33 (82,5%) відмічався виражений больовий синдром. В результаті проведеного аналізу було виявлено, що делеції в двох генах GSTT1 та GSTM1 зустрічались достовірно частіше у пацієнток з аденоміозом, ніж в контрольній групі (30 % і 5 %).

Висновки. Таким чином, в результаті проведеного нами дослідження, вдалося встановити, що аденоміоз достовірно асоційований з нулевим генотипом по двом генам II фази детоксикації (GSTT1 та GSTM1). Подальші наші дослідження матимуть важливе значення для розробки нових методів лікування захворювання, для створення комплексної програми їх профілактики з врахуванням індивідуальних особливостей генома.

УДК: 61:004.45

Марценюк В.П., Кравець Н.О., Семенець А.В., Вакуленко Д.В.,
Сверстюк А.С., Климук Н.Я., Сарабун Р.О., Кучвара О.М.

ПРО ПІДХОДИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ EMR-СИСТЕМ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Вступ. Реформування системи охорони здоров'я України неможливе без застосування сучасних інформаційних технологій. Особливе значення має розробка та впровадження медичних інформаційних систем (МІС) для автоматизації всіх аспектів діяльності лікувальної установи. Розробка МІС в світі орієнтована на стандартизацію і обмін медичними даними (інтероперабельність) між різними ланками системи охорони здоров'я, що суттєво підвищує ефективність роботи медичних закладів, допомагає лікарям уникати типових помилок, забезпечує економію часу медичних працівників, покращує економічні показники системи охорони здоров'я в цілому [1, 2].

Основна частина. Концептуальними напрямками впровадження сучасних інформаційних технологій у медичному закладі є [2]:

1. Формування та підтримка електронної медичної картки пацієнта (EMR – Electronic Medical Record).

2. Формування моделі електронного документообігу.

3. Автоматизація фінансового, кадрового та економічного обліку.

Довільний проект автоматизації інформаційних процесів у медичному закладі можна реалізувати в рамках наступних трьох альтернативних підходів:

1. Впровадження існуючого комерційного ПЗ МІС.

2. Адаптація вільно-розповсюдженого ПЗ МІС з відкритим кодом

3. Розробка власного, спеціально спроектованого ПЗ МІС.

Основні складові елементи автоматизації інформаційних процесів у медичному закладі, що є спільними для всіх перелічених альтернативних підходів:

1. Організаційний фактор – правильне визначення цілей і задач проекту розробки чи/та впровадження МІС

2. Бюджетний фактор – наявність фінансового забезпечення проекту розробки чи/та впровадження МІС

3. Людський фактор – наявність людських ресурсів та їх готовність до проекту розробки чи/та впровадження МІС.

Позитивними рисами комерційного ПЗ МІС від провідних українських розробників є [2, 3]:

- широкі функціональні можливості, що охоплюють більшість аспектів функціонування медичного закладу;

- гнучкість налаштування системи та добра масштабованість;

- добра адаптація до ведення документації у відповідності до законодавства України.

Характерними негативними рисами будь-якого комерційного ПЗ МІС є:

- висока вартість (сотні тисяч гривень, і більше);

- закритість програмного коду, який є власністю компанії-розробника;
- залежність від компанії-розробника у питаннях сервісного обслуговування МІС.

Позитивними рисами ПЗ МІС з відкритим кодом від провідних світових розробників є [2, 3]:

- власне безкоштовність як самого ПЗ МІС так і додаткових компонентів, таких як ПЗ сервера баз даних чи веб-сервера;
- широкі функціональні можливості, що охоплюють більшість аспектів функціонування медичного закладу;
- гнучкість налаштування системи та добра масштабованість;
- крос-платформовість – більшість ПЗ МІС з відкритим кодом є веб-орієнтованими додатками і можуть працювати на будь-якій платформі, включно з сучасними мобільними пристроями;
- доступність вихідних кодів та, часто, програмних інтерфейсів для створення власних доповнень.

Найбільш характерними негативними рисами ПЗ МІС з відкритим кодом від іноземних розробників є [2, 3]:

- завжди – суттєві відмінності у підходах до ведення документації у порівнянні з вимогами законодавства України та усталеними формами;
- часто – взагалі відсутність української локалізації;
- слабка безкоштовна технічна підтримка.

Висновки. Впровадження інформаційно-комунікаційних технологій – необхідна умова підвищення якості медичної допомоги. Ефективне застосування ЕМК вимагає використання сучасного ПЗ МІС. Використання вільно-розповсюдженого ПЗ з відкритим кодом дозволяє значно скоротити фінансові затрати закладу галузі охорони здоров'я. При цьому якість і ефективність вказаного ПЗ часто навіть перевищує комерційні аналоги. Галузь медичної освіти повинна забезпечити підготовку фахівців, здатних ефективно використовувати можливості сучасних МІС, брати участь у їх розробці та супроводженні.

Література

1. Качмар В.О., Медичні інформаційні системи – стан розвитку в Україні / В.О.Качмар // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2010. – Том 8. – № 1. – С. 67-73.
2. 1. Семенець А.В. Організаційно – методичні підходи впровадження EMR-систем в охороні здоров'я України. / А.В.Семенець // Медична інформатика та інженерія. – 2013. – № 3. – С. 35-43.
3. Семенець А.В. Концепція побудови інформаційної інфраструктури медичного ВНЗ з використанням вільно-розповсюдженого програмного забезпечення з відкритим кодом / А.В. Семенець, В.Ю. Ковалок // Інформаційні технології і засоби навчання. – 2014. – № 3. – С. 277-288.

УДК 615.357-06:616.379-008.64

Олещук О. М., Іванків Я. І., Перевізник Б. О.

ГЕПАТОПРОТЕКТОРНА ДІЯ МЕЛАТОНІНУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ ТА ПОЛІМОРФІЗМ МЕЛАТОНІНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Згідно статистичних даних кожні 15 років кількість людей з ЦД подвоюється. В Україні на 1 січня 2009 р. зареєстровано 1138120 хворих на цукровий діабет, що становило 2,5 % чисельності населення. Результати наукових досліджень вказують на провідну роль мелатоніну

(MT) в регуляції ендокринної функції підшлункової залози (Арушанян Э.Б., 2012, М. Mikoiajczuk, 2013). Реалізація ефектів MT відбувається через специфічні рецептори, які локалізуються в товщі плазматичної та ядерної мембран клітин-мішеней. У плазматичній мембрані знайдено та охарактеризовано три мембранозв'язані рецептори MT: MT1 (M-1a, MTNR1A), MT2 (M-1b, MTNR1B) і MT3 (M-1c, MTNR1C) (Борисєнок, О. А. 2011). MT1– і MT2-рецептори мають різну генетичну структуру, хромосомну локалізацію та фармакологічні характеристики. Активація, залежно від типу рецептора, опосередковується через внутрішньоклітинну трансмісію сигналу шляхом зміни діяльності аденілатциклази, фосфоліпази C та A2, калієвих та кальцієвих каналів, гуанілатциклази (M.L. Dubocovich, M. Markowska, 2005). Науково доведено, що MT відіграє певну роль в патогенезі ЦД, його вплив на β -клітини, секрецію інсуліну і метаболізм глюкози має особливе значення. Результати експериментальних досліджень показали, що в епіфізектомованих тварин спостерігається гіперглікемія, зниження толерантності до глюкози, підвищення рівня загальних ліпідів і холестерину, перерозподіл фракції вільного і зв'язаного інсуліну, зниження вмісту інсуліну в крові. У той же час використання MT у епіфізектомованих тварин підвищувало рівень інсуліну, зменшувало рівень гіперглікемії і нормалізувало толерантність до вуглеводів (Анисимов В.Н., 2007).

