

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА



Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції молодих
вчених НМАПО імені П. Л. Шупика, присвяченої «Дню науки»

«ІННОВАЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ МЕДИКІВ І ЇХ ВПРОВАДЖЕННЯ В ПРАКТИЧНУ ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я»

30 квітня 2015 року

Київ 2015

Наукове товариство молодих вчених висловлює щиру подяку ректору Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, академіку НАМН України, професору Вороненко Ю.В., першому проректору, члену-кореспонденту НАМН України, професору Вдовиченко Ю.П., проректору з наукової роботи, професору Зозулі І.С., проректору з навчальної роботи, професору Толстанову О.К., проректору з міжнародних зв'язків та науково-педагогічної роботи з іноземними громадянами, професору Косаківському А.Л., проректору з лікувальної роботи, професору Гойді Н.І., проректору з АГЧ Соханю Ю.О., ученому секретарю, професору Савичук Н.О. за всебічну підтримку в проведенні конференції.

З повагою,

голова наукового товариства молодих вчених НМАПО імені П. Л. Шупика, доц. Сулік Р.В.

ЗАСТОСУВАННЯ СТРУКТУРНО-МОДИФІКУЮЧИХ ТА ГІПОУРИКЕМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Крилова А.С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Враховуючи поширеність остеоартрозу, необхідність дослідження нових аспектів його лікування, недостатню вивченість ефективності застосування структурно-модифікуючих та гіпоурикемічних препаратів при остеоартрозі з гіперурикемією, подальше дослідження проблеми залишається актуальним і на сьогоднішній день.

Мета. Дослідити ефективність комбінації хондроїтин сульфата-4,6 та цитратного комплексу у пацієнтів з остеоартрозом та гіперурикемією.

Матеріали та методи. Ми проаналізували 30 хворих на остеоартроз та гіперурикемію (28 жінок і 2 чоловіків, віком $(60,43 \pm 1,32)$ роки). Середня тривалість захворювання у пацієнтів становила $7,1 \pm 1,05$ років. При рентгенологічному обстеженні виявлено у 11 пацієнтів III, у 19 — II рентгенологічну стадію. Пацієнти приймали комбіновану терапію - хондроїтин сульфат-4,6 у дозі 500 мг на добу та калій-натрій-гідроксидний комплекс по 1 мірній ложці три рази на добу після їжі протягом 6 місяців. Оцінено динаміку ВАШ, індексів WOMAC, Лекена, сечової кислоти, IL-1 β , IGF-1, NO, загальноклінічних показників. Статистичний аналіз був проведений за допомогою SPSS Statistics.

Результати. У ході дослідження було виявлено статистично достовірне ($p < 0,05$) зменшення болю за ВАШ з $58,67 \pm 0,91$ мм до $27,97 \pm 1,63$ мм, індекса Лекена з $10,60 \pm 0,48$ до $5,47 \pm 0,33$, індекса WOMAC біль – з $239,75 \pm 7,39$ мм до $189,43 \pm 7,70$ мм, скутість з $109,30 \pm 4,84$ мм до $54,93 \pm 1,09$ мм, функціональна активність з $760,67 \pm 24,39$ мм до $678,37 \pm 25,87$ мм через 6 місяців лікування. Не було відмічено динаміки лабораторних показників глюкози крові, ліпідного обміну, білірубіну, печінкових маркерів, креатиніну, але виявлено статистично достовірне зниження рівня сечової кислоти з $469,79 \pm 20,71$

мкмоль/л до $353,29 \pm 24,44$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Через 6 місяців лікування, ми отримали статистично достовірне ($p < 0,05$) зниження ІЛ-1 з $21,84 \pm 1,97$ пг/мл до $15,37 \pm 1,00$ пг/мл, NO з $3,38 \pm 0,19$ до $1,89 \pm 0,15$ мкмоль/л, а також статистично достовірне підвищення IGF-1 з $42,83 \pm 5,73$ до $88,43 \pm 6,41$ нг/мл.

Висновок. Отримані результати показали позитивний вплив комбінованої терапії на артрологічний статус пацієнтів із остеоартрозом та гіперурикемією. Не було відмічено динаміки загальноклінічних показників, що свідчить про можливість безпечного застосування у пацієнтів із супутньою патологією. При застосуванні комбінації хондроїтин сульфата-4,6 та цитратного комплексу відмічалось зниження рівня сечової кислоти, що важливо при лікуванні хворих з гіперурикемією.

Ключові слова: остеоартроз, гіперурикемія, структурно-модифікуючі препарати, хондроїтин сульфат, цитратні комплекси

ВИВЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ

Шуба Н.М., Пилипенко А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. В даний час ведеться активний пошук фармакологічних методів терапії при остеоартриті, основаних на комплексному індивідуальному підході до кожного пацієнта, які мають високу протизапальну активність і хондропротекторну дію з одного боку, і максимальну безпеку- з іншого.

Мета дослідження. Вивчити ефективність і безпеку німесуліді та піаскледину у пацієнтів з остеоартритом.

Матеріали і методи. Нами обстежено 30 хворих на остеоартрит у віці від 26 до 83 років (середній вік $62,9 \pm 2,2$ років). Серед них було 76,7% жінок і 23,3% чоловіків. Тривалість клінічної маніфестації ОА склала $10,6 \pm 0,78$ років. Пацієнти приймали Піаскледин (неомілювані сполуки сої та авокадо) протягом 3-х місяців. Для швидкого зняття больового синдрому і до настання структурно-модифікуючого ефекту Піаскледину, пацієнтам був призначений

німесулід протягом 2-х тижнів. Зроблена оцінка альгофункціональних індексів Lequesne, WOMAC, динаміки больового синдрому за ВАШ. Оцінена динаміка загальноклінічних, біохімічних і імунологічних (IL-1 β , NO, IGF-1) показників. Статистична обробка даних була виконана з використанням пакету статистичних програм Microsoft Excel. Достовірність різниці оцінювали за t-критерієм Стюдента. Різниця вважалася достовірною при рівні ймовірності $p < 0,05$.

Результати. На фоні проведеної терапії, через 3 міс лікування було виявлено статистично достовірне ($p < 0,001$) зменшення болю, скутості, значне поліпшення функціонального статусу, оцінюваних за ВАШ, індексами WOMAC, Lequesne. Для швидкого зняття больового синдрому, пацієнтам був призначений німесулід протягом 2-х тижнів. Клінічна ефективність німесуліду, в першу чергу, зв'язана в статистично достовірному зниженні плазмових рівнів NO з $5,33 \pm 0,72$ до $3,19 \pm 0,34$, а також TNF-у з початкового рівня до лікування $45,6 \pm 14,08$ до $16,26 \pm 1,6$ через 14 днів застосування препарату. Через 3 міс прийому Піаскледину виявлено достовірне зниження ключових медіаторів запалення, таких як IL-1 β , NO ($p < 0,001$) та підвищення IGF-1 ($p < 0,001$), що володіє анаболічною дією. Результати дослідження не показали динаміки загальноклінічних показників під час і після лікування. Відзначено статистично достовірне зниження холестерину з $5,55 \pm 0,19$ до $4,87 \pm 0,16$ ($p < 0,05$) через 3 міс лікування НС сої та авокадо (неомілювані сполуки сої авокадо).

Висновки. В лікуванні остеоартрозу, до настання структурно-модифікуючої дії піаскледину і для швидкого зняття больового синдрому, препаратом вибору є німесулід. Виявлені протизапальні властивості, виражений хондропротекторний ефект, антицитокінова активність визначають високу терапевтичну ефективність Піаскледину, що дозволяє рекомендувати його для лікування пацієнтів з остеоартритом. Враховуючи отримані дані, що свідчать про метаболічну нейтральність та про позитивний

вплив на ліпідний спектр, НС сої та авокадо можуть застосовуватися у пацієнтів з коморбідною патологією.

Ключові слова: остеоартрит, піаскледин, структурно-модифікуючий ефект, німесулід, протизапальний ефект

КОМПЛАЄНС, МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА АТЕРОСКЛЕРОЗ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Рибицька М.О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Кардіоваскулярні захворювання (КВЗ) - найбільш часті ускладнення цукрового діабету (ЦД) 2 типу, в основі яких лежить розвиток атеросклерозу.

Мета. Метою дослідження є оцінити роль прихильності до призначеної терапії (комплаєнсу) у вираженості атеросклерозу (АС) в хворих на ЦД 2 типу з метаболічними порушеннями.

Матеріали та методи. Ми проаналізували анамнестичні дані 105 хворих на ЦД 2 типу (50 жінок і 55 чоловіків, віком $(52,90 \pm 7,80)$ роки). В 1 групу увійшли 32 пацієнта з комплаєнсом вище 80%, у 2 групу - 47 пацієнтів з комплаєнсом від 50 до 80%, в 3 групу - 26 пацієнтів з комплаєнсом менше 50%. Оцінено динаміку протягом 2 років артеріального тиску (АТ), ХС-ЛПНЩ, С-реактивного білка (СРБ), сечової кислоти (СК), HbA1c; ультразвукове дослідження (УЗД) сонних артерій (СА). Статистичний аналіз був проведений за допомогою SPSS Statistics.

Результати. У ході дослідження було виявлено, що середня товщина комплексу інтима-медіа (ТКІМ) в 2 і 3 групах $(0,87 \pm 0,14)$ і $(0,92 \pm 0,14)$ мм, відповідно, достовірно вища показників в 1 групі $(0,79 \pm 0,18)$ мм ($p < 0,05$). Середній рівень ХС-ЛПНЩ в 3 групі $(4,32 \pm 1,41)$ ммоль/л достовірно вище показника 1 групи $(3,42 \pm 1,11)$ ммоль/л; середні показники АТ в динаміці в 2 і 3 групах $(138,25 \pm 13,67 / 85,28 \pm 6,71)$ і $(143,78 \pm 13,65 / 86,09 \pm 8,19)$ мм рт.ст., відповідно, були статистично вищі, ніж в 1 групі $(129,64 \pm 12,31 / 79,84 \pm 5,81)$

мм рт.ст. ($p < 0,05$). Середні показники СРБ і СК також були вищі в 3 групі, але статистичних рівнів не досягли. У 2 і 3 групах близько 80% пацієнтів мали ТКІМ $> 0,9$ мм, тоді як в 1 групі - 46,8%; атеросклеротичні бляшки були виявлені у 76,9% пацієнтів 3 групи. Також, в 3 групі 7,7% пацієнтів в анамнезі перенесли інфаркт міокарда (ІМ), тоді як в 1 групі таких пацієнтів виявлено не було.

Висновок. Виявлено, що у пацієнтів з недостатньою прихильністю до призначеної терапії (комплаєнс менше 80%) захворювання на ЦД 2 типу супроводжується більш вираженими метаболічними порушеннями та частим виникненням АС з можливим розвитком ІМ. Ведення пацієнтів з ЦД 2 типу вимагає поліпшення контролю виконання лікарських рекомендацій з метою профілактики ускладнень КВЗ.

Ключові слова: цукровий діабет 2 типу, комплаєнс, атеросклероз, метаболічні порушення, товщина комплексу інтима-медіа

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ ЗА УМОВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Садовий О. С.

Одеський національний медичний університет

Вступ. За даними ВООЗ відзначається значне зростання захворюваності на цукровий діабет (ЦД) з тенденцією поступового збільшення пацієнтів із гіперглікемією, в тому числі й таких пацієнтів, які є резистентними щодо утилізації глюкози. Виходячи з цього набуває медичної та соціальної значущості експериментально-клінічні заходи, спрямовані на визначення механізмів розвитку цієї патології, її можливих ускладнень та супутніх обтяжень, а також спрямовані на підвищення ефективності їх лікування із застосуванням комплексних схем патогенетично обґрунтованої фармакологічної корекції.

Мета дослідження. З'ясування особливостей орієнтовної та умовно-рефлекторної поведінки тварин при відтворенні ЦД та визначення

особливостей маніфестації когнітивних функцій у хворих на ЦД.

Матеріали і методи дослідження. Експериментальну модель ЦД відтворювали одноразовим введенням стрептозотоцину (СТЗ, 60 мг/кг). Протягом наступного терміну (12 тижнів) реєстрували особливості умовно-рефлекторної поведінки тварин, їх здатність щодо формування умовної реакції активного уникнення (УРАУ). Обстежено було 40 хворих на ЦД II типу, з анамнезом захворювання більше 5 років, у яких оцінювали здатність запам'ятовувати теперішні та минулі події, а також можливі об'єми інформації, здатні щодо запам'ятовування.

Результати. Щури із експериментальним ЦД на 8-му тижні досліду потребували суттєво більшу кількість суміщень умовного і безумовного стимулів порівняно з контрольними показниками ($p < 0.05$). Протягом подальшого терміну з моменту ін'єкції СТЗ відзначали подальше погіршення розвитку УРАУ, що також характеризувалося погіршенням коротко- та довгострокової пам'яті ($p < 0.01$). При обстеженні 40 хворих на ЦД у 29 з них (72,5 %) діагностовано клінічні ознаки гіпомнезії.

Висновки. З терміном перебігу ЦД за експериментальними даними та клінічними спостереженнями відзначено розвиток когнітивних дисфункцій, що, по-перше, погіршує перебіг основного захворювання та знижує якість життя таких хворих, та, по-друге, потребує включення при комплексному їх лікуванні препаратів з ноотропними властивостями, зважаючи на патогенетичну обґрунтованість подібної комплексної фармакотерапії.

Ключові слова: цукровий діабет, когнітивні порушення

СИСТЕМЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИССИНХРОНИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫ ДИАБЕТОМ

2-ГО ТИПА

Руденко Т.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Вступление. Системы интеллектуальной поддержки (СИП), являются средством отображения информации и решением широкого круга поставленных пользователем задач, создавая адаптированные алгоритмы, учитывая личностные особенности. Популярность в медицинской сфере объяснима удобством в использовании не только в аварийных и экстремальных ситуациях, но и для принятия автоматизированных решений в повседневной жизни.

Цель. Разработка экспертной системы диагностики диссинхронии сердца (ЭСД ДМ) у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материалы и методы. В исследование включено 58 больных сахарным диабетом 2-го типа в сочетании с ишемической болезнью сердца. Средний возраст пациентов $53 \pm 3,4$ лет. Контрольная группа составила 20 практически здоровых лиц. Наличие ДС определяли по уширенному QRS > 120 мс с помощью электрокардиографии а также регистрировали согласно соответствующим методикам, с использованием M-Mode-режима, импульсно-волновой доплерографии, спектральной тканевой доплерографии. Наличие СД 2-го типа диагностировалось согласно рекомендациям ВООЗ. Данные вносились в ЭСД ДМ.

Результаты. Структура ЭСД ДМ соответствует классической структуре автоматизированной системы обработки данных и принятия решений. Входные параметры проходят предварительную обработку - фазификацию. Для каждого параметра используется соответствующая «функция принадлежности», которая может быть задана таблично, аналитически или графически. Как результат получается нечеткая оценка данных параметров, которая отображает степень выраженности патологии.

Выводы. Использование искусственных нейронных сетей на основе нечеткой логики имеет ряд положительных сторон, среди которых простота и гибкость их разработки, надежность анализа и обработки. Все это является эффективным инструментом в практической медицине.

Ключевые слова: системы интеллектуальной поддержки, диссинхронии сердца, сахарный диабет

КЛІНІКО-ВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ДОКАЗИ РОЗВИТКУ ПАРКІНСОНІЗМУ

Трофіменко Р. В.

Одеський національний медичний університет

Вступ. Хвороба Паркінсона (ХП) є однією з найбільш поширених хронічних нейродегенеративних захворювань, що характеризується стрімким прогресуванням клінічного перебігу. Частота захворюваності ХП становить від 60 до 187 на 100000 населення. Інші дані свідчать про 100 до 250 випадків на 100000 населення, суттєво збільшуючись з віком пацієнтів, сягаючи 1700 випадків на 100000 населення серед пацієнтів у віці понад 65 років. За даними Робочої групи по вивченню ХП (The Working Group on Parkinson Disease), у 2013 році в світі налічувало 6.6 млн хворих на ХП, вік 89% з яких перевищував 50 років.

Мета дослідження. Підвищення ефективності діагностики при клінічному обстеженні хворих зі скаргами, які дозволяють припустити наявність ХП.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 37 хворих віком 44.8 ± 4.2 років з підозрою на ХП. З діагностичною метою, а також для об'єктивізації функціонального стану сегментарних структур спинного мозку і контролю за ефективністю лікування використовувалися методи електроміографії (ЕМГ) і електронейромиографії (ЕНМГ).

Результати. У 14 (38 %) обстежених пацієнтів відзначалося підвищення сухожилкових і періостальних рефлексів з розширенням рефлексогенних ділянок. Зміни в руховій сфері у обстежених пацієнтів поєднувалися з порушенням м'язового тону, який проявлявся гіпотонією у 4 пацієнтів (10,8 %), екстрапірамідною (7 пацієнтів, 19 %) та пірамідною гіпертонією у 5 пацієнтів (13,5 %). У пацієнтів з моторними розладами реєстрували наявність інших екстрапірамідних розладів - поєднання тремору з м'язовою гіпертонією

(6 хворих, 16 %). Підтвердженням виявлених рухових розладів є результати ЕМГ- і ЕНМГ-досліджень, які встановили посилення потенціалів спокою (у 21 хворого, 57 %), наявність залпів патологічної м'язової активності (у 13 хворих, 35 %) і пароксизмальних проявів (у 9 хворих, 24 %). В обстежених хворих виявлено акінетико-ригідну (13 пацієнтів, 35 %) і тремтливо-ригідну (21 пацієнт, 57,5 %) форми захворювання. У 3 хворих діагноз ХП було виключено.

Висновки. В звичайній поліклінічній практиці або роботі сімейного лікаря, зазвичай, подібні хворі з таким арсеналом скарг потребують ретельного обстеження із застосуванням опиту, клінічних та лабораторних методів обстеження, серед останніх важливе значення мають методи нейровізуалізації, які надають об'єктивну інформацію та дозволяють провести диференціальну діагностику, та іноді виключити «страшний» діагноз.

Ключові слова: паркінсонізм, діагностика, електронейроміографія

БІОФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ СТВОРЕННЯ СУПОЗИТОРІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ТА ПРОКТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Малецька З. В., Давтян Л. Л.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. У зв'язку з істотним підвищенням стійкості мікроорганізмів до дії антимікробних препаратів, в медичній практиці надзвичайно актуальним є пошук ефективних субстанцій та створення нових, інноваційних лікарських засобів на їх основі. У даному аспекті нові перспективи відкриває наносрібло.

У невеликих концентраціях срібло безпечно для організму людини, але проявляє руйнівну дію по відношенню до більшості бактерій і вірусів, тому вже багато років активно використовується для знезараження води і боротьби з інфекціями.

Дослідженнями авторів встановлено, що колоїдне срібло впливає на віруси (наприклад, віруси герпесу), патогенні бактерії і гриби (наприклад мікози). Крім того колоїдне срібло ефективно проти таких небезпечних збудників хвороб як *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Salmonella typhi*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella pneumophila*, *Escherichia coli*, *Candida albicans* і багатьох інших не менш небезпечних. Колоїдне срібло - це один з кращих універсальних природних антибіотиків і антисептиків, що дає можливість використовувати даний продукт для внутрішнього і зовнішнього застосування. Спектр впливу колоїдного срібла поширюється на 650 видів бактерій.

Метою роботи стало обґрунтування методології створення супозиторіїв із вмістом колоїдного срібла для лікування гінекологічних та проктологічних захворювань.

Першочерговим завданням при створенні супозиторіїв стало обґрунтування вибору носія, який повинен забезпечити таку технологію виробництва, яка максимально відповідає фізико-хімічним властивостям активної речовини і вимогам виробника; забезпечує контрольоване вивільнення лікарської речовини у місце розчинення та всмоктування. Існує низка факторів, що визначає вибір основи, зокрема природа активної речовини, технологічні особливості виробництва та характеристики вивільнення.

В зв'язку з цим, нами обрані наступні моделі гідрофобних супозиторних основ: (твердий жир, кулінарний жир, суппорин-М, імхаузен, вітепсол – Н, супоцир – AS₂).

На даний час проводяться мікробіологічні дослідження, щодо вивчення залежності антимікробної активності препарату від використаної супозиторної основи.

Ключові слова: наносрібло, технологія виготовлення, супозиторії, антимікробна активність

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАРАПРОКТИТУ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ КОЛАГЕНОВОЇ ПЛІВКИ

Борн Є.Є.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Частота рецидивів після операції з приводу хронічного парапроктиту за статистичними даними становить від 8% до 50%. Це зумовлено тим, що традиційні методики хірургічних втручань не забезпечують надійність та радикальність операції.

Мета роботи. Покращення результатів хірургічного лікування хронічного парапроктиту шляхом використання колагенової плівки “Permacol”.

Матеріали та методи. В клініці кафедри за період з 2012 по 2014 рр. прооперовано 39 хворих з хронічним парапроктитом. Вік хворих складав від 25 до 60 років. Чоловіків було 16 (41%), жінок-23 (59%) хворих. У 20 (51,3%) хворих було діагностовано інтрасфінктерні нориці, у 12 (30,8%) трансфінктерні та у 7 (17,9 %) екстрасфінктерні. В залежності від методики хірургічного лікування хворі були розділені на 2 групи. В першій групі у 19 хворих виконувались класичні методики висічення нориць прямої кишки. Другу групу складали 20 хворих яким виконувалась розроблена нами методика хірургічного лікування з використанням колагенової плівки “Permacol”. Сутність операції полягала в тому, що після дослідження нориці чітко визначили її хід, радикально висікли розгалуження в параректальній клітковині і волокнах сфінктера, ліквідували внутрішній отвір з рубцевими змінами, та на його ділянці фіксували клапоть колагенової плівки “Permacol” 20x30x1,5 мм. Операцію завершували дрениванням. В обох групах хворі в післяопераційному періоді отримували: антибактеріальну, протизапальну, антацидну та знеболюючу терапію, перев'язки.

Результати та обговорення. В першій групі термін загоєння післяопераційної рани складав $15 \pm 4,2$ днів, в другій групі $10 \pm 2,1$ дні

відповідно. Віддалені результати впродовж 2 років показали, що серед хворих першої групи у 3 (15%) хворих виник рецидив параректальної нориці. У хворих другої групи за цей період часу рецидивів захворювання не спостерігалось. Такий результат досягнуто за рахунок використання в комплексному хірургічному лікуванні хронічного парапроктиту колагенової плівки “Permasol”, волокна якої являють собою поперечно зв’язаний колаген і еластин позбавлених клітинних структур, жирової тканини. Колагенові волокна є каркасом для васкуляризації та проростання сполучною тканиною, еластин скріплюючи свої волокна підвищує пружність тканин. За рахунок процесу поперечного хімічного зв’язування уплівки “Permasol” є стійкість до атак макрофагів, тканинних та бактеріальних колагеназ, що дає змогу не розсмоктуватись, не деформуватись у тканинах та не потребує видалення при персистуючій інфекції. Дані властивості дають змогу забезпечити постійне закріплення м’яких тканин ділянки хірургічного втручання навіть в присутності бактеріальної інфекції.

Висновок. Використання у комплексному хірургічному лікуванні хронічного парапроктиту колагенової плівки “Permasol”, забезпечує прискорення регенерації тканин на ділянці висіченої нориці, дозволяє скоротити термін лікування та значно зменшує вірогідність рецидивування захворювання.

Ключові слова: хронічний парапроктит, колагенова плівка, хірургічне лікування

УДОСКОНАЛЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ АЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХВИННИХ ГРИЖАХ

Коханевич А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Лапароскопічна трансабдомінальна преперитонеальна (ТАРР) алопластика при пахвинних грижах, яка характеризується малотравматичністю та більш швидкою післяопераційною реабілітацією у

порівнянні з операцією Ліхтенштейна все ширше впроваджується в хірургічну практику. Водночас, частота рецидивів пахвинних гриж після ТАРР складає 3,5-10%. На наш погляд удосконалення ТАРР підвищить ефективність цієї операції і буде сприяти зниженню частоти рецидивів.

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування пахвинних гриж шляхом удосконалення ТАРР.

Матеріали і методи. Проведено аналіз хірургічного лікування пахвинних гриж з використанням ТАРР у 86 хворих віком від 25 до 75 років. Всі хворі були чоловічої статі. Коса пахвиннагрижа спостерігалась у 59,3% хворих, в тому числі пахвинно-калиткова – у 11, пряма у – 35 (40,7%), в тому числі, двобічна - у 9, комбінована (панталонна) пахвинна грижа діагностовано у 16 (19,2%) хворих. В залежності від методики ТАРР хворі були розділені на дві групи. У першій групі (43 хворих) виконували класичну методику ТАРР. В другій групі (43 хворих) –виконували удосконалену нами методику ТАРР. Групи хворих були порівняними за віком та локалізацією пахвинної грижі. При виконанні класичної ТАРР у хворих першої групи після видалення грижового мішка клапоть парієтальної очеревини в нижніх відділах мобілізували на рівні зв'язки Купера та здухвинних судин. Сітчастий імплантат по нижньому краю розмірами 8x12см на рівні зв'язки Купера, здухвинних судин розміщували і фіксували герніостеплером в класичних точках (8-10). У хворих другої групи виконували удосконалену нами ТАРР, яка відрізнялась від класичної тим, що мобілізацію парієтальної очеревини виконували на 3-4см нижче зв'язки Купера та на 3-4см нижче здухвинних судин. Сітчастий імплантат розмірами 12x15см розміщували на 2-3см нижче зв'язки Купера та здухвинних судин. Фіксація сітки герніостеплером була класичною. Операцію завершували дрениванням простру біля сітки поліхлорвініловим дрениванням та закриттям дефекту парієтальної очеревини. В післяопераційному періоді з метою знеболення призначали дексалгін, дренаж видаляли на другу добу після операції.

Результати та обговорення. Безпосередні результати показали, що серед хворих першої групи серома спостерігалася у 2(4,6%), гематома калитки у 3(6,9%), у хворих другої групи відповідно 3(6,9%) та 2(4,6%). Ці ускладнення були ліквідовані консервативними заходами. Віддалені результати лікування були вивчені в строки від 1 до 5 років. Серед 30 обстежених хворих першої групи рецидив пахвинної грижі виявлено у 3(9,6%), а серед 31 обстеженого хворого другої групи рецидиву грижі не спостерігалось. Відсутність рецидиву пахвинної грижі у хворих другої групи пояснюється більш широким перекриттям сітчастим імплантатом слабких місць пахвинної ділянки у порівнянні з хворими першої групи.

Висновок. Удосконалення трансабдомінальної преперитонеальної алопластики шляхом більш широкого перекриття сітчастим імплантатом ділянки між зв'язкою Купера і здухвинними судинами забезпечує надійне закриття слабого місця пахвинної ділянки та попереджує рецидивування пахвинної грижі.

Ключові слова: пахвинна грижа, трансабдомінальна преперитонеальна алопластика, сітчастий імплантат

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Крыжановская И.В., Абдуллаев Р.Я., Винник Ю.А.

Харьковский областной клинический онкологический центр

Вступление. За последние годы XX века отмечена тенденция неуклонного и стабильного роста проксимального рака желудка, при этом аспекты его диагностики продолжают опираться на методико-семиотические подходы, разработанные в середине прошлого века.

Цель. Показать и оценить возможности спиральной рентгеновской компьютерной томографии и ультрасонографии в оценкераспространенностиопухолевогопроцесса при раке верхнего отдела желудка.

Материалы и методы. Анализируемый материал составил 19 пациентов с новообразованиями желудка и 8 человек контрольной группы без патологии. Рентгеновская компьютерная томография желудка проводилась на аппарате " Philips MX 6000 DUAL ", и на ультразвуковых аппаратах экспертного класса, оснащенные мультимодальными датчиками с рабочими частотами от 2,5 до 7,0 МГц. Неизменная стенка желудка выглядела как ровно очерченная линия, с четким внутренним и наружным контуром, толщиной 1,5 - 2,5 мм. В зоне пищеводно-желудочного перехода ее толщина достигает 5 — 6 мм, что объясняется наличием более выраженного мышечного слоя этого отдела, а так же особенностью анатомического расположения желудка (поперечное). Чтобы избежать ошибок, при проведении КТ, целесообразно повторить сканирование при меньшей толщине среза (1 — 2,5 мм) после дополнительного тугого наполнения. При проведении УЗИ во всех отделах желудка, кроме кардиального отдела и дна удавалось дифференцировать трех, реже пятислойную структуру стенки.

Результаты. Основными РКТ-симптомами рака верхнего отдела желудка при использовании РКТ являются: утолщение стенки различной степени выраженности (от 0,7 до 4,5 см.). Основными ультразвуковыми симптомами рака верхнего отдела желудка являются: утолщение стенки различной степени выраженности (от 0,7 до 4,5 см.), нарушении эластичности (ригидность) в месте ее опухолевой инфильтрации, значительное снижение эхогенности стенки, вплоть до анэхогенной, ослабление и отсутствие перистальтики на протяжении более одного анатомического отдела желудка.

Выводы. Следует отметить возможности РКТ и ультрасонографии в выявлении эндофитного рака верхнего отдела желудка в виде симптома утолщения стенки желудка и возможность обнаружить утолщение стенки верхнего отдела желудка на небольшом протяжении, что значительно

облегчает дифференциальную диагностику начальных проявлений рака этой локализации.

Ключевые слова: рака верхнего отдела желудка, компьютерная томография, ультразвуковая диагностика

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗМІН СКЛАДУ ЖИРНИХ КИСЛОТ СИРОВАТКИ КРОВІ У КУРЦІВ

Пікас Г.Б., Пікас О.Б., Брюзгіна Т.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. Куріння - це проблема як самих курців, так і всіх тих, хто навколо них знаходиться. У димі цигарок міститься біля 1900 компонентів, які негативно впливають на організм людини та сприяють зміні еластичності легеневої тканини.

Куріння цигарок є важливим фактором виникнення багатьох бронхолегеневих і серцево-судинних захворювань. Воно відіграє важливу роль у розвитку хронічних неспецифічних захворювань легень (ХНЗЛ), поширеність і тяжкість яких знаходиться у прямій залежності від тривалості і кількості вживання цигарок. В осіб, котрі зловживають курінням, частота ХНЗЛ в 3,71 разу вища, ніж у некурців.

Мета. Оцінити склад жирних кислот (ЖК) ліпідів сироватки крові у здорових осіб, котрі курять, та встановити значення їх змін.

Матеріали і методи дослідження. Нами обстежено 35 (52,2 % із 67) здорових осіб, котрі не курили цигарки (І група, порівняння) і 32 (47,8 % із 67) здорові особи – курці (ІІ група). Обстеження осіб проводили у Київському міському протитуберкульозному диспансері № 1.

У всіх обстежених визначали показники складу жирних кислот фосфоліпідів у сироватці крові на газорідному хроматографі серії «Цвет-500». В основі методу лежить екстракція ліпідів із сироватки крові, виділення фосфоліпідів, метилування і газохроматографічний аналіз жирних кислот на хроматографі серії «Цвет-500» із плазмо іонізаційним детектором в

ізотермічному режимі. Кількісну оцінку складу ЖК ліпідів проводили за методом нормування площ шляхом визначення піків метилових похідних ЖК і їх частки у відсотках (%). Похибка визначення показників становила $\pm 10\%$.