В результаті молекулярно-генетичних досліджень було встановлено взаємозв'язок поліморфізму гена MT2, а саме його варіантів: rs1387153, rs10830963 із рівнем глікемії натще, секрецією інсуліну і ЦД (Bouatia-Naji N et al., 2009). Дані великомасштабного мета-аналізу в рамках Human Genome Project показали, що наявність алелі G локуса rs10830963 гена MTNR1B асоціюється з підвищенням рівня глюкози в крові на 0,07 ммоль/л (Prokopenko I. et al., 2009) Активація MTNR1B пов'язана із сповільненим виділення інсуліну і зниженням чутливості бета-клітин до глюкози, що збільшує ризик розвитку діабету осіб з G алеллю rs10830963 (Langenberg S. et al., 2009). Таким чином, можна стверджувати, що від поліморфізму мелатонінових рецепторів залежить рівень глікемії та ступінь ушкодження внутрішніх органів при цукровому діабеті.

Результати наших досліджень показали, що мелатонін проявляє модулює синтез оксиду азоту, має виражену антиоксидантну та гепатопротекторну дію, як у здорових тварин, так і при експериментальному токсичному, холестатичному та ішемічно – реперфузійному ураженнях печінки (Олещук О.М., 2013, Іванків Я.І., 2014). В подальшому планується проведення досліджень щодо вивчення залежності фармакодинаміки мелатоніну від поліморфізму MT2-рецепторів при цукровому діабеті.

УДК 611.1:612.6

Яковець О.О., Козлов С.В.

РОЗВИТОК ВІНЦЕВОЇ СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ЕМБРІОНАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

Дослідження виконано у рамках науково–дослідницької роботи кафедри анатомії людини “Розвиток та становлення органів та тканин експериментальних тварин та людини в онтогенезі у нормі та під впливом зовнішніх чинників.” (№ номер державної реєстрації 0112U002124).

Мета дослідження. Встановити морфологічні маркери вільцевих судин в ембріональному періоді онтогенезу людини.

Матеріал та методи дослідження. Для реалізації мети нашої роботи були досліджені серця ембріонів людини з 5–го по 8–й тиждень пренатального періоду розвитку у кількості 60. Вільцеві судини виявляли за допомогою імуногістохімічного дослідження. Для цього були використані первинні моноклональні антитіла, а саме фактор транскрипції Prox-1, маркер проліферації клітин Ki-67, ендотеліальний маркер CD-34 та гладко-м'язевий актин (SMA).

Висновок дослідження. Використання панелі імуногістохімічних маркерів для ідентифікації ендотеліальних клітин дозволило нам визначити низку морфогенетичних подій, які від-

бувалися в ембріональному кардіогенезі. Морфологічна спеціалізація судинних ланок вінцевої системи в ембріональному періоді має закономірну послідовність з набуттям спочатку венозних властивостей та паралельною диференціацією артеріальних структур. Після артеріовенозної детермінації починається етап лімфатичної спеціалізації венозних ендотеліальних клітин з формуванням лімфатичної ланки вінцевої судинної системи.

Перспективи подальшого дослідження: У подальшому планується більш детальне дослідження розвитку судин серця у пренатальному періоді онтогенезу людини з використанням імуноспецифічних маркерів.

ЗМІСТ

Секція 1. «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА, ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ПСИХІАТРІЯ ТА НЕВРОЛОГІЯ»

<u>Амеліна Т.М., Полянська О.С.</u> ОСНОВНІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЗРУШЕННЯ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	3
<u>Андрейчин М.А., Васильєва Н.А., Паньків Н.Б., Копча В.С., Ничик Н.А., Вишневська Н.Ю., Завіднюк Н.Г., Івахів О.Л., Іщук І.С., Качор В.О.</u> ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ	3
<u>Бабінець Л. С., Галабіцька І. М.</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ВКЛЮЧЕННЯ АМІНОКИСЛОТНОГО КОМПЛЕКСУ З ВІТАМІНАМИ В КОМПЛЕКСНУ ТЕРАПІЮ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	4
<u>Бабінець Л.С., Кицай К.Ю.</u> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ БІЛІАРНОГО ГЕНЕЗУ У РІЗНИХ ГРУПАХ ХВОРИХ	5
<u>Бабінець Л.С., Коцаба Ю.Я., Боровик І.О., Лучанко Н.Б.</u> РОЗВИТОК АНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНІМ ДИСБІОЗОМ ТОВСТОЇ КИШКИ	6
<u>Бабінець Л.С., Надкевич А.Л.</u> БІОРЕГУЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ	7
<u>Балабан А.І., Савченко І.П., Радецька Л.В.</u> КИСНЕВИЙ ДЕФІЦИТ І МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ІХС ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ	8
<u>Безкоровайна Т.О., Бабінець Л.С., Перейма В.Р., Рябоконт С.С.</u> ОЦІНКА МОЖЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ	9
<u>Близнюк М.В., Нейко В.С., Ромаш Н.І., Венгрович О.З., Тимків І.В.</u> СТРУКТУРА НІЗП-ГАСТРОПАТІЙ У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ	10
<u>Бойко Т.В., Лихацька Г.В.</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ КАЛЬЦЕМІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПОЄДНАНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ З ОСТЕОПЕНІЄЮ	10
<u>Винничук М. О., Климнюк С.І., Покришко О.В., Творко М.С.</u> ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БІОСПОРИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ	11
<u>Глушко Л.В., Гавриш Т.Ю., Позур Н.З., Маковецька Т.І., Рудник В.Т., Симчич Х.С.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПІОТРИАЗОЛІНУ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ	12

<u>Глушко Л.В., Симчич Х.С., Гавриш Т.З., Позур Н.З., Маковецька Т.І., Рудник В.Т.</u> ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ І МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ	13
<u>Городинська О.Ю.</u> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ГІПОТИРЕОЗУ	14
<u>Господарський І.Я., Волинець К.В., Коноваленко С.О., Креховська–Лепявко О.М., Локай Б.А., Рега Н.І., Мазур Л.П., Зарудна О.І., Усинська О.С., Ястремська С.О.</u> ВПЛИВ ПРЕПАРАТІВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ ТА АДЕМЕТИОНІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С БЕЗ ОЗНАК ЦИРОЗУ	18
<u>Гребеник М.В., Коцюба О.І., Балабан А.І.</u> ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	20
<u>Давидович О.В., Давидович Н.Я., Волощук Т.Р., Лихацька В.О., Попов А.Д.</u> АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ОЖИРІННЯ – У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП	20
<u>Давидович О.В., Давидович Н.Я., Лихацька В.О., Чепой І.В.</u> СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РАЦІОНАЛЬНУ ТЕРАПІЮ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ПОЛІМОРБІДНИМИ УРАЖЕННЯМИ	22
<u>Давидович О.В., Стаднюк Л.А., Давидович Н.Я., Волощук Т.Р.</u> МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В СЕРЦІ ПРИ СТАРІННІ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ	23
<u>Дідушко О.М.</u> РІВНІ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МАНІФЕСТНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ	25
<u>Доценко С.Я., Афанасьєв А.В., Гогой Т. М., Токаренко І.І., Самура Б.Б., Медведчук Г.Я., Шевченко М.В., Чорна І.В., Сичов Р.О.</u> РОЛЬ СЕЗОННИХ ТА МЕТЕОРОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ В РОЗВИТКУ ГОСТРИХ СЕРЦЕВО–СУДИННИХ ПОДІЙ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ	26
<u>Доценко С.Я., Шевченко М.В., Медведчук Г.Я., Кравченко В.І., Кравченко Т.В., Гогой Т.М., Бурова М.Ю.</u> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ СТІЛЛА	27
<u>Дроняк Ю.В., Бабінець Л.С.</u> РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ТЛІ АСКАРИДОЗУ	29
<u>Ждан В.М., Кітура О.С., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Ткаченко М.В., Іваницький І.В.</u> АСПЕКТИ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ	30
<u>Ждан В.М., Потяженко М.М., Волченко Г.В., Хайменова Г.С., Ткаченко М.В.</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ПРИ ПОСДНАННІ З ОСТЕОАРТРИТОМ	33
<u>Захарчук У.М., Бабінець Л.С., Старічков П.В., Складанюк Л.І.</u> АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЕКСКРЕТОРНОЇ ТА ІНКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	36