Результати дослідження та їх обговорення. У сироватці крові осіб II групи нами визначено 7 жирних кислот: пальмітинова ($C_{16:0}$), стеаринова ($C_{18:0}$), міристинова ($C_{14:0}$) і маргарінова ($C_{17:0}$) (насичені ЖК), олеїнова ($C_{18:1}$), лінолева ($C_{18:2}$) і арахідонова ($C_{20:4}$) (ненасичені ЖК).

Результати проведених досліджень показали, що у сироватці крові осіб II групи виявлена міристинова ($C_{14:0}$) і маргарінова ($C_{17:0}$) ЖК, чого не спостерігалось в осіб I групи. Кількість міристинової ЖК ($C_{14:0}$) становила ($12,6 \pm 0,7$) % в осіб II групи та свідчила про ендокринні зміни в організмі курця. Поява маргарінової ЖК ($C_{17:0}$) в осіб II групи обумовлена присутністю бактеріальної інфекції в організмі курця і складала ($1,2 \pm 0,2$) %. У здорових осіб I групи маргарінова ЖК ($C_{17:0}$) відсутня.

Кількість пальмітинової ($C_{16:0}$) та стеаринової ($C_{18:0}$) ЖК у курців (II група) вірогідно зменшувалась, $p < 0,05$ (порівняно з особами I групи, де рівень їх дорівнював ($41,9 \pm 0,9$) % і ($15,1 \pm 1,3$) % відповідно). Так, у II групі кількість пальмітинової ЖК ($C_{16:0}$) становила ($32,6 \pm 1,7$) %, що свідчило про деструктивні зміни лецитинової фракції фосфоліпідів крові. Кількість стеаринової ЖК ($C_{18:0}$) дорівнювала ($8,8 \pm 0,9$) % у II групі.

В осіб II групи у сироватці крові відмічається зростання лінолевої ЖК ($C_{18:2}$) до ($25,5 \pm 1,8$) % ($p < 0,05$) порівняно I групою, де рівень її становив ($16,0 \pm 1,4$) %.

Висновки. Куріння цигарок суттєво впливає на склад жирних кислот ліпідів у сироватці крові, що характеризується появою міристинової ЖК ($C_{14:0}$), яка свідчить про ендокринні порушення в організмі, та появою маргарінової ЖК ($C_{17:0}$) в результаті приєднаної бактеріальної інфекції. У курців зменшується рівень пальмітинової ($C_{16:0}$) і стеаринової ($C_{18:0}$) ЖК та

зростає рівень лінолевої ЖК ($C_{18:2}$) внаслідок посиленних процесів перекисного окислення ліпідів під дією цигаркового диму.

Ключові слова: дим цигарок, куріння, жирні кислоти, сироватка крові

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СКЛАДУ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЛІПІДІВ СИРОВАТКИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПОЛІПИ ШЛУНКА

Пікас П.Б., Полінкевич Б.С., Брюзгіна Т.С.

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Вступ. Важливу роль в життєдіяльності організму людини відіграють ліпіди, які є основним структурним компонентом мембрани клітин. При фізіологічних і патологічних процесах в організмі людини відбувається перекисне окиснення ліпідів (ПОЛ), в результаті чого утворюються жирні кислоти (ЖК), які є також складовими елементами клітинних біологічних мембран. Жирні кислоти з коротким ланцюгом (оцтова, пропіонова і масляна) виробляються також у просвіті товстої кишки в процесі бактеріальної ферментації неперетравлених харчових і ендогенних білків (слиз та злучені епітеліальні клітини). Важливою із них вважається масляна кислота, яка є не тільки джерелом енергії для епітеліальних клітин товстої кишки, а впливає на широкий спектр клітинних функцій, підтримуючи гомеостаз кишечника. Рівень масляної кислоти у крові пов'язаний із довго ланцюговими жирними кислотами, оскільки відбувається взаємоперетворення одних жирних кислот в інші завдяки приєднанню чи відчепленню вуглецю.

Мета. Оцінити зміни показників складу жирних кислот ліпідів сироватки крові у хворих на поліпи шлунка.

Матеріали і методи дослідження. В дане дослідження увійшли результати обстеження 35 (53,8 %) здорових осіб (I група, порівняння) і 30 (46,2 %) хворих на поліпи шлунка (II група). У шлунку осіб II групи кількість поліпів становила більше 2-ох. Вік обстежених від 30 до 75 років.

Склад жирних кислот фосфоліпідів сироватки крові вивчали біохімічним методом на газорідинному хроматографі серії «Цвет – 500» із плазмо іонізаційним детектором в ізотермічному режимі. Кількісну оцінку складу жирних кислот ліпідів крові проводили за методом нормування площ шляхом визначення піків метилових ефірів ЖК та їх частки у відсотках (%). Похибка показників складала ± 10 %.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз наших досліджень показав, що у хворих із поліпами шлунка, кількість яких більше 2-ох, підвищувався сумарний вміст ненасичених жирних кислот (в тому числі полі ненасичених (ПН ЖК)) та знижувався сумарний вміст насичених жирних кислот порівняно із здоровими особами. В осіб II групи сума ненасичених жирних кислот зростала до $(64,9 \pm 1,8)$ % ($p < 0,001$) при $(43,0 \pm 2,0)$ % у I групі. Рівень ПН ЖК у пацієнтів II групи зростав до $(49,8 \pm 1,6)$ % ($p < 0,001$) (при $(18,8 \pm 1,8)$ % у здорових осіб) в результаті збільшення кількості лінолевої ($C_{18:2}$) та арахідонової ($C_{20:4}$) ЖК. В осіб II групи рівень лінолевої ($C_{18:2}$) ЖК зростав до $(23,3 \pm 1,0)$ % (при $(16,0 \pm 1,4)$ % у I групі), а рівень арахідонової ($C_{20:4}$) ЖК – до $(21,7 \pm 1,3)$ % (при $(2,8 \pm 0,3)$ % у I групі), $p < 0,001$.

Сума насичених жирних кислот у пацієнтів II групи знижувалась до $(35,1 \pm 1,8)$ %, $p < 0,001$ (при $(57,0 \pm 2,0)$ % у I групі). У сироватці крові осіб II групи з'являлась міристинова ($C_{14:0}$) та маргарінова ($C_{17:0}$) ЖК ($p < 0,001$), які були відсутні у групі порівняння (I). У пацієнтів II групи кількість міристинової ($C_{14:0}$) ЖК становила $(18,5 \pm 1,0)$ %, а маргарінової ($C_{17:0}$) ЖК – $(1,2 \pm 0,3)$ %. Наявність міристинової ЖК у сироватці крові в осіб II групи свідчить про ендокринні зміни в організмі хворих із поліпами шлунка, а поява маргарінової ЖК обумовлена присутністю бактеріальної інфекції. Кількість пальмітинової ($C_{16:0}$) та стеаринової ($C_{18:0}$) ЖК вірогідно знижувалась у пацієнтів II групи (до $(9,6 \pm 1,0)$ % і $(2,8 \pm 0,3)$ % відповідно,

$p < 0,001$) проти осіб I групи, де кількість пальмітинової ЖК складала $(41,9 \pm 0,9) \%$, а стеаринової – $(15,1 \pm 1,3) \%$.

Печінка відіграє важливу роль у метаболізмі ліпідів та в утворенні деяких жирних кислот (зокрема, у синтезі пальмітинової і стеаринової), тому зниження їх рівня у хворих із поліпами шлунково-кишкового каналу є підставою для ствердження про порушення у них функції печінки.

Висновки. Таким чином, у хворих із поліпами шлунка, кількість яких більше 2-ох, склад жирних кислот ліпідів змінений і характеризується зростанням сумарного вмісту ненасичених жирних кислот (в тому числі ПН ЖК) та зниженням сумарного вмісту насичених ЖК, що свідчить про порушення метаболізму ліпідів. Зміни в складі жирних кислот ліпідів сироватки крові у хворих із поліпами шлунка відкривають перспективу для глибшого і ширшого розкриття патогенезу хвороби, завдяки чому можна підвищити ефективність лікування цих пацієнтів шляхом корекції стану жирних кислот.

Ключові слова: жирні кислоти, сироватка крові, поліпи шлунка

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Пшеничний В. І.

Одеський національний медичний університет

Вступ. Механічна жовтяниця є тяжким клінічним станом, який може маніфестувати самостійно у вигляді провідного захворювання або ускладнювати перебіг гострого холециститу (ГХ).

Мета дослідження. Покращення перебігу післяопераційного періоду у хворих на ГХ, ускладнений механічною жовтяницею.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 36 хворих на ГХ, ускладнений МЖ. Пацієнти 1-ї групи (n=20) отримували перед операцією Тивортін («Дарниця»), 16 хворим 2-ї групи за показаннями виконували

мінінвазивні втручання на великому дуоденальному сосочку та лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) в подальшому без призначення Тивортіну. У хворих обох груп досліджували динаміку вмісту уроканінази (УРК), гіалуронідази (ГЛР) та глікозаміногліканів (ГАГ) в крові та тканині печінки.

Результати. Перебіг післяопераційного періоду у всіх пацієнтів 1-ї групи був задовільний. Зареєстровано 2 ускладнення, усунені під час їх знаходження в лікарні. Вміст УРК, ГЛР та ГАГ в крові та печінці хворих були мінімальними. Клінічні та лабораторні показники функціонального стану печінки у хворих цієї групи були задовільними. У 2-й групі відзначено 5 ускладнень. Вміст УРК, ГЛР та ГАГ в крові та тканині печінки 4 пацієнтів цієї групи перевищували нормальні дані ($p < 0,001$) і ті, що були зареєстровані у пацієнтів 1-ї групи ($p < 0,01$). У решти хворих 2-ї групи спостерігали помірне зростання в крові вмісту УРК, ГЛР та ГАГ відносно таких даних у пацієнтів 1-ї групи ($P < 0,05$).

Висновки. Передопераційне призначення Тивортіну та/або інших фармакологічних препаратів з гепатопротективною функцією при лікуванні хворих на ГХ, ускладнений механічною жовтяницею покращує перебіг післяопераційного періоду, суттєво зменшує ризик розвитку випадків печінкової недостатності.

Ключові слова: гострий холецистит, механічна жовтяниця, тивортін

ІНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНА АЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖАХ ЖИВОТА ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ

Сміщук В.В., Лепський В.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. При хірургічному лікуванні післяопераційних гриж живота (ПГЖ) використовують алопластику «onlay» в поєднанні з методикою розділення анатомічних компонентів передньої черевної стінки

(componentseparation), завдяки чому зменшується частота абдомінального компартмент синдрому (АКС) та рецидивування. Водночас, використання такої поєднаної операції не виключає підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) та виникнення АКС (2,4-3,6%). Крім цього, за рахунок широкого контакту сітчастого імплантату з підшкірною основою залишається високою частота місцевих ранових ускладнень, таких як серома (30,8-60,4%), нагноєння (1,5-4,8%), лігатурні нориці (1,2-3%), мешома (0,06-1,6%), що призводить до виникнення рецидивів ПГЖ (10-15%). На наш погляд, використання інтраперитонеальної алопластики у поєднанні componentseparation дасть змогу покращити результати хірургічного лікування ПГЖ.

Мета роботи. Покращення результатів хірургічного лікування ПГЖ шляхом використання інтраперитонеальної алопластики в комбінації з методикою componentseparation.

Матеріал і методи. Проведено аналіз хірургічного лікування 164 хворих з гігантськими ПГЖ віком від 35 до 75 років. Жінок було 106 (64,6%), чоловіків – 58 (35,4%). В залежності від методики операції хворі були розділені на 2 групи. Групи були порівняні за віком, статтю та розмірами ПГЖ. В I групі (82 хворих) – використовувалась методика componentseparation в комбінації з алопластикою «onlay». В II групі (82 хворих) – методика componentseparation у поєднанні з інтраперитонеальною алопластикою. Для алопластики ПГЖ гігантських розмірів у хворих I групи використовували поліпропіленові сітчасті імплантати. У хворих II групи – композитні сітчасті імплантати з антиадгезивними покриттям (просід, паріетекс композит).

Результати та їх обговорення. В ранньому післяопераційному періоді в I групі пацієнтів ВЧТ складав $10 \pm 5,2$ мм рт.ст. ($1,3 \pm 0,7$ кПа), в другій групі ВЧТ $5 \pm 2,1$ мм рт.ст. ($0,7 \pm 0,3$ кПа). Серед пацієнтів I групи після операції у 4 ($4,9 \pm 2,4\%$) виник АКС, який був ліквідований консервативними заходами. У хворих II групи АКС не спостерігався. Місцеві ранові ускладнення: серома –

в I групі у 21 (22,1±4,3%) хворих, в II групі у 6 (8,7±3,4%) хворих; нагноєння післяопераційної рани – в I групі у 10 (10,5±3,1%) хворих, в II групі – у 2 (2,9±2,0%) хворих; мешома – в I групі у 3 (3,7±2,1%), в II групі не було. Віддалені результати вивчені в строки від 1 до 5 років. Серед 62 обстежених хворих I групи рецидив ПГЖ виявлено у 4 (6,5±3,1%), а серед 62 обстежених хворих II групи – у 1 (1,6±1,6%).

Суттєве покращення результатів хірургічного лікування гігантських ПГЖ у хворих II групи у порівнянні з хворими I групи досягнуто за рахунок того, що інтраперитонеальна алопластика у поєднанні з методикою componentseparation дозволяє створити оптимальний об'єм черевної порожнини, не підвищує ВЧТ та виключає контакт сітчастого імплантату з підшкірною основою.

Висновки.

1. Інтраперитонеальна алопластика у поєднанні із методикою componentseparation при ПГЖ гігантських розмірів забезпечує створення оптимального об'єму черевної порожнини без підвищення внутрішньочеревного тиску та виключає виникнення абдомінального компартмент-синдрому.

2. Інтраперитонеальна алопластика у поєднанні з методикою «componentseparation» при ПГЖ гігантських розмірів у порівнянні з алопластикою «onlay» поєднаною з методикою «componentseparation» сприяє значному зниженню частоти сероми з 22,1±4,3% до 8,7±3,4% ($p<0,05$), нагноєння післяопераційної рани з 10,5±3,1% до 2,9±2,0% ($p<0,05$), рецидиву ПГЖ з 6,5±3,1% до 1,6±1,6% ($p<0,05$).

Ключові слова: інтраперитонеальна алопластика, післяопераційна грижа живота

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ БЛОКОВАНИМ СТРИЖНЕМ

Радомський О.А., Рябоконт П.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Внутрішньосуглобові переломи п'яtkової кістки є найбільш несприятливими, а їх традиційне оперативне лікування супроводжується високим рівнем ускладнень і сягає 34%. Майбутнє хірургічного лікування переломів п'яtkової кістки полягає в розробці нових малотравматичних способів, які дозволять зменшити частоту ускладнень та забезпечити стабільність металоостеосинтезу.

Мета роботи. Оцінити рентгенологічні та функціональні результати остеосинтезу внутрішньосуглобових переломів п'яtkової кістки блокованим стрижнем у 28 пацієнтів (30 стоп). З них 3 (10,7%) жіночої статі та 25 (89,3%) чоловіки. Середній вік склав 38,5 років.

Матеріали та методи дослідження. Проводились клініко-функціональні, рентгенологічні методи дослідження. Для передопераційного планування застосовувалась комп'ютерна томографія кісток стопи.

Результати. Діагностовано язикоподібні переломи (класифікація за Essex-Lopresti) у 17 (56,7%) випадків та суглобово-депресивні у 13 (43,3%) травмованих стоп. Переломи визначені як Sanders 2 у 16 (53,3%), Sanders 3 у 14 (46,7%). Виконувалась відкрита репозиція фрагментів п'яtkової кістки через латеральний укорочений дугоподібний розріз та металоостеосинтез блокованим стрижнем та гвинтами за допомогою навігаційних систем. Серед ранніх післяопераційних ускладнень відмічено поверхневий крайовий некроз шкіри периферійних ділянок операційної рани спостерігався у трьох (10%) пацієнтів, який не призвів до подальших ускладнень. Поверхнєве нагноєння ділянки післяопераційної рани виявлено у двох (7,1%), що потребувало лише консервативного лікування. Глибокої інфекції з розвитком остеомієліту не відмічено в жодному випадку. Рентгенологічне обстеження проводили використовуючи бокову, аксіальну та Броденівську проекцію, при цьому оцінювали консолідацію перелому, анатомічні параметри ПК, конгруентність та наявність артрозних змін суглобових поверхонь. Рентгенологічно середній кут Беллера до операції $6,9^{\circ} \pm 12,4$ з мінімальним значенням $-18,3^{\circ}$ та

максимальним $27,9^\circ$. Середній післяопераційний кут Беллера сягнув $29,6^\circ \pm 4,9^\circ$ із мінімальним показником $22,2^\circ$ та максимальним 40° . Середня висота ПК до операції складала $43,8\text{мм} \pm 4,6\text{мм}$, а в післяопераційних вимірах $50,9\text{мм} \pm 4,6\text{мм}$. Середня довжина ПК до операції складала $78,2\text{мм} \pm 14,7\text{мм}$, в післяопераційному періоді $80,7 \pm 6,2\text{мм}$. Ширина травмованої ПК складала $46,7 \pm 5,1\text{мм}$, в післяопераційному вимірі $40,1 \pm 8\text{мм}$. Середній передопераційний кут Беллера достовірно збільшився ($P < 0.05$) при післяопераційному вимірі, а середня передопераційна ширина ПК достовірно зменшилась ($P < 0.05$). Репозиція фрагментів задньої суглобової фасетки ПК оцінена як анатомічна, при наявній сходинці по суглобовій поверхні менше 2 мм, у 26 (86,7%) випадках.

Функціональний результат оцінювався за шкалою AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society Ankle Hindfoot Score). За даною шкалою за балами оцінюються як суб'єктивні так і об'єктивні показники функціонального стану пацієнта та стопи. При сумачії всіх балів отримання 90-100 балів визнавалось як відмінний результат, при 80-89 як хороший, при 70-79 балах як посередній, та менше 70 як незадовільний. Обстежено 93,3% випадків. Середній бал AOFAS при оцінці в 6 місяців сягнув $82,1 \pm 5,7$, при цьому відмічено три відмінних (10,7%), дев'ятнадцять хороших (67,9%), чотири посередніх (14,3%), та два незадовільних (7,1%) результати. Для простоти відмінні та хороші результати об'єднані як позитивні (78,6%), і посередні та незадовільні результати як негативні (21,4%). При оцінці в 12 місяців ми отримали середній показник $83,6 \pm 7,1$, при цьому п'ять відмінних (17,9%), вісімнадцять хороших (64,3%), три посередніх (10,7%), та два незадовільних результати (7,1%). Отже, визнані як задовільні 82,1% та 17,9% як незадовільні результати.

При клініко-функціональні оцінці результатів лікування через 12 місяців не відмічено болю по зовнішній поверхні п'яткової ділянки, що є однією з основних скарг пацієнтів після остеосинтезу пластиною.

Висновок. Розроблений метод остеосинтезу п'яткової кістки блокованим стрижнем при внутрішньосуглобових переломах п'яткової кістки дозволяє отримати позитивні клініко-функціональні результати лікування та мінімізувати рівень післяопераційних гнійно-некротичних ускладнень.

Ключові слова: п'яткова кістка, переломи, остеосинтез, ускладнення

**ПОРІВНЯННЯ МАЛОІНВАЗИВНОГО ПЕРЕДНЬО-ЛАТЕРАЛЬНОГО
ЧЕРЕЗДЕЛЬТОВИДНОГО ДОСТУПА ТА ТРАДИЦІЙНОГО
ДЕЛЬТОВИДНО-ПЕКТОРАЛЬНОГО ДОСТУПА ДЛЯ
НАКІСТКОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ
ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ**

Ковальчук В.М., Ладика В.О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Вибір оптимальної стратегії хірургічного лікування внутрішньосуглобових переломів проксимального відділу плечової кістки є дискусійним питанням. Накістковий остеосинтез пластиною та гвинтами залишається найбільш частим лікуванням вибору. До сьогодні в науковій літературі не існувало доказової бази щодо переваг малоінвазивного передньо-латерального черездельтовидного доступу або традиційного дельтовидно-пекторального доступу щодо функціональних результатів та частоти ускладнень.

Мета. Метою цього проспективного рандомізованого контрольованого дослідження було встановлення впливу хірургічного доступу (передньо-латерального черездельтовидного або дельтовидно-пекторального) на функціональний результат через один рік після оперативного втручання та на частоту аваскулярного некрозу.

Матеріал і методи. Протягом 2007-2012 років у дослідження було набрано 175 хворих (54% жінок) з середнім віком 57,6 років (межі, 37-82 років). 92 пацієнта було рандомізовано в групу дельтовидно-пекторального

доступа (група 1), 83 пацієнта – в групу передньо-латерального черездельтовидного доступа (група 2). Оцінка функціональних результатів проводилась за шкалами Constant та QuickDASH через 1,5; 3; 6 та 12 місяців після оперативного втручання.

Результати. Через один рік після оперативного втручання функціональний результат за шкалою Constant у групі 2 був достовірно вищий ніж у групі 1 (68,5 проти 61,8, $p < 0,05$). Середня амплітуда відведення у групі 1 склала 117° , у групі 2 - 124° ($p > 0,05$). Середня амплітуда згинання у групі 1 склала 114° , у групі 2 - 128° ($p < 0,05$). Середня амплітуда зовнішньої ротації у групі 1 склала 28° , у групі 2 - 40° ($p < 0,05$). Середня амплітуда внутрішньої ротації у групі 1 склала 25° , у групі 2 - 37° ($p < 0,05$). Протягом всіх післяопераційних візитів результати за шкалами Constant та QuickDASH були достовірно вищими у групі 2 ніж у групі 1. Авакулярний некроз спостерігався у 7 пацієнтів з групи 1 та у одного пацієнта з групи 2 ($p < 0,05$). Не було виявлено ознак парезу аксілярного нерва та/або дисфункції дельтоподібного м'язу у жодного хворого.

Висновки. Малоінвазивний передньо-латеральний черездельтовидний доступ забезпечує достовірно вищі функціональні результати у порівнянні з традиційним дельтовидно-пекторальним доступом за умов дотримання правильної хірургічної техніки. Використання даного доступу пов'язано з достовірно більшою частотою авакулярного некроза, що може бути обумовлено його ощадливістю та збереженню кровопостачання головки плеча.

Ключові слова: накістковий остеосинтез, плечова кістка, види оперативного доступу

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ГОМІЛКИ

Ладика В.О., Ковальчук В.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Переломи кісток гомілки зустрічаються часто і становлять від 1.8% до 61.6% від загальної кількості пошкоджень опорно-рухового апарату. Із загальної кількості відкритих переломів до 70% становлять відкриті переломи кісток гомілки, які продовжують залишатися поширеною травмою з високим ризиком такого ускладнення, як інфікування рани.

Мета. Вивчення результатів хірургічного лікування відкритих переломів кісток гомілки та визначення стратегії їх комплексного лікування.

Матеріали і методи. Протягом 2011-2013 рр. у травматологічному центрі Київської обласної клінічної лікарні перебувало на лікуванні 92 хворих з відкритими переломами кісток гомілки. Відповідно до класифікації Gustilo і Andersen (1976), відкриті переломи 1 ст. зареєстровані в 18 випадках, 2 ст. - в 35, 3а ст. - в 26, 3б - в 10, 3с - в 3 випадках. З метою поліпшення результатів лікування ми при відкритих переломах 2-3 ступеня застосовували тактику багатоетапного хірургічного лікування, яка полягала у виконанні первинної і повторної хірургічних обробок, первинної зовнішньої і вторинної внутрішньої фіксації та етапному закритті ран і дефектів м'яких тканин. Первинний зовнішній остеосинтез апаратом виконаний в 60 випадках, але остаточне лікування переломів апаратом АО проводилось тільки в 3 випадках. У 55 випадках через 2-6 тижнів після первинного зовнішнього остеосинтезу та неускладненого загоєння рани, апарат зовнішньої фіксації в 90,6% випадків міняли на пластину, в 9,4% випадків - на цвях. Для закриття значних ран і дефектів м'яких тканин використовували етапні операції.

Результати. Результати лікування вивчені у 76 пацієнтів через 12-36 місяців після травми за допомогою модифікованої шкали оцінки результатів лікування Neer-Grantham-Shelton. Хороші результати зареєстровані у 79%, задовільні у 15%, незадовільні - у 6%. При простих переломах типу Густільо 1-2 ст. консолидація констатована у всіх постраждалих протягом 3-5 місяців, при переломах 3 ст. - протягом 6-12 місяців. При відкритих переломах дефекти м'яких тканин, що вимагають реконструкції, спостерігалися в 10% випадків. При сумнівній радикальності первинної хірургічної обробки,

підозрі на інфікування рани ми виконували повторну хірургічну обробку у 27,7% хворих, причому в 8,3% випадках виконували її неодноразово, поки рана не ставала чистою і не було протипоказань до її закриття. Первинний і відстрочений інтрамедулярний остеосинтез цвяхами виконувався у 11 випадках, пластинами - в 52.

Висновки. Вибір методу стабілізації відкритого перелому кісток гомілки залежить від тяжкості загального стану пацієнта, тяжкості ушкоджень м'яких тканин та складності перелому. При переломах типу Густільо 1-2 для стабілізації переломів можна застосовувати накістковий або інтрамедулярний остеосинтез. При відкритих переломах 2-3 ступеня доцільно застосовувати тактику комплексного багатоетапного хірургічного лікування, що дає можливість в більшості випадків домогтися гарних анатомо-функціональних результатів.

Ключові слова: відкриті переломи гомілки, хірургічне лікування

ЦЕЛІАКІЯ. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ПЕРЕБІГУ

Глогуш І.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Целіакія (глютеніна ентеропатія) – хронічна генетично детермінована аутоімунна Т-клітинно опосередкована ентеропатія, яка характеризується стійкою непереносимістю специфічних білків деяких злаків (гліадину пшениці, секаліну жита, хордеїну ячменю і, можливо, авеніну вівса) з розвитком гіперрегенераторної атрофії слизової оболонки тонкої кишки та пов'язаного з нею синдрому мальабсорбції. В етіології захворювання провідна роль належить білку- глютену (від лат. *gluten* — клей) — група запасуючих білків, виявлених в насінні злакових рослин, особливо пшениці, жита, вівса і ячменю), а основною мішенню служить слизова оболонка тонкої кишки. Захворювання генетично детерміноване, передається за аутосомно-домінантним типом. Описана асоціація целіакії з локусами гена головного комплексу гістосумісності, розташованого на 6-й

хромосомі. Аутоімунна теорія: гліадин зв'язується зі специфічними рецепторами епітеліоцитів слизової оболонки тонкої кишки і як антиген викликає аутоімунну імунозапальну реакцію з вираженою лімфоцитарною інфільтрацією, утворенням специфічних антитіл, порушенням функції тонкої кишки. Нові уявлення про целиакию: тканинна трансглютаміназа (ТТГ) перетворює в гліадині залишки глютаміну в глютамінову кислоту, утворюючи його модифіковані форми. ТТГ — фермент, що присутній в усіх органах і тканинах, каталізує перехресне зв'язування протеїнів, дезамінує пептиди гліадину, отже, підвищує їх спорідненість до HLA-молекул, розміщених на мембранах антигенпрезентуючих клітин. За даними Всесвітньої асоціації гастроентерологів, поширеність целиакії у дорослій популяції більшості країн світу приблизно однакова і становить 1: 100 - 1: 300. Епідеміологічні вивчення в Європі та Сполучених Штатах вказують, що поширеність целиакії серед дітей становить 3-13 / 1000 (1: 300 до 1:80). У клінічній практиці ж, число дітей з діагностовано целиакию складає всього 10% від очікуваної поширеності, а більшість випадків залишаються не діагностованими. Ризик виникнення целиакії в сім'ях, де є хворий на целиакию 1:10. На сьогоднішній день достовірної статистики по целиакії в Україні немає. Отже, проблема целиакії на сьогодні є безсумнівно актуальною.

Захворювання клінічно маніфестує після того, як до раціону харчування дитини вводять злакові продукти, що містять гліадин. Основні клінічні симптоми целиакії у дітей (за даними Всесвітнього товариства гастроентерологів): зниження масо-ростових показників, поліфекалія, стеаторея (80%), чергування проносів та закрепів (4%), діарейні кризи з ознаками дегідратації на тлі нормального випорожнення (5%), синдром порушеного всмоктування I-II-III ст. важкості (90%), синдром ексудативної ентеропатії (10%), анорексія (40%), геморагічний синдром (5%), метеоризм (74%), діарея (91%), болі у животі, м'язова слабкість, роздратованість, гіпопротеїнемія, анемія, герпетиформний дерматит, остеопороз, симптоми

дефіциту фолієвої кислоти.(50%), Дефіцит імуноглобуліну А (1%), алергічні ушкодження шкіри і органів дихання, часті вірусні захворювання.

При тривалому перебігу нерозпізнаної целиакії, внаслідок тривалої інтоксикації організму глютенном, починаються важкі вторинні імунні порушення: інсулінозалежний цукровий діабет, затримка психічного розвитку, хронічний гепатит, артрит за типом ревматоїдного, тиреоїдит, недостатність надниркових залоз, увеїти, стоматити, виразки кишечника, пухлини порожнини рота і шлунково-кишкового тракту, хронічні недиференційовані температурні стани, безпліддя і гінекологічні захворювання, епілепсія і шизофренія. При целиакії на 78% підвищується ризик виникнення раку порожнини рота, кишечника і стравоходу. Ризик цих захворювань знижується після 5 років суворої безглютенової дієти.

Мета. Дослідити дані літератури щодо особливостей діагностики та перебігу целиакії в дітей у наш час. А також ознайомити із клінічним випадком целиакії у дитини, розглянути роль гістологічного дослідження кишечника для диференційної діагностики целиакії та визначення подальшої лікувальної тактики.

Матеріал і методи дослідження. Було проведено огляд літератури за останні 5 років, аналіз історії хвороби. Аналізу підлягали результати додаткових методів дослідження: серологічне дослідження (титр антитіл до ендомізію, тканинної трансглютамінази), генотипування (HLA DQ по алелям DQ2, DQ8), компютерна томографія черевної порожнини з контрастуванням, Ro органів черевної порожнини, УЗД внутрішніх органів, ФГДС, ендоскопія, морфологічне дослідження біоптату слизової оболонки тонкої кишки.

Результати. Хвора 5 років, госпіталізована у педіатричне відділення НДСЛ «ОХМАТДИТ» із скаргами на болі в животі, набряки на нижніх кінцівках, емоційну лабільність, загальну слабкість, часті епізоди вірусних інфекцій. Із анамнезу відомо, що хворіє з грудного віку, обстежувалась: результат серологічних досліджень розцінювався як сумнівний, у центрі метаболічних захворювань, проводилось генотипування, діагностовано -

Целиакию .Дієту регулярно порушує. А також у дитини наявні епісиндром, стійка гіпопротеїнемія (гіпоальбумінемія), периферичні набряки. Загальний стан порушується при приєднанні інфекційних захворювань та нормалізується на фоні лікування і при дотриманні суворої ї аглютенної дієти. Об'єктивно: ІМТ-14,7, у дитини мали місце виражений інтоксикаційний синдром, набряки на нижніх кінцівках, пастозність обличчя, синдром мальабсорбції, гіпопротеїнемія (що потребувала медикаментозної корекції), зниження рівня загального ІГА. План обстеження включав: загально клінічні методи, імунологічні дослідження, ліпідограму, протеїнограму в динаміці, добову протеїнурию, визначення альфа-1-антитрипсину в калі, копрограму. Проводилась компютерна томографія черевної порожнини з контрастуванням, УЗД внутрішніх органів, ФГДС, колоноскопія, морфологічне дослідження, Ро органів черевної порожнини, консультації спеціалістів. На основі результатів у дитини встановлено діагноз: Целиакія, ускладнена ексудативною протеїнвтрачаючою ентеропатією. Хронічний дуоденіт (лімфангіоектазія кишечника). На фоні проведеного лікування стан стабілізувався.