<u>Кітура О.Є., Люлька Н.О., Соколюк Н.Л., Настрога Т.В., Величко Є.О.</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ	36
<u>Климнюк С.І., Кучмак О.Б., Творко М.С.</u> АНТАГОНІСТИЧНА АКТИВНІСТЬ МІКРОБІОТИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ	39
<u>Климнюк С. І., Романюк Л.Б., Кучмак О.Б., Кравець Н.Я., Дронова О.Й.</u> МІСЦЕ КЛІНІЧНО–ЗНАЧУЩИХ ШТАМІВ УМОВНО–ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ У РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ГРВІ	40
<u>Концевич В.</u> АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ АНТИАНГІНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ШЕМИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ (ІХС)	41
<u>Корнага С.І., Корнага Т.В., Тхорик Н.В.</u> СЕРЦЕВО–СУДИННА СИСТЕМА ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ ПЛЕВРИТІ	41
<u>Коробко Л.Р., Зима І.Я., Бобяк І.Г., Герасимець Ю.М., Невгадовська П.М.</u> ПОЛІОРГАННА ДИСФУНКЦІЯ В ПРОГНОЗІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ФОНІ СЕРЦЕВО–СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ	42
<u>Лотоцька С.В., Андрейчин С.М.</u> КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ	43
<u>Медвідь І.І., Бабінець Л.С., Герасимець І.І.</u> ПОЗИТИВНИЙ ВПЛИВ ПОВЕРХНЕВОЇ БАГАТОГОЛЧАСТОЇ РІЗНОМЕТАЛЕВОЇ АПЛІКАЦІЇ НА КЛІНІЧНИЙ, ПСИХО–ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ВЕГЕТАТИВНИЙ БАЛАНС ПРИ ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	45
<u>Мелеховець О.К., Коваленко Є.Л.</u> ІНЦИДЕНТНІСТЬ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ ТА ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ СЕРЕДНЬОМІСЯЧНОЮ ТЕМПЕРАТУРОЮ	46
<u>Мельник Н.А., Бабінець Л.С., Боцюк Н.Є.</u> ЧАСТОТА ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ШЕМИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	47
<u>Мисула І.Р., Бакалюк Т.Г., Голяченко А.О., Левицька Л.В., Квасніцька О.С.</u> ЗАСТОСУВАННЯ СУЛЬФІДНОЇ БАЛЬНЕОТЕРАПІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ОСТЕАРТРОЗОМ ІЗ ЗНИЖЕНОЮ ЩІЛЬНІСТЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ	48
<u>Назарчук Н.В., Бабінець Л.С.</u> ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БІЛІАРНИМ ПАНКЕАТИТОМ	49
<u>Найдонова О.В., Сергеева Н.О., Приступа О.С., Бельчиков І.А.</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ЛІКУВАННЯ РОЗУВАСТАТИНОМ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ПОХИЛОГО ВІКУ	50

<u>Насалик Р.Б., Шкробот С.І.</u> ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ШЕМІЇ МОЗКУ	50
<u>Наумова Л.В., Гнат С.В., Голик І.В.</u> ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ В УМОВАХ ЙОДОДЕФЦИТУ НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНКИ	51
<u>Олійник Н.М.</u> ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ	52
<u>Пасечко Н.В., Лой Г.Я., Боб О.О.</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ВОКСИД У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ІНСУЛІНОТЕРАПІЮ	53
<u>Пасечко Н.В., Пицюк Ю.В., Смачило І.В.</u> ЧАСТОТА ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ТА ДЕПРЕСІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ГІПОТИРЕОЗ	54
<u>Покришко О.В., Шкільна М.І.</u> ВМІСТ ЛІЗОЦИМУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ТА СЛИНІ ХВОРИХ НА ПАРАЗИТОЗИ	55
<u>Попруга А.О.</u> ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯ – ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	55
<u>Сагайдак Л.О., Шкробот С.І.</u> ВІКОВІ КЛІНІКО–ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВЕРТЕБРОГЕННИХ ПОПЕРЕКОВО–КРИЖОВИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ НА ФОНІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ	59
<u>Салій З.В., Шкробот С.І.</u> НЕВРОЛОГІЧНИЙ ДЕФЦИТ ЗА ШКАЛОЮ NOS–ТВИ У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО–МОЗКОВОЇ ТРАВМИ СЕРЕДНЬОЇ ТЯЖКОСТІ	60
<u>Сандій О.О.</u> СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	62
<u>Скибчик В.А., Войтович М.О.</u> ВІКОВІ ТА СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	62
<u>Сковронська О.В.</u> ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ПЕРИНДОПРИЛУ ТА АМЛОДИПІНУ НА ЗМІНУ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗА КРИТЕРІЯМИ ОПИТУВАЧА SF–36	63
<u>Слобода М.В., Ярема Н.І., Коцюба О.І.</u> ПОКАЗНИКИ РІВНЯ С –РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ДІАСТОЛІЧНІЙ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ІХС З ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ	67
<u>Сміян С.І., Даньчак С.В., Соліляк О.В., Слаба У.С., Коморовський Р.Р., Мігенько Л.М.</u> ОЦІНКА СТРУКТУРИ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ	68

<u>Сміян С.І., Матюк Л.М., Слаба У.С., Коморовський Р.Р., Маховська О.С.</u> КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК ПРИ ПОДАГРІ: МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ І ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОБТЯЖЕННЯ	69
<u>Сміян С. І., Франчук М. В., Боднар Р. Я., Лихацька Г. В., Свистун І. І., Лепявко А. А.</u> ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ ТА МІКРОГЛОБУЛІНУРІЇ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ	70
<u>Степанова Г.М., Боднар Л.П.</u> КЛІНІКО–ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ЧЕРКАСЬКІЙ ОБЛАСТІ	71
<u>Тимків І.В., Нейко В.С., Близнюк М.В., Ромаш Н.І., Венгрович О.З.</u> ЛІКАР У РОЛІ ПАЦІЄНТА: ЧИ ЛЕГКО ДОТРИМУВАТИСЬ ВЛАСНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ? ...	72
<u>Цимбалюк В.І., Лісяний М.І., Петрів Т.І., Станецька Д.М.</u> РОЛЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО МЕТОДУ В ОЦІНЦІ РЕГЕНЕРАЦІЇ СІДНИЧНОГО НЕРВА ПІД ВПЛИВОМ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН АДГЕЗИВНОЇ ФРАКЦІЇ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ	73
<u>Шевченко М.В., Медведчук Г.Я.</u> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ПОРУШЕНЬ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	74
<u>Шкробот С.І., Венгер О.П., Несторович Я.М., Сماشна О.Є., Мисула Ю.І., Білоус В.С., Сас Л.М., Костіна О.О.</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСИХОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ІНСОМНІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ	76
<u>Шкробот С.І., Сохор Н.Р., Салій З.В., Бударна О.Ю., Мілевська–Вовчук Л.С., Мисула М.С.</u> ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ГОСТРОМ ПЕРІОДІ КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ЛЕГЕНЬ	82
<u>Todoriko L.D., Ieremenchuk I.V., Shapovalov V.P., Todoriko A.D.</u> PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINST PATIENTS WITH TUBERCULOSIS AND TB/HIV CO–INFECTION	83

Секція 2 «ХІРУРГІЯ, ОНКОЛОГІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