Висновки. Гістологічне дослідження кишкового тракту відіграє важливу роль для діагностики та диференційної діагностики целиакії. Оскільки целиакія – хвороба, яку важко діагностувати. Це пояснюється неспецифічністю симптомів, їх схожістю з іншими захворюваннями і характеризується стійким довічним, тобто таким, що не щезає з часом, не зважаючи на лікування, або без нього, несприйманням глютену.

Ключові слова: целиакія, огляд літератури, діагностика, серологічні дослідження, генотипування, біопсія кишечника

ЗМІНИ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕННОГО КИШКІВНИКА

Мартінова В.В.

Одеський національний медичний університет

Вступ. Актуальність вивчення синдрому подразненого кишківника (СПК) у дітей визначають його частим виявленням у дитячому віці. Концепція СПК припускає, що у розвитку симптомокомплексу захворювання важливим є взаємодія психологічних факторів, вегетативних дисфункцій та моторних порушень різних відділів ішлунково-кишкового тракту.

Мета. Виявлення змін вегетативної нервової системи у дітей з СПК. Під час дослідження вивчені особливості плину вагітності та пологів, постнатального анамнезу у дітей з СПК.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження було включено 27 дітей у віці від 9 до 17 років, які знаходилися на лікуванні у гастроентерологічному відділенні, котрим після ретельного лабораторно-інструментального обстеження був встановлений діагноз СПК. Проведена оцінка начального вегетативного тону за допомогою розробленої О.М.Вейном таблиці оцінок. Усім дітям було проведено електроенцефалографічне (ЕЕГ) дослідження та кардіоінтервалографія (КІГ). Встановлені у процесі дослідження результати порівнювали з нормальними показниками у здорових дітей.

Результати дослідження. У результаті проведеного дослідження було встановлено, що діти з СПК найчастіше народжувалися від вагітності та пологів, що супроводжувалися патологією. У постнатальному періоді у таких дітей було виявлено синдром зригування, виражені кишкові коліки немовлят, підвищена нервово-рефлекторна збудливість. Початок захворювання частина дітей пов'язувала зі стресом. Аналіз ЕЕГ виявив ознаки посилення активності дієнціфального рівня. За даними КІГ встановлено, що у групі дітей зі скаргами на закрепи переважала симпатикотонія, у той час коли у дітей з діареєю – вагусна вегетативна дисфункція.

Висновок. На підставі результатів дослідження стану вегетативної нервової системи у дітей з синдромом подразненого кишківника було доказано наявність порушення регуляції початкового вегетативного тону,

вегетативної реактивності та вегетативного забезпечення соматичних функцій організму.

Ключові слова: вегетативна нервова система, синдром подразненого кишківника, вегетативні дисфункції

ОСОБЛИВОСТІ ЗАПАЛЬНИХ ЗМІН І ПРОЦЕСІВ РЕГЕНЕРАЦІЇ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ПІДЛІТКІВ

Нехаєнко М.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Проблема ранньої діагностики, прогнозування перебігу і лікування дітей з хронічним гастродуоденітом (ХГД) є актуальною у всьому світі, що пов'язано зі значною розповсюдженістю захворювання, його рецидивуючим, прогресивним перебігом, недостатньою ефективністю традиційної терапії та можливістю формування в подальшому і інвалідності і соціально значимої патології у дорослих.

Мета. Виявити особливості перебігу ХГД у підлітків на сучасному етапі.

Матеріали і методи. Виявлені особливості перебігу ХГД потребують ретельного вивчення статистично значимих факторів ризику формування ХГД у підлітків, пошуку альтернативних підходів диференційованих лікувально-реабілітаційних комплексів з метою відновлення рівноваги між факторами захисту та агресії. На сьогодні не підлягає сумніву, що вчасна діагностика захворювання є запорукою успішної його терапії. Актуальною проблемою також є правильний вибір лікування ХГД, особливо при його асоціації з *H.pylori*, адже бактерія має властивість пристосовуватись до мінливих умов існування. Визнання ролі інфекційного фактору у формуванні ХГД зумовила активне вивчення особливостей патогенезу та перебігу як *H.pylori*-асоційованих форм, так і їх комбінацій з лімфотропними вірусами, хламідіями, грибами роду *Candida*. Захист організму від патогенних

інфекційних агентів забезпечується факторами вродженого та адаптивного імунітету. Провідним механізмом запуску вродженого протиінфекційного захисту є виявлення рецепторів розпізнавання образів (pattern-recognition receptors, PRR) молекулярних еволюційно консервативних структур–патоген-асоційованих молекулярних патернов (pathogen-associated molecular patterns) (PAMP) інфекційних агентів. Найбільш відомі PAMP структурні компоненти поверхневої мембрани бактерій: ліпополісахариди (lipopolysaccharide, LPS) Г-негативних бактерій, зимозан грибів. Кожен інфекційний агент характеризується унікальною комбінацією (PAMP), яка взаємодіє з певним PRR макроорганізму, що обумовлює виникнення особливостей запального процесу, асоційованим із етіологічним чинником захворювання. Розкриття молекулярних механізмів неспецифічного захисту вродженого імунітету, зокрема ролі TLR-рецепторів (TLR4), і TLR-аксесуарних молекул (LBP, CD14, MD2), дозволило уточнити значення останніх у розвитку хелікобактерної інфекції у дітей. Саме адекватне збудження PRR обумовлює ефективну ерадикацію патогенного інфекційного агента, репарацію пошкоджених тканин, одужання пацієнта, тоді як недостатня активація PRR може стати причиною розвитку хронізації запалення, а надмірна - виникнення автоімунного процесу. Адже TLR і TLR-аксесуарні молекули мають врегулювати активацію вродженого імунітету і забезпечити зв'язок з набутим імунітетом через антигенпрезентуючі клітини (макрофаги, дентритні клітини). Розуміння функціонування молекулярних механізмів вродженого імунітету, зокрема TLR і TLR-аксесуарних молекул, - найважливіша умова для подальшого вдосконалення методів лікування та профілактики захворювань, у тому числі хронічної *H.pylori*-асоційованого ХГД, особливо при комбінації із вірусами та грибами. Одним з перспективних способів оцінки стану слизової оболонки шлунку (СОШ) є імуногістохімічне дослідження з визначенням маркерів проліферації та апоптозу. Маркер апоптозу білок p53 виявляється в багатьох трансформованих клітинах. Його функції спрямовані на попередження

переносу пошкодженої генетичної інформації від одного покоління клітин іншому, в тому числі за рахунок ініціації апоптозу. Маркер проліферації антиген Ki-67-асоційований з фазами клітинного циклу. Експресія цього білка настає під час пресинтетичної фази, наростає протягом клітинного циклу і різко зменшується у фазі мітозу. Ki-67 не бере участь в репарації ДНК. Тому експресія Ki-67 дає можливість ідентифікувати клітини, які знаходяться у всіх фазах клітинного циклу, крім фази спокою. Закономірності запальних змін і процесів регенерації на різних стадіях їх розвитку слід враховувати в практичній діяльності для об'єктивізації результатів при гастроскопії, заборі та оцінці гастробіоптатов, адже високі показники проліферації в регенеративній зоні і мінімальний рівень апоптозу створюють найбільш ефективні умови для відновлення СОШ і служать основою для гіперпластичних реакцій в цій зоні.

Висновки. Ось чому, перспективним є вивчення особливостей запального процесу при ХГД у підлітків з точки зору співвідношення проліферативної активності клітин епітелію СОШ (Ki-67) і апоптозу (p53), рівню експресії TLR-2 і TLR-4, а також sCD-14 для подальшої оптимізації лікувальних та профілактичних підходів.

Ключові слова: хронічний гастродуоденіт, підлітки, лікування

ОРФАННАЯ ПАТОЛОГИЯ: ИНФАНТИЛЬНЫЙ СИСТЕМНЫЙ ГИАЛИНОЗ

Охотникова Е.Н., Доронина Я.И.

*Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика*

Вступление. Инфантильный системный гиалиноз (Infantile systemic hyalinosi (ISH))- одна из форм системного гиалинового фиброматоза - является редким, смертельно прогрессирующим заболеванием, наследуемым по аутосомно-рецессивному типу, и характеризующийся накоплением гиалинового вещества в различных тканях организма, в том числе в коже,

суставах, костях и внутренних органах. Распространенность данной патологии составляет менее 1 случая на 1 000 000 населения планеты. До 1994 года зарегистрировано 11 больных с инфантильным системным гиалинозом и все они умерли в раннем детстве, в основном, из-за тяжелой диареи, легочных инфекций и сепсиса. С тех пор были зарегистрировано более 150 случаев данной патологии. Уже на первом году жизни развиваются рецидивирующие гнойные инфекции, диарея и выраженный остеопороз. Интенсивные артралгии, контрактуры, с ограничением объема движений в суставах, приводят к неподвижности, развитию застойных явлений в легких и дыхательной недостаточности. В связи с гиалиновой инфильтрацией кишечной стенки и развивающейся энтеропатией, возникает потеря белка и, как следствие, проблемы с кормлением, белково-энергетическая недостаточность, кахексия. Смерть наступает вследствие вторичного сепсиса с полиорганной недостаточностью, обычно, в возрасте до двух лет. Окончательный диагноз подтверждается результатами молекулярно-генетического тестирования. Специфической терапии инфантильного системного гиалиноза не существует.

Цель. Ознакомить с клиническим случаем инфантильного системного гиалиноза у ребенка в возрасте 1 год, 11 месяцев. Рассмотреть основные диагностические критерии, помогающие заподозрить данную патологию для своевременной диагностики и оказания медицинской помощи.

Материал и методы исследования. Обзор отечественной и зарубежной литературы. Оценка клинического случая, данных медицинской документации пациента (мальчик 1 год, 11 месяцев), который находился на обследовании в инфекционно-боксованном отделении для детей младшего возраста НДСБ «ОХМАТДЕТ» с диагнозом «Инфантильный системный гиалиноз». В фенотипе ребенка обращали на себя внимание: широкое лицо, грубые черты лица, гиперплазия десен, высокое небо, короткая шея, широкая короткая грудная клетка, контрактуры локтевых, коленных суставов, суставов кистей, пигментация кожи над суставами, гиперпигментация

мошонки, на руках четки, гигромы кистей, хондромы стоп, локтей, папиллома правого уха, гиперемия участков кожи волосистой части головы, спины, крестца, мелкая папулезная сыпь на лице. Проведены лабораторные (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, иммунограмма, исследование клеточного и гуморального иммунитета) и инструментальные методы обследования (рентгенография суставов; КТ ОГК, ОБП, позвоночника, верхних и нижних конечностей; МРТ суставов; УЗИ органов брюшной полости, Эхо-КГ, ЭКГ; УЗИ ОБП). Ребенок консультирован генетиками, врачами центра орфанных заболеваний. Учитывая данные клинико-лабораторного, инструментального обследования, проводилась дифференциальная диагностика между болезнями накопления, липогрануломатозом Фарбера, генетическими заболеваниями, туберкулезным поражением костно-суставной системы. Для верификации диагноза проведена биопсия пораженной кожи в области спины, латеральной лодыжки левой нижней конечности. Таким образом, подтвержден диагноз: Инфантильный системный гиалиноз, тип наследования - аутосомно-рецессивный. Повторный генетический риск в данном браке 25%.

Результаты. В общем анализе крови отмечается дефицитная анемия, лейкоцитоз без изменения формулы крови, тромбоцитоз, повышение СОЭ. В биохимическом анализе крови выявлено снижение уровня сывороточного железа, повышение уровня СРБ, альфа- фетопротеина. По данным рентгенографии тазобедренных суставов, бедер, голеней, кистей выявлен выраженный равномерный остеопороз. В области суставов визуализируются дополнительные мягкотканые образования. Поднадкостничный перелом метафиза правого бедра, проксимального метафиза левой большеберцовой кости с образованием выраженной реакции консолидации аналогичные изменениям при *osteogenesis imperfecta*). По данным компьютерной томографии позвоночника, верхних и нижних конечностей отмечается незаращение дуги L5, а также дуг всех крестцовых позвонков. В области больших суставов – дополнительные мягкотканые образования.

Определяются переломы проксимальных отделов обеих бедренных костей с признаками выраженного периостального и эндостального костеобразования. По данным магнитно-резонансной томографии голеностопных суставов - значительное количество жидкости в полостях голеностопных и таранно-пяточных суставов с обеих сторон. На уровне голеностопных суставов определяется отек и утолщение длинных разгибателей и сгибателей пальцев, коротких малоберцовых мышц с обеих сторон. По данным ЭХО-КГ отмечалось незначительное увеличение полости левого желудочка. Визуализируется перимембранный дефект межжелудочковой перегородки диаметром 4 мм, частично прикрыт структурами трикуспидального клапана, без признаков легочной гипертензии. Минимально открытое овальное окно. Для верификации диагноза проведена биопсия пораженной кожи в области спины, латеральной лодыжки левой нижней конечности. Патогистологическое заключение: фрагмент кожи и мягких тканей с коллагеновым фиброзом, очагами гиалиноза; участки изъязвления с воспалительной реакцией в подлежащих тканях и наличием капиллярных синусоидов. Таким образом, подтвержден диагноз: Инфантильный системный гиалиноз, тип наследования аутосомно-рецессивный. Повторный генетический риск в данном браке 25%.

За время пребывания в стационаре состояние ребенка оставалось тяжелым по основному заболеванию, развился интестинальный синдром, лабораторно сохранялись признаки анемии смешанного генеза, невысокий лейкоцитоз с лимфоцитарным преобладанием, высокие показатели СРБ. Пациент получал симптоматическую, дезинтоксикационную и регидратационную терапию.

Выводы. Описанный клинический случай инфантильного семейного гиалиноза - первый на территории Украины. Данная патология относится к группе орфанных болезней, развивается преимущественно в раннем детском возрасте и быстро прогрессирует, приводя к тяжелой инвалидизации, часто с фатальными инфекционными осложнениями. Все вышеизложенное требует

от врача-педиатра знания генетической синдромной патологии, а также необходимость мультидисциплинарного подхода в диагностике данного заболевания.

Ключевые слова: врожденные заболевания, гиалиноз, дети

ДІАГНОСТИКА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ФОРМИ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ

Охотнікова О.М., Черниш Ю.Р.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Харчова алергія (ХА) – гіперчутливість до харчових продуктів з імунно-опосередкованим механізмом, обумовленим ІgЕ-залежними і ІgЕ-незалежними реакціями. Гастроінтестинальна форма займає друге місце в загальній структурі ХА (48 – 67%), тому що слизова шлунково-кишкового тракту безпосередньо контактує з харчовими алергенами [1,5]. Симптоми гастроінтестинальної алергії дебютують у ранньому віці. Найпоширеніші харчові алергени у дітей: білки коров'ячого молока, риба та продукти моря, куряче яйце, м'ясо, соя, злаки [4, 6]. ХА є одним з факторів ризику розвитку atopічного дерматиту (АД) у дітей молодшого віку (до 3 років – у 75,7%) [1]. Оскільки ХА і АД – це перші прояви алергічного «маршу» у дітей раннього віку, необхідна їх своєчасна діагностика, для того щоб визначити об'єм адекватної терапії. [3]. Тому питання взаємозв'язку ХА і АД та проблеми діагностики алергічних уражень гастроінтестинального тракту залишаються актуальними [1].

Мета. Ознайомити з клінічним випадком гастроінтестинальної форми харчової алергії у дитини з atopічним дерматитом. Розглянути важливу роль гістологічного дослідження слизових шлунково-кишкового тракту для верифікації діагнозу гастроінтестинальної алергії.

Матеріали і методи дослідження. Оцінка клінічного випадку, даних медичної документації пацієнта (хлопчик А.Н, 2 роки 8 місяців), який знаходився на обстеженні в інфекційно-боксованому відділенні для дітей

молодшого віку НДСБ «ОХМАТДИТ» з діагнозом «Атопічний дерматит, дитяча форма, середньо тяжкий перебіг; затримка росту; вторинна ферментопатія, дизбіоз кишечника; целиакія?; первинна ферментопатія?» зі скаргами на сухість і зуд шкірних покривів, висипання за вушними раковинами, на колінах, ступнях, періодичні спастичні абдомінальні болі, метеоризм, послаблення стулу, пагану прибавку в масі. Проводилась диференційна діагностика між харчовою алергією (її гастроінтестинальною формою), первинним імунодефіцитом, целиакією, метаболічними та ендокринними захворюваннями. Були проведені лабораторні обстеження (загальний і біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, імунограма, дослідження клітинного імунітету, загальний Ig E, рівні специфічних Ig E, гормональна панель, дослідження калу на дисбактеріоз, бактеріальний посів калу на патогенну флору); інструментальні обстеження (УЗД органів черевної порожнини, Ехо-КГ, рентгенографія кистей, ФЕГДС). Під час проведення ФЕГДС з діагностичною метою була взята біопсія слизистої ШКТ. Пацієнт був оглянутий спеціалістами – ендокринологом, неврологом, генетиком центру метаболічних захворювань.

Результати. Відмічено - збільшення в 2 рази вище верхньої межі вікової норми загального Ig G та Ig E; зниження рівня CD33, підвищення рівня CD8, зниження CD4/CD8; в аналізі калу на дисбактеріоз - зниження лактобактерій $< 10^6$ і біфідобактерій $< 10^7$, наявність гемолітичної кишкової палички $1,2 \times 10^8$ (70%). Шляхом ФЕГДС виявлено: ерозивно-зернистий антральний гастрит, зернистий бульбіт, катаральний дуоденіт; шляхом біопсії слизових було доведено що ці зміни характерні для хронічного імуно-алергічного запалення з синдромом мальабсорбції. Були виключені генетичні синдроми, хвороби обміну кислот і ацилкарнітинів, виключена первинна ендокринологічна патологія, встановлена затримка росту соматогенного генезу на 1,4 сигми. При дослідженні рівня специфічних Ig E виявлена гіперчутливість до конкретних харчових продуктів (коров'яче молоко, куряче яйце, рис, кукурудза, мука пшенична, картопля, банан, малина, риба), що

дало змогу визначити адекватний об'єм елімінаційної дієти. На підставі результатів обстеження встановлено діагноз: Харчова полівалентна алергія: змішана форма (атопічний дерматит, хронічна ерозивно-гіперпластична гастроентеропатія) з вторинними мальабсорбцією і дисбіозом кишківника, затримка фізичного розвитку. Була визначена тактика лікування, в результаті якої значно зменшилися клінічні прояви з боку ШКТ (зникнення абдомінального болю, нормалізація випорожнень) та шкірних покривів (зменшення висипань і зуду).

Висновки. Гістологічне дослідження шлунково-кишкового тракту відіграє важливу роль в своєчасній діагностиці гастроінтестинальної алергії, що в свою чергу допоможе визначитися з доцільною терапією. Дослідження специфічних Ig E до конкретних харчових продуктів необхідно для визначення об'єму елімінаційної дієти, правильне дотримання якої полегшить перебіг захворювання.

Ключові слова: гастроінтестинальна алергія, біопсія, атопічний дерматит, Ig E, дієта

ОПЫТ ИЗВЕСТНЫХ ОРГАНИЗАТОРОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА УКРАИНЫ В РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ АПТЕК

Аугунас С.В.¹, Григоруk Ю.Н.², Кирпач А.В.¹

*¹Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика*

*²Винницкий национальный медицинский университет
имени Н.И. Пирогова*

Фармацевтическое дело находится на пике своего динамического развития. Очень важным является тот момент, что с развитием фармацевтического дела в стране внедряются стандарты GPP, впоследствии чего повышается роль социальных функций аптек. На кафедре организации и экономики фармации НМАПО имени П.Л. Шупика реализуется научная

программа «Вернем из небытия память о славных предшественниках», ученые кафедры работают над подготовкой и изданием книг-воспоминаний из серии «Выдающиеся организаторы фармации». На данный момент проведен анализ фармацевтической деятельности в 7 регионах, результаты которые отражены в 7 книгах о выдающихся организаторах Украины, проведено 17 научно-практических конференций посвященных памяти известных в Украине и СНГ организаторах фармации. Книги презентованы с участием научных, практических работников, аспирантов, студентов, интернов в Киеве, Луганске, Полтаве, Ивано-Франковске и других городах Украины. Ретроспективный анализ социальных аспектов деятельности аптек показывает важную роль организации фармацевтического дела в разных регионах Украины, так в настоящее время подготовлена книга-воспоминание друзей, коллег и близких об Александре Григорьевиче Омельченко, как об талантливом организаторе фармации Харьковской области.

Цель исследования заключается в анализе профессиональной деятельности А.Г. Омельченко по обеспечению лекарственными средствами населения, и как о руководителе аптечной службы Харьковской области.

Для достижения целей использовались воспоминания провизоров аптек, аптечных складов и органов управления. Были проанализированы статистические показатели деятельности аптечных учреждений с использованием информационно-аналитических, системных, структурно-логических методов и метода системного подхода.

Для реализации бесперебойного обеспечения населения лекарственными средствами были созданы межбольничные аптеки, аптеки матери и ребенка, готовых лекарственных форм, увеличены ресурсы лекарственного сырья, в том числе за счет культивирования лекарственных растений. Большое внимание уделялось дальнейшему развитию безотказного метода обеспечения населения лекарственными средствами, формированию позитивного морального климата в коллективах аптечных учреждений, повышению ответственности фармацевтических работников за выполнение

своих профессиональных обязанностей. Научные исследования проводились Омельчинком А.Г. в интересах улучшения лекарственного обеспечения детского контингента населения, матерей, профильных лечебно-профилактических учреждений, какие в комплексе с медицинской помощью дали положительные результаты и были использованы Министерством здравоохранения Украины при подготовке соответствующего приказа по организации детских аптек и аптек матери и ребенка во всех регионах Украины.

В наследии преемующих поколений протягивается незримая нить между прошлым, сегодняшним и будущим временем в развитии фармацевтического дела. Результаты фармацевтической деятельности Омельчинко А.Г. являются источником познания фармацевтических работников.

Ключевые слова: организатор фармацевтического дела, выдающийся предшественник, детские аптеки, аптеки матери и ребенка

ОЦІНКА ЗНЕБОЛЮЮЧОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПАРАЦЕТАМОЛУ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АЛЕРГІЧНОГО ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТУ

Нефьодов О.О., Руденко О.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Розсіяний склероз (РС) - захворювання, що проявляється демієлінізацією провідних систем з подальшим склерозуванням вогнищ розпаду деструкції мієліну і утворенням склеротичних бляшок та характеризується хронічним прогресуючим перебігом з ремісіями.

Мета. Експериментальна оцінка знеболюючого потенціалу парацетамолу (150 мг/кг, внутрішньошлунково) за умов експериментального еквіваленту розсіяного склерозу, а саме, експериментального алергічного енцефаломієліту (ЕАЕ), з урахуванням фармакотерапії метилпреднізолоном.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проведенні на білих безпородних щурах, масою 270-320 г. Експеримент складався з 2-х етапів: I етап – вивчення антиноцицептивної активності у інтактних тварин при одноразовому використанні парацетамолу; II етап – реєстрація ноцицептивної відповіді (реакція вокалізації) за умов сформованого ЕАЕ при одноразовому введенні ненаркотичного анальгетика на тлі 5-денної терапії метилпреднізолоном.

Для відтворення ЕАЕ найбільш поширений метод введення енцефалітогенної емульсії внутрішньошкірно в подушечки пальців, в ділянки грудини чи спинки тварин, а також в основу хвоста щурів. Для оцінки антиноцицептивної активності неопіодних анальгетиків використаний метод електричного подразнення кореня хвоста щурів.

Результати. На фоні введення досліджуваного ненаркотичного анальгетика парацетамолу у інтактних щурів максимальний розвиток знеболюючої дії спостерігався на 60 хвилині і складав 139,2% ($p \leq 0,05$) у порівнянні з показниками вихідного стану щодо показників реакції вокалізації. Наступним етапом нашого дослідження стало формування ЕАЕ: пік змін у тварин формувався к 7 дню дослідження та протягом наступних 5 днів щури отримували метилпреднізолон в дозі 3,4 мг/кг. Після проведених досліджень звертає на себе увагу той факт, що анальгетичний потенціал дослідних засобів на фоні терапії метилпреднізолоном був значно зменшеним у порівнянні з показниками інтактних тварин. Так, максимальна знеболююча активність парацетамолу спостерігалась на 90 хвилині (+84,0% ($p \leq 0,5$), після чого поступово знижувалася у порівнянні з показниками вихідного стану.

Висновок. Знеболюючий потенціал дослідженого ненаркотичного анальгетика парацетамолу знижується на фоні моделювання експериментального еквіваленту розсіяного склерозу та фармакотерапії метилпреднізолоном.

Ключові слова: розсіяний склероз, біль, неопіодні анальгетики

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ МІНІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ БОЛЬОВОЮ ФОРМОЮ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ

Новиков Д. В.

Одеський національний медичний університет

Вступ. Перебіг спайкової хвороби очеревини (СХО) спричиняє значні страждання хворим, пов'язані з вираженим больовим синдромом, порушенням функціонування органів черевної порожнини та тазу, що загалом суттєво погіршує їх працездатність, а також якість життя.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування хворих із СПО шляхом застосування схеми комплексної патогенетично обгрунтованої корекції цього патологічного стану шляхом призначення пентоксифіліну (ПФ) та ліпоєвої кислоти (ЛК).

Матеріали і методи дослідження. Обстежено було 32 хворих із больовою формою СПО. Хворим 1-ї групи (n=18) протягом 7 діб перед операцією лапароскопічного адгезіолізису (ЛАЛ) призначали ПФ та ЛК. Хворі 2-ї групи (n=14) за показаннями підлягали ЛАЛ без попереднього фармакологічного лікування.

Результати. Перебіг післяопераційного періоду у хворих 1-ї групи був задовільним. Їм було дозволено вставати та виконувати незначні фізичні навантаження, починаючи з 1-ї доби після операції. Суб'єктивна вираженість больового синдрому дорівнювала в них 1.7 ± 0.3 балів на момент виписки, 1.0 ± 0.2 балів через 6 місяців та 0.3 ± 0.2 бали через 18 місяців після виписки. Перебіг післяопераційного періоду у хворих 2-ї групи також був без ускладнень. Їм було дозволено вставати та виконувати незначні фізичні навантаження через 1-2 доби після операції. Суб'єктивна вираженість больового синдрому у цих хворих становила 4.1 ± 0.5 балів на момент виписки ($P < 0.01$ порівняно з таким показником у хворих 1-ї групи), 2.7 ± 0.3 балів через 6 місяців ($P < 0.01$) та 1.2 ± 0.2 балів ($P < 0.05$) через 18 місяців після ЛАЛ.

Висновки. Покращення якості життя обстежених хворих, відсутність у них больових проявів та запобігання рецидивів спайкоутворення досягається застосуванням запропонованої схеми фармакотерапевтичного впливу із застосуванням ПФ та ЛК.

Ключові слова: спайкова хвороба очеревини, фармакотерапія, хірургічне лікування

ЛІКУВАННЯ ВЕРТИГО

Сулік Р.В., Яворська А.В., Ханенко Н.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

З огляду на поліетіологічність вертиго, однакових підходів щодо діагностики і лікування запаморочення бути не може. Призначення ліків від запаморочення, дозування та тривалість лікування контролюються винятково лікуючим лікарем.

За винятком тих випадків, коли запаморочення є ознакою небезпечного захворювання (наприклад, пухлини мозку) воно не являє особливої небезпеки для життя хворого, проте його наслідки, зокрема падіння і травми можуть бути вкрай небезпечними (Brandt T. Dieterich M., 2004).

Хворим з хронічними формами запаморочення рекомендується адаптувати свій дім і місце роботи до можливих ситуацій. Пацієнт повинен подбати про те, щоб підлоги в будинку були рівно застелені м'якими килимами без складок і перегинів. По можливості переобладнати ванну кімнату: на дно ванни наклеїти спеціальні нековзні гумові прокладки, а полицю з приладдям для ванної встановити в місці, куди він зможе легко дотягнутися сидячи у ванні. В кабіні для душа можливо встановити поручні і стілець. Якщо в будинку є сходи – вони повинні бути обладнані поручнями з двох сторін і пацієнт, піднімаючись по сходах, завжди повинен триматися за поручні, навіть якщо на той момент він не відчуває запаморочення. На нічному столику біля ліжка можна облаштувати нічник, а якщо є можливість то і телефон. Якщо пацієнту потрібно встати з ліжка – він не повинен

поспішати, піднявшись, рекомендовано посидіти на краю ліжка 1-2 хвилини і тільки після цього вставати. Також, рекомендується уникати занять, під час яких вимагається дотримання рівноваги і точний контроль положення тіла в просторі (катання на велосипеді, активні спортивні ігри) (Toruz O., Toruz B., Ardic F.N. et al., 2004).

Вибір тактики лікування запаморочення ґрунтується на етіології захворювання і механізмах його розвитку. У будь-якому випадку терапія повинна бути спрямована на позбавленні пацієнта неприємних відчуттів і супутніх неврологічних розладів (вагус-асоційованих явищ, тривожно-фобічного синдрому). Терапія розладів мозкового кровообігу у вертебробазиллярному басейні визначається причинами його виникнення. Так при атеротромботичних змінах в судинах вертебробазиллярного басейну, у судинах внутрішнього вуха показано судинноактивну терапію, атиагреганти, контроль артеріального тиску і курація супутньої ендокринної патології. У разі розвитку синус тромбозу доцільно розглянути можливість проведення антикоагулянтної терапії гепарином в умовах стаціонару (під контролем активованого часткового тромбoplastинового часу і протромбінового індексу) чи оперативного втручання (Caplan L.R., 2000; Savitz S.I., Caplan L.R., 2005). При екстравазальних компресіях хребтових артерій особливу увагу лікар повинен приділити, у разі виявлення, лікуванню міофасціального синдрому (передній і середній драбинчасті м'язи і нижній косий м'яз голови). Засобами вибору є блокади з глюкокортикоїдами пролонгованої дії, блокади з лідокаїном, міорелаксанти, віт. групи В, судинноактивні препарати, голкорексотерапія, постізометрична міорелаксація, фізіотерапія, лікувальна дихальна гімнастика для зменшення гіперрефлексії з симпатичного сплетення (Brandt T., Bronstein A.M., 2001). При неефективності терапевтичного лікування в терміні 3-6 міс. пацієнтові необхідно рекомендувати МРТ ангиографію хребтових артерій з функціональними пробами і в подальшому вирішувати питання щодо доцільності оперативного втручання з приводу декомпресії хребтової артерії.

Таким чином, лікування вертіго це складна міждисциплінарна проблема, яка потребує детального обстеження хворого з проведенням функціональних проб, лабораторно-іструментального обстеження і спостереження в динаміці. Лише комплексний підхід може забезпечити добрий результат у даного контингенту хворих.