<u>Антощук Р. Я.</u> П'ЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ, УСКЛАДНЕНИМ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	86
<u>Бенедикт В.В., П'ятковська М.І., Кордяк Д.В., Качмар О.А.</u> ЗНАЧЕННЯ ІОНІВ КАЛЬЦІУ У ВІДНОВЛЕННІ МОТОРИКИ ТОНКОЇ КИШКИ ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ	88
<u>Бенедикт В.В., Шацький В.М., Контролевич Ю.О., Продан А.М., Зошук Б.І.</u> ВПЛИВ РІЗНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХОВИХ ГРИЖ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ	89

<u>Венгер І.К., Костів С.Я., Буднік Д.Ю., Дуць С.І.</u> НЕСПЕЦИФІЧНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ – ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ТРОМБОЗУ У ВЕНОЗНІЙ СИСТЕМІ НИЖНІХ КІНЦІВОК	90
<u>Війтович Л.Є.</u> ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕЗЕКЦІЙНИХ, ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ТА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА У СВІТЛІ ОЦІНКИ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ	93
<u>Голотюк В.В., Бурлака А.П., Вовк А.В.</u> РЕДОКС-ЗАЛЕЖНІ РОЗЛАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ЦЕРУЛОПЛАЗМІН/ТРАНСФЕРИН КРОВІ У ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ	97
<u>Гощинський В.Б., Луговий О.Б., Ольховик В.В.</u> ЕНДОВАСКУЛЯРНА РЕКОНСТРУКЦІЯ АРТЕРІЙ ПРИ КРИТИЧНІЙ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК	98
<u>Гощинський В.Б., Продан А.М.</u> ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЇВ ВАРИКОЗНОГО СИНДРОМУ ПРИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНІЙ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК	99
<u>Дзюбановський О.І.</u> ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ВЕРИФІКАЦІЇ РІЗНИХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ	100
<u>Жулкевич І.В., Угляр Т.Ю., Угляр Р.М.</u> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРВИННОЇ ЛІМФОМИ ЛЕГЕНЬ	102
<u>Запорожан С.Й., Марченкова Н.О., Процайло М.Д., Гощинський П.В., Крицький І.О.</u> АНАЛІЗ ДИТЯЧОГО ТРАВМАТИЗМУ	103
<u>Ковальчук Л.Я., Беденюк А.Д., Футуйма Ю.М.</u> ЛОКАЛЬНИЙ КРОВОБІГ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПАТОГЕНЕТИЧНОМУ ВИБОРІ МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВИХ ВИРАЗОК	108
<u>Кривокульський Б.Д., Жулкевич І.В., Кривокульський Д.Б.</u> СПОСІБ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРЕДБАЧЕННЯ І ВИЯВЛЕННЯ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВЕНОЗНИХ ТРОМБІВ В СУДИНАХ МАЛОГО ТАЗА ТА ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ Д-ДИМЕРУ В ПЛАЗМІ КРОВІ	113
<u>Лимар Є.А., Гур'єв С.О.</u> КЛІНІКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З ПОЛІТРАВМОЮ	114
<u>Лойко І.І., Герасимюк Н.І.</u> ВИБІР ТИПУ КОРЕКЦІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ	115
<u>Максимлюк В.І., Доброродній В.Б., Смачило І.І.</u> КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ	116
<u>Морозюк І. П.</u> ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗКАХ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ НА БАЗІ КРЕМЕНЕЦЬКОЇ РКЛ	117

<u>Пасічник С. М.</u> ОЦІНКА ВПЛИВУ ЛІКУВАННЯ ПІЗНІХ СТАДІЙ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ПЕРЕБІГ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ	118
<u>Пасічник С.М.</u> ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВИХ ФОРМ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА	121
<u>Процайло М.Д., Крицький І.О., Марченкова Н.О.</u> РІДКІСНИЙ ВИПАДОК КАТАТРАВМИ	124
<u>Романюк Т.В., Дзюбановський І.Я., Кузів О.В., Господарський А.Я.</u> ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТУ	125
Секція 3. «СТОМАТОЛОГІЯ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ, ОФТАЛЬМОЛОГІЯ»	
<u>Вівчар В.Я., Корицький В.Г., Хоружий І.В.</u> ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАКАЇНУ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ХІРУРГІЧНІЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ	128
<u>Войнаровський І.В., Андрейчин Ю.М., Ніколов В.В., Корицький В.Г.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГАТИЛИН ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНОГО ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРΟΣЛИХ	128
<u>Герасимюк М.І., Яшан Л.В., Говда О.В., Гавура І.А.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГАТИЛИН ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНОГО ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО МЕЗОТИМПАНИТУ У ДОРΟΣЛИХ	129
<u>Голейко М.В.</u> СТВОРЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПЛІВОК ЯК ПЕРСПЕКТИВНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ	130
<u>Демкович А.Є., Бондаренко Ю.І.</u> AGGREGATIBACTER АСТІНОМУСЕТЕМСОМІТАНС ЯК ОДИН ІЗ ОСНОВНИХ ЗБУДНИКІВ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНИХ ПАРОДОНТИТІВ	130
<u>Ковалик А.П., Корицький В.Г., Чортківський Т.В.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ПРОПОЛІСУ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО І ХРОНІЧНОГО РИНИТУ	131
<u>Ковалик П.В., Яшан Л.В., Корицький В.Г.</u> ЗАСТОСУВАННЯ НАЗАЛЬНОГО СПРЕЮ «АКВА МАРИС» ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО РИНИТУ	132
<u>Ковалик П.В., Яшан Л.В., Пляшко К.О.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЛОФЛОКС ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНОГО ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРΟΣЛИХ	132
<u>Колесова Н.В.</u> КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ РОЗВИТКУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	133

<u>Корицький В.Г., Дужик У.Р.</u> ЗАСТОСУВАННЯ АЕРОЗОЛЮ БІОПАРОКС ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ФАРИНГІТУ	134
<u>Корицький В.Г., Дужик У.Р.</u> ЗАСТОСУВАННЯ НАЗАЛЬНОГО СПРЕЮ КСИМЕЛІН ЕКСТРА ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНИТУ У ДОРΟΣЛИХ	135
<u>Левків М.О.</u> ВПЛИВ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ НА РОЗВИТОК ХРОНІЧНОГО СІАЛОАДЕНІТУ	135
<u>Макаренко О. В., Кривов'яз О. В., Томашевська Ю. О.</u> ФАКТОР ДОЗУВАННЯ В СТРУКТУРІ ВИТРАТ НА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ	136
<u>Мальована І.В., Волошин Г.Г., Герасимюк М.І., Ткачук В.М.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ НЕЛАДЕКС ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДИФУЗНОГО ЗОВНІШНЬОГО ОТИТУ У ДОРΟΣЛИХ	136
<u>Мальована І.В., Питак Т.А., Волошин Г.Г., Янюк М.М.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРОДУКТІВ БДЖІЛЬНИЦТВА В РИНОЛОГІЇ І ФАРИНГОЛОГІЇ	137
<u>Мальована І.В., Протасевич Г.С., Шевага І.В.</u> МАЗЬ ПІНОСОЛ В ЛІКУВАННІ «ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО» РИНИТУ ПРИ КОНХОТОМІЇ ...	138
<u>Мальована І.В., Яшан Л.В., Корицький В.Г.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ГІПНОЗУ ДЛЯ ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ДЕЯКИХ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ	138
<u>Мальований В.В., Ніколов В.В., Чортківський Т.В., Шевага Б.І.</u> ТОКСИЧНА ДІЯ АНТИБІОТИКІВ, ДИСБАКТЕРІОЗ ТА ІНШІ ВПЛИВИ НА ОРГАНІЗМ	139
<u>Манашук Н.В., Чорній Н.В., Бойцанюк С.І.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА	139
<u>Остапченко В.П., Гомза І.М.</u> ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАКАЇНУ ДЛЯ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ В ХІРУРГІЧНІЙ РИНОЛОГІЇ	140
<u>Питак Т.А., Мальована І.В.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ПІНОСОЛ (КРАПЛІ В НІС) ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНИТУ У ДОРΟΣЛИХ	141
<u>Пляшко К.О.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ КОМБІНІЛ ДУО ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНОГО ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО МЕЗОТИМПАНИТУ У ДОРΟΣЛИХ	141
<u>Пляшко К.О.</u> ДО ПИТАННЯ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ДЕРМАТИТУ ВУШНОЇ РАКОВИНИ І ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ	142
<u>Пляшко К.О.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ПІНОСОЛ (КРАПЛІ В НІС) ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО РИНИТУ У ДОРΟΣЛИХ	142

<u>Пляшко К.О.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ФУРАСОЛУ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ	143
<u>Пляшко К.О., Волошин Г.Г., Питак Т.А.</u> ЗАСТОСУВАННЯ НАЗАЛЬНОГО СПРЕЮ КСИМЕЛІН ЕКСТРА ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРΟΣЛИХ	144
<u>Пляшко К.О., Ніколов В.В., Корицький В.Г.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ АЗИКЛАР ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ГНІЙНОГО ОТИТУ В ДОПЕРФОРАТИВНІЙ СТАДІЇ У ДОРΟΣЛИХ	145
<u>Протасевич Г.С.</u> ДО ПИТАННЯ ПРО ГОСТРИЙ СТЕНОЗ ГОРТАНІ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ	145
<u>Протасевич Г.С., Яшан О.І., Шевага Б.І.</u> НІЧНИЙ ЕНУРЕЗ У ДІТЕЙ НА ГІПЕРТРОФІЮ ГОРЛОВОГО МИГДАЛИКА	146
<u>Рудяк Г.П., Мальована І.В., Войнаровський І.В.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ФЛАМІФІКС ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРΟΣЛИХ	147
<u>Хоміцький Г.М., Гайдучик І.Я.</u> МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ПІДСЛИЗОВІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА	147
<u>Хороз Л.М., Фурдичко А.І., Ільчишин М.П.</u> ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МІСЦЕВОГО ЗАСТОСУВАННЯ ГОМЕОПАТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ «ТРАУМЕЛЬ С» ТА МУКОЗАЛЬНО-АДГЕЗИВНОГО ГЕЛЮ НА ОСНОВІ ФІТОЛІЗОЦИМУ ПРИ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ	148
<u>Хоружий І.В., Вівчар І.Я.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ НЕЛАДЕКС ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ГНІЙНОГО ОТИТУ В ДОПЕРФОРАТИВНІЙ СТАДІЇ У ДІТЕЙ	149
<u>Хоружий І.В., Корицький В.Г., Герасимюк М.І.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ФЛАМІФІКС ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АДЕНОЇДИТУ У ДІТЕЙ	149
<u>Худякова М. Б.</u> КОРЕКЦІЯ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ЛІПОСОМАЛЬНИМ КВЕРЦЕТИНОМ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ	150
<u>Чорній Н.В., Манащук Н.В., Чорній А.В., Якимець А.Р.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ФЕРМЕНТІВ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА	151
<u>Яшан А.О.</u> ЗАСТОСУВАННЯ МІРАМІСТИНУ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРΟΣЛИХ	152
<u>Яшан А.О.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ОТОФА ДЛЯ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ЗАГОСТРЕНОГО ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО МЕЗОТИМПАНИТУ У ДОРΟΣЛИХ	152
<u>Яшан А.О., Вівчар І.Я.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРОПОЛІСУ ДЛЯ МІСЦЕВОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ СЕБОРЕЙНОЇ ЕКЗЕМИ ВУШНИХ РАКОВИН У ДОРΟΣЛИХ	153

<u>Яшан О.І., Герасимюк М.І., Мацькевич О.В., Пляшко К.О.</u> ФУРАСОЛ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ФАРИНГІТУ У ДОРΟΣЛИХ	154
<u>Яшан А.О., Герасимюк М.І., Пляшко К.О., Мальована І.В.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГАТИЛИН ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ГНІЙНОГО ОТИТУ В ДОПЕРФОРАТИВНІЙ СТАДІЇ У ДОРΟΣЛИХ	154
<u>Яшан А.О., Дужик У.Р., Чортківський Т.В.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ АЗИКЛАР ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСИТУ У ДОРΟΣЛИХ	155
<u>Яшан А.О., Питак Т.А., Протасевич Г.С., Шевага Б.І., Стахів О.В., Чортківський Т.В., Войнаровський І.В.</u> СТОРОННІ ТІЛА ВУШНОЇ РАКОВИНИ	156
<u>Яшан О.І., Протасевич Г.С., Корицький В.Г., Шевага І.В.</u> ПОКАЗАННЯ ДО АДЕНОТОМІЇ	158
<u>Яшан О.І., Протасевич Г.С., Шевага Б.І., Вівчар І.Я.</u> «ЗОВНІШНІЙ АДЕНОЇДИЗМ» У ДІТЕЙ НА АДЕНОЇДНІ ВЕГЕТАЦІЇ	158

**Секція 4. «ОХОРОНА МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА»
Підсекція А. «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

<u>Бойчук А. В., Нікітіна І. М., Хлібовська О.І., Коптюх В.І.</u> ПРОГНОЗУВАННЯ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ БАГАТОПЛІДІ ШЛЯХОМ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ	160
<u>Бойчук А. В., Сопель В. В., Бегош Б. М., Формазюк Т. В.</u> ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ І ТЕМПЕРАМЕНТУ ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ КЛОНІНДЖЕРА У ЖІНОК З ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ	160
<u>Геряк С.М., Стельмах О.Є., Багній Н.І., Корда І.В., Петренко Н.В., Кузів І.Я.</u> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ НЕВИНОШУВАННЯ У ЖІНОК З НЕЙРОЕНДОКРИННИМИ ПОРУШЕННЯМИ	161
<u>Геряк С.М., Стельмах О.Є., Петренко Н.В., Кузів І.Я., Багній Н.І., Корда І.В.</u> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПОСІДНАННЯМ ОЖИРІННЯ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ	162
<u>Калашник Н.В., Нікітіна І.М., Шадріна В.С., Ониськів Б.О.</u> ЕФЕКТИВНІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ	163
<u>Лимар Л.Є., Маланчук Л.М., Лимар Н.А., Маланчин І.М., Кучма З.М.</u> ВИКОРИСТАННЯ ФІТОЦИЛІНДРІВ ДЛЯ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ У ЖІНОК З ОЛІГОМЕНОРЕЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ	164
<u>Маланчин І.М., Лимар Л.Є., Кучма З.М., Романчук Л.І.</u> ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОЦИЛІНДРІВ У АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	165

<u>Маланчин І.М., Маланчук Л.М., Лимар Л.Є., Небесьо Т.А.</u> ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ	166
<u>Маринчина І. М., Ахтемійчук І.Ю., Масник М.М.</u> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ	166
<u>Маринчина І.М., Камінська У.А., Сковронська О.Р.</u> МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ	167
<u>Овчарук В.В., Хлібовська О.І., Дживак В.Г., Федченко О.О.</u> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН ЗАТРИМКИ РОСТУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЛОДА	169
<u>Тимків І.С., Левицький І.В., Нейко О.В., Остафійчук С.В.</u> СТРУКТУРА ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ	169
<u>Франчук О.А., Франчук М.О., Кумпаненко Я.О.</u> ГІПЕРАНДРОГЕНІЯ ЯСЧНИКОВОГО ГЕНЕЗУ	170
<u>Франчук О.А., Франчук М.О., Кумпаненко В.І.</u> ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ – НЕГОРМОНАЛЬНИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ	171