Ключові слова: вертіго, лікування, діагностика

СКАНУЮЧА ЕЛЕКТРОННА МІКРОСКОПІЯ У ДОСЛІДЖЕННІ ТВЕРДОЇ ДИСПЕРСНОЇ СИСТЕМИ МЕЛОКСИКАМУ

Римар М.В., Макіяв Ш.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Дослідження структури та розмірів частинок субстанції є невід'ємною складовою розробки сучасних лікарських препаратів, в тому числі нестероїдних протизапальних засобів. Завдяки високій інформативності, універсальності та простоті широкого застосування набув метод електронної мікроскопії (ЕМ). Електронна мікроскопія має ряд переваг перед іншими методами. В порівнянні з світовою мікроскопією вона володіє набагато вищою роздільною здатністю та глибиною різкості, відносною легкістю в інтерпритації зображень через їх тривимірне представлення. У порівнянні із скануючою зондовою мікроскопією ЕМ дозволяє вивчати істотно більші ділянки поверхні, працювати з сильно рельєфними поверхнями, використовувати значно ширший діапазон збільшень, отримувати інформацію не тільки про поверхні, але і про шари, що знаходяться глибше. Для отримання зображення використовують електронний пучок і від виду електронного мікроскопу ЕМ поділяють на трансмісійну (просвічуючу) та растрову (скануючу), останню використовують для досліджень фармацевтичних субстанцій. На сьогоднішній день ЕМ є важливим методом у вивченні фізичних властивостей фармацевтичних субстанцій, що знаходяться у твердій фазі, тому дослідження твердих дисперсних систем (ТДС) мелоксикму з

гідрофільними носіями (високомолекулярні сполуки, циклодекстрини(ЦД)) з використанням цього методу є актуальними.

Мета. Дослідити ТДС мелоксикаму з β -ЦД та зміну фази субстанції і носія за допомогою методу скануючої електронної мікроскопії (СЕМ).

Матеріали та методи дослідження. ТДС мелоксикаму з β -ЦД, що були приготовані методом співсадження в співвідношенні субстанція-носій 1:2. Фізичні суміші мелоксикаму готували змішуванням в тих самих пропорціях що і ТДС.

Скануючу електронну мікроскопію проводили з використанням скануючого електронного мікроскопа моделі JSM 6060 LA, Jeol, Японія.

Результати. На СЕМ субстанції мелоксикаму спостерігаються частинки неправильної форми, β -ЦД представлений кристалічними агломератами різної форми та розміру. На СЕМ твердих дисперсних систем мелоксикаму з β -ЦД видно формування нових утворень – однорідних частинок анізодіаметричної форми та різного розміру – від 0,5 до 5 мкм, що відрізняються від чистої субстанції та від носія. Частинки характеризуються гладкою поверхнею, яка обумовлює високу сипучість ТДС.

Висновки. Скануюча електронна мікроскопія дозволяє отримувати попередню інформацію про стан фармацевтичних субстанцій та модифікацію їх фізичних властивостей. За допомогою СЕМ нами встановлено, що в ТДС мелоксикаму відбувається зміна фазового стану мелоксикаму та β -ЦД, що дозволяє говорити про можливе підвищення розчинності субстанції.

Ключові слова: електронна мікроскопія, фармацевтичні субстанції, мелоксикам

ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Колосова К.Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. В структурі захворювань слизової оболонки порожнини рота червоний плескатий лишай займає лідируюче положення. Поширеність його, за даними різних авторів, становить від 15 до 35%. Високий рівень захворюваності відзначається в осіб середнього і літнього віку. Можлива пухлинна трансформація, часті рецидиви захворювання спонукають пошук нових, більш досконалих засобів і методів діагностики і лікування червоного плескатоного лишаю слизової оболонки порожнини рота.

Мета. Нами зроблена спроба вивчити ефективність використання нового кортикостероїдного препарату «Ангіноваг» у місцевому лікуванні важких клінічних форм червоного плескатоного лишаю слизової оболонки порожнини рота - ексудативно-гіперемічної та ерозивно-виразкової.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 37 хворих червоним плескатим лишаєм (16 чоловіків і 21 жінка) віком від 22 до 65 років. З них у 21 - діагностована ексудативно-гіперемічна форма, у 16 - ерозивно-виразкова. Тривалість захворювання становила від 4 місяців до 3-х років. У 28 хворих виявлена супутня патологія - неврози, хронічна патологія ШКТ (гастрит, коліт, холецистит). Хворим червоним плескатим лишаєм незалежно від форми захворювання та супутньої патології проводилося лікування системних захворювань у відповідних фахівців. Всім пацієнтам призначалося традиційне комплексне лікування з включенням вітаміну А (внутрішньо і місцево), вітамінів групи В (В₁, В₆, нікотинової кислоти), гліцину (оскільки превалював неврогенний фактор), антигістамінних препаратів. Місцеве лікування полягало в усуненні дратівливих факторів (шліфування гострих країв зубів, виключення різнойменних металів у порожнині рота, раціональне протезування), санації порожнини рота. Для обробки вогнищ ураження використовували спрей «Ангіноваг», до складу якого входить гідрокортизону ацетат, лідокаїну гідрохлорид, еноксолон, тиротрицин, масло ананасове та інші інгредієнти. «Ангіноваг» об'єднує у своєму складі речовини протизапальної, анальгетичної, антибактеріальної і антисептичної дії, що забезпечує комплексну патогенетичну терапію

запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота. Курс лікування становив 5-7 діб. Рекомендували аплікації кератопластиків на уражені ділянки.

Результати дослідження. Результати лікування оцінювали на підставі даних анамнезу і клінічних показників - усунення симптомів захворювання, часу настання ремісій, нормалізації загального стану.

Повторно було обстежено 23 пацієнта: 13 - з ексудативно-гіперемічною і 10 – з ерозивно-виразковою формою червоного плескатою лишаю у терміни від 6 місяців до 1 року.

Ефективність комплексного лікування червоного плескатою лишаю з включенням спрею «Ангіноваг» підтверджувалася усуненням больового синдрому, гіперемії і набряку, швидкою епітелізацією ерозивно-виразкових ділянок, повним або частковим зникненням вузликових елементів, попередженням рецидивів захворювання.

Стабільні клінічні результати отримані у 84% хворих з ексудативно-гіперемічною і у 78% пацієнтів – ерозивно-виразковою формою захворювання.

У віддалені терміни спостереження (через 1 рік) у пацієнтів з позитивним клінічним результатом рецидиву захворювання не спостерігалось.

Висновки. Запропонований метод комплексного лікування червоного плескатою лишаю слизової оболонки порожнини рота на тлі цукрового діабету 2 типу з місцевим використанням спрею «Ангіноваг» відкриває нові перспективи терапевтичної стратегії захворювання.

Ключові слова: червоний плесканий лишай слизової оболонки порожнини рота, лікування, глюкокортикоїди

ГІГІЄНИЧНИЙ СТАН ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ТИМЧАСОВІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З МАЛИМИ ВКЛЮЧЕНИМИ

ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДУ НА ЧАС ІМПЛАНТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Переходюк І.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Вагомою складовою успішності дентальної імплантації являється високий рівень гігієни порожнини рота. Ретельне дотримання пацієнтом правил догляду за ротовою порожниною сприяє зменшенню ризику ускладнень та покращує віддалені результати імплантологічного лікування. Підбір методів та засобів індивідуальної гігієни порожнини рота корегується на етапах дентальної імплантації в залежності зміни стоматологічного статусу. Враховуючи, що при імплантологічному лікуванні виникає необхідність тимчасового заміщення дефекту зубного ряду різними конструкціями, з моменту видалення зубів до кінцевого протезування, то під час складання схем гігієнічної обробки порожнини рота потрібно приділити значну увагу вибору тимчасових зубних протезів та доглядові за ними.

Мета. Провести оцінку ефективності запропонованих гігієнічних програм з урахуванням конструктивних особливостей протезів при тимчасовій реабілітації на час імплантологічного лікування.

Матеріали і методи дослідження. В дослідженні взяли участь 42 пацієнта у віці від 18 до 60 років з малими включеними дефектами зубного ряду. Після проведення комплексу гігієнічних заходів на підготовчому етапі, пацієнтам встановили дентальні імплантати за двоетапною методикою. На час імплантологічного лікування наявні дефекти заміщували тимчасовими зубними протезами. Досліджувані розподілені на 3 групи спостереження: - I група представлена пацієнтами, яким дефекти зубних рядів заміщувалися тимчасовими незнімними конструкціями; - II група – знімними протезами; - III група(контрольна) - тимчасова реабілітація не проводилась. Догляд за порожниною рота у контрольній групі проводився згідно традиційних схем. Для визначення ефективності розробленого комплексу гігієнічних заходів для I та II груп проводили оцінювання: гігієнічного стану порожнини рота

клінічно, за спрощеним індексом ОНІ-S(Green-Vermillion,1964) та за індексом (РНР) (Podsliadley, Haley, 1908), рівня інтердентальної гігієни за спрощеним індексом АРІ(Lange et al.,1990), стану тканин пародонту за індексом РМА в передопераційний період, через 1міс, 3 міс.

Результати. Після підготовчого етапу лікування гігієнічний статус пацієнтів у всіх групах був приблизно однаковий: індекс гігієни ОНІ-S в середньому становив $1.1 \pm 0,1$, індекс РНР= $0,6 \pm 0,08$, що відповідає хорошему рівню гігієни, індекс АРІ= $25\% \pm 2,7\%$. В цілому можна відмітити успішність запропонованих алгоритмів гігієнічних заходів для дослідних груп в порівнянні з контрольною, що підтверджується показниками індексів. Загалом у I групі спостерігали добрий рівень гігієни порожнини рота. Лише у 31% пацієнтів на тимчасових протезах відзначили зубні відкладення, а рівень індексу Green-Vermillion коливався у межах $1,68 \pm 1,1$, коли в середньому в даній групі $-0,9$, (контрольна-1,3) а індекс АРІ становив= $36\% \pm 3,5\%$, середнє групове значення - 28% (контрольна-31%). Отримані показники індексу РМА, що в середньому сягав 16% підтвердили наявність запалення ясен(контрольна група -23%). Задовільний рівень гігієни порожнини рота у II- дослідній групі повністю відповідав отриманим індексним показникам. Хоча тільки у 15% обстежених пацієнтів даної групи на знімних протезах спостерігали зубні відкладення, що можна пояснити більшою гігієнічністю знімної конструкції порівняно з незнімною, але середні значення індексів ОНІ-S, РНР, АРІ незначно перевищували аналогічні показники груп зіставлення. Ступінь запалення ясен визначався за індексом РМА, що в середньому сягав 19% в II дослідній групі, свідчив про наявність гінгівіту легкого ступеня тяжкості.

Висновки. Проведене дослідження підтвердило необхідність побудови гігієнічних програм на індивідуальній основі, в зв'язку з цим заходи та засоби гігієни порожнини рота можуть різнитися в залежності від навиків та місцевих умов, таких як конструкція тимчасового протеза та його доступність. Запропонований загальний алгоритм проведення гігієнічних

заходів дозволяє досягти хорошого гігієнічного стану порожнини рота та потребує індивідуалізації. Складання гігієнічних програм, навчання пацієнтів, контроль ІГПР не гарантує ретельного дотримання наших рекомендацій та гігієнічного режиму, тому потрібно приділяти особливу увагу мотивації хворих до регулярного та якісного виконання призначених заходів. Співпраця та розуміння пацієнтом важливості високого рівня ІГПР в комплексі з адекватними професійними гігієнічними заходами сприятимуть довготривалому успішному функціонуванню ортопедичних конструкцій з опорою на дентальні імплантати.

Ключові слова: включені дефекти, дентальна імплантація, тимчасові протези, гігієна порожнини рота, індексна оцінка

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Фелештинська О.Я.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Хронічні періодонтити займають на сьогодні провідне місце у переліку ускладнень карієсу та пульпітів зубів. Тому прогнозованість проведення терапевтичного лікування потребує удосконалення протоколів медичного супроводу.

Мета роботи. Оптимізувати результати лікування хронічних періодонтитів з використанням нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП).

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування хронічних періодонтитів у 24 пацієнтів віком від 18 до 30 років (середній вік склав 23,8). В залежності від методики лікування пацієнти були розділені на дві групи: основну та порівняння. До основної групи було включено 13 пацієнтів, групу порівняння складала 11 пацієнтів. Всім пацієнтам було проведено комплекс терапевтичних заходів, що включав розкриття

причинного зуба, проведення інструментальної та медикаментозної обробки кореневих каналів (за протоколом) та obturaцію кореневих каналів. Основній групі пацієнтів з метою медичного супроводу було призначено перорально НПЗП “Ксефокам” 8 мг два рази на добу протягом 5 днів; групі порівняння для загального лікування препарати не призначали. Результати оцінювали за допомогою візуально – аналогової шкали болю та клінічної симптоматики. Досліджували інтенсивність больового синдрому на першу, третю, сьому добу після початку терапевтичного лікування.

Результати дослідження. Вираженість больового синдрому у пацієнтів основної групи в перший день в середньому склав $3.8 \pm 1,6$, а в групі порівняння - $7.2 \pm 1,3$. На третю добу видно чітку різницю в динаміці покращення стану пацієнтів в основній групі – $1.4 \pm 0,5$, в групі порівняння – $5.3 \pm 1,2$; на сьому добу основна група – $0.4 \pm 0,3$, група порівняння - $2.9 \pm 1,1$. Клінічна симптоматика: пацієнти групи порівняння після початку терапевтичного лікування відмічали появу пульсуючого болю в причинному зубі, біль при накусванні, набряк та гіперемію слизової оболонки навколо зуба. Пацієнти основної групи на фоні прийому НПЗП “Ксефокам” відмічали незначний біль у причинному зубі та повну відсутність болісної перкуторної реакції.

Висновки. Оптимізація комплексного лікування хронічних періодонтитів, використовуючи НПЗП значно покращує результати лікування, зокрема зменшення інтенсивності больового синдрому, у порівнянні з традиційними методами лікування.

Ключові слова: хронічний періодонтит, не стероїдні протизапальні засоби

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Воробйова М. П., Бакуменко І. К.

Одеський національний медичний університет

Вступ. Розсіяний склероз (РС) - прогресуюче демієлінізуюче захворювання ЦНС, що вражає осіб молодого віку і призводить до інвалідності. Є чіткі вказівки про нозогеографічні закономірності поширення цього захворювання.

Мета дослідження. Для виявлення закономірностей розвитку та поширеності РС на півдні України вивчено стан цієї проблеми в Одеській області.

Матеріал і методи дослідження. Одеська область (33310 км²) становить 5,5% площі України і має значну протяжність з півночі на південь. Північно-західні райони обмежені берегами двох великих європейських річок (Дунай, Дністер), східні - Чорним морем. Через неї проходить 48 паралель, яка умовно розділяє зони високої і низької захворюваності РС. Потенціал сонячної енергії України максимальний в I зоні Півдня Одеської області (до 1350 кВт-год/км²). Клімат - вологий, помірно континентальний, поєднує риси континентального і морського. Всі найбільші озера України площею 389 км², п'ять лиманів (з дев'яти) - площею 850 км², басейни Дунаю, Дністра, притоки Південного Бугу, «плавні» Дністра, а також 200 річок розташовані в південних регіонах Одеської області. Велика частина території Одеської області відноситься до степової зони і відповідає Причорноморській низовині. На півночі є лісостепова зона, де розташовані відроги Подільської височини.

Результати. Населення області дорівнює 2 385433 людини. Міське населення - 65,3%. Щільність населення значно перевищує всі міста країни - 6314,4 людини на 1 км². Показники поширеності РС збільшилися (у 1,7 рази) в підзоні низинного Задністров'я - 21,4 на 100 тисяч, а також в сухостеповій підзоні приморської рівнинної області (в 1,3 рази) - 18,4 на 100 тисяч населення. За 40-річний період поширеність РС в Одеській області збільшилася в 5,3 рази. Частіше хворіють жінки: в 1,8 рази (1974), в 1,5 рази (1992), в 2,0 рази (2014).

У лісостеповій природній зоні поширеність РС в 1,2 рази вище порівняно з показниками десятирічної давнини. Аналогічні показники зареєстровані в районах низинного Задністров'я приморської смуги. Мінімальна поширеність РС зареєстрована в лісостеповій та степовій зонах центральної частини області (17,6), а також в північностеповій зоні західних районів (19,3).