**Секція 4. «ОХОРОНА МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА»
Підсекція Б. «ПЕДІАТРІЯ»**

<u>Банадига Н.В., Волошин С. Б.</u> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПУ	173
<u>Банадига Н.В., Ясній О.Р., Гаріян Т.В., Глинчак Л.В.¹</u> ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВИХ І УПОДОБАНЬ ТА ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	174
<u>Бузько Є.Ф., Томашівська Т.В., Книш Р.О., Шніцар В.М., Федорова О.О., Пилипчук І.В.</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦИКЛОФЕРОНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	175
<u>Волянська Л.А., Бурбела Е.І., Мудрик У.М., Євтушенко С.В.</u> КОРЕКЦІЯ ХАРЧУВАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ	176
<u>Корицький Г.І., Яворська О.Л., Лучишин Н.Ю., Долинна М.В.</u> МОНІТОРИНГ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ІЗ ЗОНИ РАДІОАКТИВНОГО ЗАБРУДНЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ	177
<u>Лобода В. Ф., Глушко К. Т., Кінаш М.І., Шульгай О.М., Кабакова А. Б.¹, Шостак І. Й.¹</u> ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ ІЗ БІЛІАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ НА ТЛІ ПАРАЗИТОЗІВ	177
<u>Мудрик У.М., Воронцова Т.О., Волянська Л.А., Кубей І.В., Стеценко В.В., Синицька В. О.</u> ОСНОВНІ ПЕРЕДУМОВИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ	178

<u>Павлишин Г.А., Ковальчук Т.А., Фурдела В.Б., Козак К.В., Галіаш Н.Б., Горішна І.Л., Лучишин Н.Ю., Никитюк С.О., Сарапук І.М.</u>	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ	180
<u>Сокольник С.О., Шлик О.Г.</u>	
ДЕСТРУКТИВНІ УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	181
<u>Сорокман Т.В., Шлик О.Г.</u>	
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ	181
<u>Стецко Л. Б.</u>	
ВАЖЛИВІ АСПЕКТИ БОРОТЬБИ З ГІПЕРТЕРМІЄЮ У ДІТЕЙ.....	182
<u>Федорців О.Є., Бурбела Е.І.</u>	
ОКСИДАНТНИЙ СТРЕС У ДІТЕЙ З КОНТРОЛЬОВАНОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ	183
<u>Щербатюк Н. Ю.</u>	
ПОКАЗНИКИ ГЕМОГРАМИ ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНІЙ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ.....	183
 Секція 5. «ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА, МОРФОЛОГІЯ У НОРМІ ТА ПРИ ПАТОЛОГІЇ, ЗДОБУТКИ СУЧАСНОЇ ФАРМАЦІЇ» 	
<u>Алексевич К.О., Фіра Л.С., Грималюк О.І.</u>	
СТУПІНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ЩУРІВ, УРАЖЕНИХ ТОКСИЧНИМИ ДОЗАМИ АДРЕНАЛІНУ	185
<u>Бачурін Г.В.</u>	
ЛІКУВАННЯ ПРОСТАТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ ФІТОТЕРАПІЇ.....	185
<u>Богонюк Б.Б., Боб А.О., Радецька І.О.</u>	
СТРУКТУРНІ ЗМІНИ В НИРЦІ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ТИРЕОТОКСИКОЗУ	187
<u>Бойко Л.А., Фіра Л.С., Лихацький П.Г.</u>	
ДОСЛІДЖЕННЯ СТУПЕНЯ УРАЖЕННЯ ГЕПАТОЦИТІВ ЩУРІВ В УМОВАХ ОДНОЧАСНОГО ВПЛИВУ КАРБОФОСУ ТА ТЕТРАХЛОРМЕТАНУ	187
<u>Бойчук Т.М., Кметь Т.І.</u>	
ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ЩІЛЬНОСТІ РОЗТАШУВАННЯ p53+ НЕРВОВИХ І ГЛІАЛЬНИХ КЛІТИН У КОРІ ФРОНТАЛЬНОЇ ЧАСТКИ ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ЩУРІВ ІЗ ПОСІДНАНИМ ВПЛИВОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ІШЕМІЇ-РЕПЕРФУЗІЇ	188
<u>Гнатюк М.С., Татарчук Л.В.</u>	
СТРУКТУРНА ПЕРЕБУДОВА ВЕНОЗНОГО РУСЛА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ РІЗНИХ ОБ'ЄМІВ ПЕЧІНКИ	189
<u>Говда Р.В.</u>	
ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПІСЛЯ ВАЖКОГО ПОЗАКЛІТИННОГО ЗНЕВОДНЕННЯ ОРГАНІЗМУ В АДАПТОВАНИХ ЩУРІВ З РІЗНИМ ТИПОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	190

<u>Гоженко А.І., Філіпець Н.Д.</u> СТАН ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ, ПРОТЕОЛІЗУ/ФІБРИНОЛІЗУ ПІД ВПЛИВОМ ФЛОКАЛІНУ ПРИ ХРОНІЗАЦІЇ ТОКСИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ	191
<u>Дмухальська Є.Б., Ярошенко Т.Я., Кузьмак І.П., Яремчук О.З., Пачашинський Т.А.</u> ДИНАМІКА ЗМІН РІВНЯ ЛІПІДІВ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ПОЄДНАНОЇ ДІЇ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ ТА ФОСФОРОРГАНІЧНИХ СПОЛУК	192
<u>Дорошенко О.Г., Марчишин С.М., Койро О.О.</u> ВПЛИВ ФІТОЗБОРУ НА ПЕРЕБІГ МІОГЛОБІНУРИЧНОЇ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В МИШЕЙ	193
<u>Загайко А.Л., Брюханова Т.О., Шкапо А.І.</u> ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ ТА ЛІПОПРОТЕЇНІВ У СИРІЙСЬКИХ ХОМ'ЯЧКІВ-САМИЦЬ РІЗНОГО ВІКУ ЗА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	194
<u>Загородній С.Л., Васюк С.О., Бугайова В.В.</u> СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНА МЕТОДИКА КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЛОРАТАДИНУ В ТАБЛЕТКАХ	195
<u>Кернична І.З.</u> ФІТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВИ ЛОБОДИ БІЛОЇ	195
<u>Кишкан І.Г.</u> ЗМІНИ ГІДРОФІЛЬНОСТІ ТКАНИН ПІД ВПЛИВОМ ТРЕНТАЛУ Й КСАНТИНОЛУ НІКОТИНАТУ	196
<u>Кишкан І.Г., Кишкан П.Я.</u> ПОРІВНЯЛЬНА ДІЯ НА НИРКИ ТРЕНТАЛУ Й КСАНТИНОЛУ НІКОТИНАТУ ЗА УМОВ СПОНТАННОГО ДІУРЕЗУ	196
<u>Козир Г.Р., Васенда М.М., Мирончук Л.В.</u> ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СУХОГО ЕКСТРАКТУ ЧОРНОБРИВЦІВ	197
<u>Козуб Ю.І.</u> СТАН ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ НА ТЛІ ЦД2	197
<u>Колесова Н.А., Натрус Л.В., Брюзгіна Т.С., Литвиненко В.І., Сухарева Н.М.</u> ЕНЕРГЕТИЧНІ ТА СТРУКТУРНІ МІНИ В МІОКАРДІ ЗА МОДЕЛЮВАННЯ СУДОМНОГО СИНДРОМУ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ	198
<u>Колісник І.Л.</u> ВПЛИВ ОРГАНІЧНИХ СУМІШЕЙ НА ОСНОВІ АЛКІЛФОСФАТІВ НА СТАН ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЩУРІВ	199
<u>Корда М. М., Панасюк Я. В.</u> НОВІ МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ВІДНОВЛЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ НАНОМАТЕРІАЛІВ	200
<u>Котляренко Л. Т., Ружицька О. Ю.</u> РЕМОДЕЛЮВАННЯ СТРУКТУР ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ КАДМІЄВІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ ОРГАНІЗМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ ТВАРИН	201

<u>Котляренко Л. Т., Ярема О. М.</u> РЕМОДЕЛЮВАННЯ СТРУКТУР ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ДІЇ АЛЮМІНІЮ ХЛОРИДУ	202
<u>Крамар С.Б., Волков К.С.</u> СТАН ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У МУРЧАКІВ В РІЗНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ТЕРМІЧНОГО УРАЖЕННЯ	202
<u>Куліцька М. І., Яремчук О. З., Миرونюк Д. Б., Вітяк А. О.</u> ЗМІНИ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ ТА СЕЧІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗУ	203
<u>Магльона В.В.</u> МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАЛЕЛІ РІВНЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА СТРУКТУРНОЇ РЕОРГАНІЗАЦІЇ КРОВОНОСНИХ СУДИН ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ У ЩУРІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ АЛКОГОЛЕМ	204
<u>Марчишин С.М., Зарічанська О.В.</u> ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ВІЛЬНИХ ОРАНІЧНИХ ТА АСКОРБІНОВОЇ КИСЛОТ У ВЕГЕТАТИВНИХ І ГЕНЕРАТИВНИХ ОРГАНАХ ЛІЛІЙНИКА БУРО-ЖОВТОГО (HEMEROCALLIS FULVA L.) ТА ЛІЛІЙНИКА ГІБРИДНОГО (HEMEROCALLIS HYBRIDA VAR. "STELLA DE ORO")	205
<u>Марчишин С.М., Козир Г.Р., Лелека М.В., Жируха О.В.</u> ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ДІЇ СУХОГО ЕКСТРАКТУ ТРАВИ ЧОРНОБРИВЦІВ НА МОДЕЛІ КАРАГЕНІНОВОГО НАБРЯКУ У ЩУРІВ	206
<u>Міц І.Р., Денефіль О.В.</u> ВПЛИВ СТРЕСУ НА СТАН ОРГАНІЗМУ МОЛОДИХ ЩУРІВ РІЗНОЇ СТАТІ	207
<u>Мокра А.П., Шульгай А.Г.</u> МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЇ ЧАСТИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ БІЛИХ ЩУРІВ	208
<u>Небесна З.М., Волков К.С., Литвинюк С.О.</u> СТРУКТУРНИЙ ТА ГІСТОХІМІЧНИЙ СТАН ЛЕГЕНЬ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ОПІКАХ ЗА УМОВ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ СУБСТРАТУ ЛІОФІЛІЗОВАНОЇ КСЕНОШКІРИ ТА ЕКЗОГЕННОГО ПРЕПАРАТА СУРФАКТАНТУ	209
<u>Олещук О.М., Іванків Я. І.</u> ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО СТАНУ ЗДОРОВИХ ТВАРИН ПРИ ВВЕДЕННІ МЕЛАТОНІНУ	210
<u>Олещук О.М., Іванків Я. І., Шевчук О. О., Вольська А.С., Пида В.П., Маланчук С. Л., Черняшова В. В., Герасимець І. І.</u> МЕЛАТОНІН ПРИ ХОЛЕСТАТИЧНОМУ УРАЖЕННІ ПЕЧІНКИ	211
<u>Олійник О.В., Доброродній А. В., Доброродній В.Б.</u> ДОСЛІДЖЕННЯ PH В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГОСТРОГО РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ АНТИГІПОКСАНТАМИ	212
<u>Островська Г.І.¹, Кудря В.В.²</u> ВМІСТ ЦУКРІВ У ТРАВІ РОДОВИКА ЛІКАРСЬКОГО (SANGUISORBA OFFICINALIS L.)	215

<u>Портна К. П., Мирошниченко Ю. О., Васюк С. О.</u> РОЗРОБКА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОЇ МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГОВИЗНАЧЕННЯ ГЕНТАМІЦИНУ СУЛЬФАТУ В ПРЕПАРАТІ «КРЕМГЕН»	215
<u>Посохова К.А., Зозуляк Н.Б.</u> ВПЛИВ ЛІПОСОМАЛЬНОЇ ФОРМИ КВЕРЦЕТИНУ НА СТАН НИРОК ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ	216
<u>Привроцька І.Б., Кучмеровська Т. М.</u> ОСОБЛИВОСТІ ОКСИДАТИВНОГО МЕТАБОЛІЗМУ ЗА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	217
<u>Родинський О. Г., Козлова Ю. В.</u> ОЦІНКА КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ПАМ'ЯТІ ТА ПОВЕДІНКИ В ТЕСТІ УРПУ ТА ПОКАЗНИКАМИ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ ТКАНИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ МІОКАРДІАЛЬНІЙ ДИСФУНКЦІЇ	217
<u>Савчук З.Л., Романів С.В.</u> АКТИВНІСТЬ ЛІПОСОМАЛЬНИХ ФЕРМЕНТІВ У ТВАРИН З ХІМІЧНИМ ОПІКОМ РОГІВКИ НА ТЛІ ГІПОТИРОЗУ	218
<u>Самогальська О.Є., Марків І.М., Тюріна В.Ф.</u> ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОПАТІЙ	219
<u>Самогальська О.Є., Тюріна В.Ф., Тюрін П.А., Марків І.М.</u> ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ КОН'ЮНКТИВІТІВ	220
<u>Сатурська Г.С., Бондаренко Ю.І., Чарнош С.М., Потіха Н.Я., Пелих В.Є.</u> ВПЛИВ ТРИМЕТАЗИДИНУ НА НЕРВОВО-МЕДІАТОРНІ ПОРУШЕННЯ У РЕГУЛЯЦІЇ СЕРЦЯ ТВАРИН З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ДИФУЗНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ЗА РІЗНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ЇХ ДО ГІПОКСІЇ	221
<u>Слабий О. Б.</u> МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ЗМІН ЕНДОТЕЛІОЦИТІВ АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА ПЕРЕДСЕРДЬ ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ	221
<u>Сорока І. О., Кваша М. О., Демків І.Я., Лісничук Н. Є.</u> ЗМІНИ ПОРОГУ НОЦИЦЕПТИВНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ ЕНДОТОКСЕМІЇ ТА ЇЇ СОРБЦІЙНОЇ КОРЕКЦІЇ	222
<u>Стахурська І.О.</u> МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА ЩУРІВ РІЗНОЇ СТАТІ В УМОВАХ НІТРИТНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ	223
<u>Стравський Т.Я.</u> ПЕРЕБУДОВА СУДИННОГО РУСЛА ЯЄЧКА У ЩУРІВ ПРИ ДОЗОВАНОМУ СТЕНОЗІ СІМ'ЯНОГО КАНТИКА	224
<u>Фурка О.Б., Івануса І.Б., Кліщ І.М.</u> ВПЛИВ АЦЕТАМІНОФЕНУ НА ОРГАНІЗМ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	225
<u>Шанайда М.І., Покришко О.В.</u> ВПЛИВ ЕФІРНИХ ОЛІЙ ПРЕДСТАВНИКІВ РОДИНИ LAMIACEAE JUSS. НА МІКРООРГАНІЗМИ В УМОВАХ IN VITRO	225

<u>Шостак Л.Г., Марчишин С.М.</u> ДОСЛІДЖЕННЯ ДУБИЛЬНИХ РЕЧОВИН ПЕРВОЦВІТУ ВЕСНЯНОГО	227
<u>Юрченко Д.М., Левіч С.В., Александрова К.В.</u> ПОШУК СУЧАСНИХ НЕЙРОПРОТЕКТОРІВ СЕРЕД ПОХІДНИХ 3-АРИЛ(АРАЛКІЛ)КСАНТИНІВ	227
<u>Ющак М.В., Ющак О.М., Луків О.А., Боймиструк І.І., Галицька-Хархаліс О.Я.</u> ПЕРІОДИ ФОРМУВАННЯ СКЕЛЕТУ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ	228
<u>Якимчук Ю.Б.</u> ЗАХИСНА ДІЯ КАЛЬЦІЯ ФОЛНАТУ НА РІВЕНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ЕКСПЕРИМЕНТІ ПРИ ВИКОРИСТАННІ МЕТОТРЕКСАТУ	228
<u>Fedonyuk L. Ya., *Malyk Yu. Yu., Korylchjuk B.T.</u> STRUCTURAL ORGANIZATION OF TYPICAL CHORDAE TENDINEAE OF MITRAL VALVE AND FALSE CHORDAE TENDINEAE OF THE HUMAN HEART	229

Секція 6. «СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, БІОЕТИКА, ОГЛЯДОВІ ТА АНАЛІТИЧНІ РОБОТИ»

<u>Бегош Н.Б., Марущак М.І., Бакалець О.В., Дзига С.В., Сусллова Н.О., Заєць Т.О.</u> ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ НАВАНТАЖЕННЯ НА ОРГАН ЗОРУ МОЛОДИХ ОСІБ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ ЗА КОМП'ЮТЕРОМ	231
<u>Волошин О.С., Пилипів М.І., Волошин В.Д.</u> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХО-МОТОРНИХ РЕАКЦІЙ В ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СЕРЦЯ	231
<u>Коваль М. І., Толокова Т. І.</u> ВИКОРИСТАННЯ ПРОДУКТІВ ГЕННО-ІНЖЕНЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ З ПОЗИЦІЙ БІОЕТИКИ	232
<u>Ковалик А.П., Протасевич Г.С., Яшан О.І., Мальована І.В.</u> ВИКЛАДАЦЬКИЙ СКЛАД КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ	233
<u>Красій Н.І., Покришко О.В., Климнюк С.І., Ткачук Н.І.</u> АНАЛІЗ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ НЕФЕРМЕНТУЮЧИХ ГРАМНЕГАТИВНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ, ВИДІЛЕНИХ У ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ЛІКАРНІ У 2014 РОЦІ	234
<u>Мазур Л.П., Юрчик О.А., Свистун І.І.</u> АДМІНІСТРАТИВНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА ЕТАПІ ПМСД	235
<u>Мальована І.В., Протасевич Г.С., Яшан О.І., Яшан А.О., Пляшко К.О.</u> АВТОРСЬКІ СВДОЦТВА ТА ПАТЕНТИ, ОТРИМАНІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГАМИ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ В 1981 – 2014 РР	236
<u>Мальована І.В., Протасевич Г.С., Яшан О.І., Яшан А.О.</u> АНАЛІЗ МЕТОДИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ, ВИДАНИХ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГАМИ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ ПО ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННЮ ЛОР – ЗАХВОРЮВАНЬ	237

<u>Мальований В.В., Яшан О.І., Яшан А.О.</u> ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НАУКОВИХ ПУБЛІКАЦІЯХ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ	238
<u>Олійник М.В., Алентьєва Л.І., Биканова І.І.</u> АСПЕКТИ МОТИВУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ ЛІКАРІВ У СИСТЕМІ ФАРМАКОНАГЛЯДУ ...	239
<u>Протасевич Г.С., Пляшко К.О., Мальована І.В., Корицький В.Г.</u> СПОСТЕРЕЖЕННЯ З ПРАКТИКИ, ОПУБЛІКОВАНІ АСПРАНТАМИ ТА ПРАКТИКУЮЧИМИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГАМИ	240
<u>Посохова К.А., Олещук О.М., Матюк Л.М.</u> ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ	241
<u>Протасевич Г.С., Яшан О.І., Пляшко К.О., Герасимюк М.І.</u> РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКІ ПРОПОЗИЦІЇ І МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ, ЗАПРОПОНОВАНІ ВИКЛАДАЧАМИ КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ НА КАФЕДРІ	242
<u>Протасевич Г.С., Яшан О.І., Яшан А.О., Пляшко К.О.</u> ПЛАНОВІ НАУКОВІ РОБОТИ КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ	242
<u>Романюк Л.М., Сатурська Г.С., Федчишин Н.Є., Теренда Н.О., Литвинова О.Н., Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л., Петрашик Ю.М.</u> ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	243
<u>Теренда Н.О., Сатурська Г.С., Панчишин Н.Я., Литвинова О.Н., Смірнова В.Л., Петрашик Ю.М., Романюк Л.М., Федчишин Н.Є., Слободян Н.О., Ліштаба Л.В.</u> УРБАНІЗАЦІЯ ТА ЇЇ НАСЛІДКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	244
<u>Шепелев А.Є</u> АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ СТУДЕНТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СПОРТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	245
<u>Яшан О.І., Ковалик А.П., Мальована І.В., Протасевич Г.С.</u> ПУБЛІКАЦІЇ ВИКЛАДАЧІВ КАФЕДРИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ СПОСТЕРЕЖЕНЬ З ПРАКТИКИ	247
<u>Яшан А.О., Протасевич Г.С., Гавура І.А., Корицький В.Г.</u> РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКІ ПРОПОЗИЦІЇ, ОПУБЛІКОВАНІ АСПРАНТАМИ І ПРАКТИКУЮЧИМИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГАМИ	249
<u>Яшан А.О., Яшан О.І., Протасевич Г.С., Мальована І.В., Стахів О.В.</u> ПОСВІДЧЕННЯ НА РАЦІОНАЛІЗАТОРСЬКІ ПРОПОЗИЦІЇ, ЗАПРОПОНОВАНІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГАМИ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ В 1971 – 2014 РР.	250

**Секція 7. «ПЕРСПЕКТИВНІ НАУКОВІ НАПРЯМКИ, ЗАПОЧАТКОВАНІ ЧЛЕНОМ-
КОРЕСПОНДЕНТОМ НАМН УКРАЇНИ, ПРОФЕСОРОМ Л.Я. КОВАЛЬЧУКОМ»**

<u>Бігуняк Т.В., Грималюк О.І.</u> ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОМОСОМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	252
--	-----

<u>Вадзюк С.Н., Паньків І.Б., Наконечна С.С.</u> ОЗНАЙОМЛЕННЯ СТУДЕНТІВ З МЕТОДОМ, ЗАПРОПОНОВАНИМ ПРОФЕСОРОМ Л.Я. КОВАЛЬЧУКОМ, У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ НА КАФЕДРІ ФІЗІОЛОГІЇ	253
<u>Грималюк О.І., Бігуняк Т.В.</u> СПАДКОВА ТА НАБУТА ГІПОПЛАЗІЯ ЕМАЛІ	253
<u>Дацко Т.В., Вербовий С.О.</u> ПРОГРАМНИЙ МОДУЛЬ ОТРИМАННЯ ЕКСПЕРТНИХ ЗНАНЬ ДЛЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ДІАГНОСТУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	254
<u>Кованова Е.М., Творко М.С., Покришко О.В.</u> ВАРІАНТИ УСПАДКУВАННЯ ЕПІМУТАЦІЇ МЕТИЛЮВАННЯ ДНК ЗА Х-ЗЧЕПЛЕНИМ РЕЦЕСИВНИМ ТИПОМ	255
<u>Ковальчук Л.Є., Швець Л.С., Кочерга З.Р.</u> ЕКОЛОГО-ГЕНЕТИЧНИЙ МОНІТОРИНГ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ ДОВКІЛЛЯ	257
<u>Маланчук Л. М., Мартинюк В. М.</u> РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ	258
<u>Марценюк В.П., Кравець Н.О., Семенець А.В., Вакуленко Д.В., Сверстюк А.С., Климук Н.Я., Сарабун Р.О., Кучвара О.М.</u> ПРО ПІДХОДИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ EMR-СИСТЕМ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	259
<u>Олещук О. М., Іванків Я. І., Перевізник Б. О.</u> ГЕПАТОПРОТЕКТОРНА ДІЯ МЕЛАТОНІНУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ ТА ПОЛІМОРФІЗМ МЕЛАТОНІНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ	260
<u>Яковець О.О., Козлов С.В.</u> РОЗВИТОК ВІНЦЕВОЇ СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ЕМБРІОНАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	261