Висновки. Виявлено певні закономірності поширеності РС в Одеській області. Визначені низка чинників кліматогографічного характеру, що впливають на епідеміологію захворювання.

Ключові слова: розсіяний склероз, кліматогографічні чинники, епідеміологія

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ТА ОРГАНІЧНИХ РУХОВИХ РОЗЛАДІВ

Павлишина Н. М.

Одеський національний медичний університет

Вступ. Рухові розлади є важливою проблемою сучасної неврології. Чинниками розвитку рухових розладів є хронічна ішемія головного мозку (ХІГМ) та синдром вегето – судинної дистонії (СВД).

Мета дослідження. Розрахувати треморометричний індекс (ТІ) в різних групах пацієнтів для проведення диференційної діагностики між функціональними та органічними руховими розладами.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 46 пацієнтів на базі кафедри неврології ОНМедУ у віці від 30 – до 55 р., які були розподілені на групи: першу групу склали пацієнти з СВД – 25 осіб, другу групу – пацієнти з ХІГМ – 21 особа. Була обстежена 3 контрольна група – 10 практично здорових людей.

У всіх пацієнтів досліджувався стан вегетативної нервової системи (ВНС) за допомогою таблиць 24 стигми та розрахунку індексу Кердо. За переважанням тонусу ВНС пацієнти були поділені на підгрупи: ваготонія,

симпатикотонія, еутонія. За допомогою датчика тремометра у всіх пацієнтів розраховувався ТІ.

Результати. ТІ у контрольній групі пацієнтів = $0,7 \pm 0,05$. У групі ХІГМ середні значення ТІ = $2,2 \pm 0,1$. При ваготонії значення ТІ були найменшими ТІ = $2,0 \pm 0,05$. При еутонії = $2,2 \pm 0,05$. При симпатикотонії ТІ = $2,5 \pm 0,05$ і був найвищим. У групі СВД середні значення ТІ = $1,43 \pm 0,5$. При ваготонії значення ТІ знову виявилися найменшими ТІ = $1,0 \pm 0,05$. При еутонії = $1,3 \pm 0,05$. При симпатикотонії ТІ = $1,7 \pm 0,05$ і знову опинився найвищим.

Висновки. На інтегральні показники тремору в першу чергу впливає стан ВНС, особливо її симпатичного відділу. У пацієнтів з ваготонією показники ТІ найменші (1,0-2,0), при симпатикотонії показники ТІ мають найвищі значення (1,7-2,5), що свідчить про розвиток дезадаптаційних тенденцій моторних компонентів внаслідок їх переходу від функціональних порушень ЦНС (1 група) в органічні (2 група).

Ключові слова: функціональні рухові порушення, органічні рухові порушення, диференційна діагностика

РИЗИК ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ІНСУЛЬТУ ПРИ ОПЕРАЦІЇ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТУВАННЯ

Бабкіна Т.М., Носенко Н.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. У зв'язку із великою кількістю хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) – спостерігається велика кількість пацієнтів, що потребують хірургічного лікування даної патології. Проведення операції аорто-коронарного шунтування(АКШ) пов'язане із великим ризиком порушення мозкового кровообігу при супутньому атеросклеротичному ураженні інтракраніальних судин. Відповідно, перед проведенням операції реваскуляризації методом АКШ є доцільним вчасне виявлення пацієнтів, що мають високий ризик інтраопераційного інсульту.

Мета. Виявити пацієнтів що мають високий ризик інтраопераційного інсульту яким планується проведення реваскуляризації методом АКШ.

Матеріал і методи дослідження. Транскраніальне дуплексне сканування (ТКДС) і ультразвукове дослідження судин шії проводилося 148 пацієнтам із ІХС підтвердженою коронароангіографією. Всі пацієнти мали покази до реваскуляризації. Виділена група пацієнтів похилого віку із зниженою фракцією викиду (<35 %) по даним Ехо КГ, із стенозом сонних артерій < 50% за даними ультразвукового дослідження. Цій групі було виконано транскраніальне дуплексне сканування та мультидетекторна комп'ютерна томографія (МДКТ) судин головного мозку із контрастуванням. Також виділена група пацієнтів із збереженою фракцією викиду, які за даними ТКДС мали стеноз середньої мозкової артерії > 50%, цій групі також було проведено МДКТ судин головного мозку із контрастуванням.

Результати. В обстежених пацієнтів у 8 із ФВ <35 % за даними МДКТ був стеноз > 50% сегменту М1 середньої мозкової артерії (група 1). У 10 пацієнтів із збереженою фракцією викиду, за даними МДКТ діагностовано стеноз середньої мозкової артерії > 50% (група 2). При порівнянні даних ТКДС і МДКТ виявлено, що в групі 2 у 100% пацієнтів спостерігалися ультразвукові критерії стенозу середньої мозкової артерії – $PSV \geq 155$ cm/s. У групі 1 із зниженою ФВ у 37% (3 пацієнта) не спостерігалися гемодинамічні зміни при проведенні ТКДС. У пацієнтів обох груп із стенозом середньої мозкової артерії > 50% було рекомендовано проведення стентування замість АКШ.

Висновки. У пацієнтів похилого віку із ФВ <35 %, ТКДС має низьку чутливість для діагностики інтракраніального стенозу. У цих пацієнтів рекомендовано проводити МДКТ для оцінки стану мозкових судин. При наявності інтракраніального стенозу нами рекомендовано проведення стентування замість АКШ.

Ключові слова: аорто-коронарне шунтування, ризик, інтраопераційний інсульт, транскраніальне дуплексне сканування, мультidetекторна комп'ютерна томографія

ВІДКРИТІСТЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗМІНИ ТА ІННОВАЦІЇ ПІД ЧАС КОМПЛЕКСНОЇ РЕФОРМИ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВИ

Вольф О.О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Під час реформи сфери охорони здоров'я в Україні, особливого значення набуває удосконалення механізмів управління цією сферою. Безумовно, відкритість системи на зміни – одна з ключових засад успішної реформи. Вважаємо, що нові виклики, що повстають перед українським суспільством у зв'язку з фінансово-економічною та політичною кризою, матимуть прямий вплив на формування саме тої системи сфери охорони здоров'я, яка найбільшою мірою відповідатиме потребам українського суспільства. Ключова роль у цьому процесі належатиме неурядовим організаціям, які здійснюватимуть не лише ідейний, ідеологічний, але й організаційний і організаційно-правовий вплив на формування цієї системи.

Однією з галузей, де зміни будуть особливо явними, є допомога невиліковно хворим (паліативна та хоспісна медицина). Її поступова інтеграція до систем охорони здоров'я та розвиток на світовому рівні, що відбувається на тлі постійної реформи та удосконалення систем охорони здоров'я, свідчить про те, що ця галузь медицини була певним маркером відкритості систем до ідеологічних, організаційних, правових та інших інновацій. Вивчення міжнародного досвіду у цьому відношенні має бути дуже важливим для нашої держави.

Зародження хоспісного руху на глобальному рівні супроводжувалося розвитком ідеології, філософії цього руху та структур громадянського суспільства, які не тільки сприяли поширенню цієї філософії, але й втілювали

її на практиці. Поступово вона ставала компонентом систем охорони здоров'я, справляючи гуманізуючий вплив на ставлення до невиліковно хворої людини. Світовою спільнотою пацієнтів, фаховими та громадськими організаціями розроблено цілий ряд документів, які стосуються ряду різноманітних аспектів допомоги невиліковно хворим. В Україні також розпочався процес розробки та впровадження сучасної нормативно-правової бази з цього питання. При цьому необхідно, щоб у основу цієї бази лягли основні положення міжнародних загальноприйнятих документів.

Суспільний рух щодо формування та розвитку відповідних структур громадянського суспільства активізується у світі у другій половині ХХ ст. У цьому процесі сформувалися і дістали політико-правове й організаційно-політичне вираження передумови, від яких залежить гуманізація соціальної політики щодо невиліковно хворих: розвиток різних організаційних форм паліативної медицини (хоспісний догляд на дому, відділення паліативного догляду, хоспіс, денний центр, паліативна мобільна консультативна команда); усебічне задоволення не лише медичних, але й соціальних, психологічних, духовних потреб клієнта, що може здійснюватися мультидисциплінарною командою; поширення практик багатоканального фінансування та соціальної мобілізації.

Ключові слова: реформи, система охорони здоров'я, державна політика

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ПІДСТАВИ ГУМАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО НЕВИЛІКОВНО ХВОРИХ ЗА УМОВ ЗАГОСТРЕННЯ СУСПІЛЬНО-ПОЛІТИЧНОЇ КРИЗИ В УКРАЇНІ

Бабійчук О.М.¹, Вольф О.О.²

¹*Науково-навчально-методичний Центр паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика*

²*Благодійна організація «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги»*

Згідно міжнародних стандартів, соціальна політика щодо невиліковно хворих передбачає забезпечення цій категорії людей, а також членам їхніх родин, максимальної можливої якості життя, що актуалізується в останній період життя таких хворих. Паліативна допомога – це комплексний підхід, мета якого забезпечити максимально можливу якість життя паліативних хворих і членів їхніх родин, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню симптомів болю та розладів життєдіяльності, проведення адекватних лікувальних заходів, симптоматичної (ад'ювантної) терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки. За оцінками експертів, в Україні щороку ПХД потребують не менше 600 000 пацієнтів, а також 1.5 млн. членів їхніх родин і лише менше 5 % пацієнтів мають змогу одержати кваліфіковану стаціонарну паліативну та хоспісну допомогу в умовах хоспісу або у відділеннях паліативної допомоги.

У 2013-2014 рр. були прийняті документи, що мають найбільше значення для нашої держави:

- Резолюція Ради ООН з прав людини A/HRC/23/ про доступ до основних лікарських засобів у контексті права досягати найвищого можливого стандарту фізичного та душевного здоров'я (2013 р.);

- Біла книга: що таке оптимальна паліативна допомога людям похилого віку з деменцією. Результати Дельфі-опитування та рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги (2013 р.);

- Резолюція 135-ї сесії Виконавчої Ради Всесвітньої Асамблеї Здоров'я ВООЗ (WHA; World Health Assembly Resolution) «Зміцнення системи надання паліативної допомоги як компонента комплексного лікування в системі догляду за хворими», що відбулася за участю делегації Міністерства охорони здоров'я України (2014 р.);

- «Отримання паліативної допомоги – право людини» (так звана «Празька хартія» – резолюція 14-го Конгресу Європейської асоціації паліативної та хоспісної допомоги) (2014 р.);

- Рекомендації Європейської Асоціації паліативної допомоги з розробки освітніх програм з паліативної медицини в європейських медичних вищих навчальних закладах (2014 р.);

- Європейська Декларація з паліативної допомоги (2014 р.).

Основними положеннями міжнародних нормативно-правових документів, розроблених у 2013-2014 рр., є підкреслення необхідності:

- включення паліативної та хоспісної допомоги в систему соціальної політики держави;

- забезпечення відповідними ліками тяжкохворих громадян;

- забезпечення програм навчання медичних та інших працівників;

- забезпечення комплексного догляду для досягнення максимального комфорту пацієнта.

Велику роль у виконанні вищеперерахованого можуть відігравати інститути громадянського суспільства.

В Україні виникла гостра суспільно-політична та фінансово-економічна криза, однією з ознак якої стала «Революція гідності». Наявність кризи може актуалізувати та прискорити організаційно-політичні та нормативно-правові зміни у відношенні до такої групи людей, якими є невиліковно хворі. Велику роль у цих суспільно політичних змінах має належати структурам громадянського суспільства. Міжнародні нормативно-правові документи щодо різних аспектів політики стосовно невиліковно хворих, які були розроблені та опубліковані в 2013-2014 рр., мають стати базовими для нашої держави, адже вони враховують кризові явища, що особливим чином торкнулися країн, що розвиваються, в тому числі і нашу державу.

Ключові слова: паліативна медицина, нормативно-правова база

**МЕТОДИ ОЦІНКИ, КОНТРОЛЮ ТА ПІДВИЩЕННЯ
ПРИХИЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ДО ЛІКУВАННЯ
ПСЕВДОРЕЗИСТЕНТНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У
ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

Збітнєва В.О., Дичко Т.О., Чайка А.О., Сергєєва Н.О.

Одеський національний медичний університет

Вступ. Артеріальна гіпертензія – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики, в Україні у 20013 році зареєстровано понад 11 млн. людей з АГ, що складає 29,9 % дорослого населення.

Мета дослідження. Опрацювати основні методи контролю та підвищення прихильності до лікування псевдорезистентної артеріальної гіпертензії (ПР АГ) у практиці сімейного лікаря з метою зниження артеріального тиску (АТ), досягнення його цільового рівня та покращення якості життя цього контингенту хворих.

Матеріали та методи. У 92 пацієнтів з ПР АГ, у яких було виявлено недостатню прихильність до лікування і не було досягнуто цільового рівня артеріального тиску (нижче за 140/90 мм рт. ст.), було проведено корекцію лікування.

Всі пацієнти були розподілені на 2 референтні групи: 46 пацієнтів у I групі, 46 пацієнтів у II групі відповідно. I група пацієнтів (контрольна) продовжувала лікування за попередньою схемою, в цій групі застосовувалася загальноприйнята роз'яснювальна робота в практиці сімейного лікаря, а у пацієнтів II групи (інтенсивного спостереження) було проведено корекцію суб'єктивних причин недостатньої прихильності до лікування за допомогою видачі «Пам'ятки пацієнта з АГ», запровадження домашнього моніторингу АТ з веденням щоденника самоконтролю, в якому зазначався час прийому, доза препарату та динаміка показників АТ. Ці пацієнти активно викликалися на повторне обстеження до лікаря та був застосований метод телефонних візитів. Під час стандартизованих щотижневих телефонних дзвінків пацієнтам нагадували про необхідність прийому препарату та дізнавались про їх самопочуття та рівень АТ під час домашнього моніторингу АТ.

Результати дослідження. Через 2 тижні вдалося вдвічі підвищити

прихильність до лікування серед пацієнтів II групи в порівнянні з контрольною групою: в I групі лише у 12 з 46 пацієнтів ($26,09 \pm 7,3\%$), в II групі у 31 з 46 пацієнтів ($67,39 \pm 8,9\%$) ($P < 0,01$). При порівнянні двох груп: в I групі цільового рівня АТ ($< 140/90$ мм рт.ст.) було досягнуто у 11 з 46 пацієнтів ($23,91 \pm 8,2\%$), в II групі у 29 з 46 пацієнтів ($63,04 \pm 8,4\%$) ($P < 0,01$).

Аналіз показав існування прямого кореляційного зв'язку між прихильністю до лікування та досягненням цільового рівня АТ ($r = 0,69$, $P < 0,05$ в I групі; $r = 0,82$, $P < 0,05$ в II групі), наданням «Пам'ятки пацієнта з АГ» ($r = 0,86$, $P < 0,05$ в II групі) та частотою відвідувань лікаря ($r = -0,83$, $P < 0,05$ в I групі; $r = -0,86$, $P < 0,05$ в II групі).

Застосування методу стандартизованих щотижневих телефонних дзвінків з нагадуванням про необхідність прийому препарату ($r = 0,89$, $P < 0,05$ в II групі) та домашнього моніторингу АТ з веденням пацієнтами щоденника самоконтролю ($r = -0,86$, $P < 0,05$ в II групі) дозволило суттєво покращити прихильність до лікування.

Висновки.

1. Основними методами підвищення прихильності до лікування є: активні виклики на повторне обстеження до лікаря, надання «Пам'ятки пацієнта з АГ» та домашнє моніторингу АТ з веденням щоденника самоконтролю.
2. Чим більшою є прихильність до лікування, тим частіше досягається цільовий рівень АТ.
3. Використання стандартизованих щотижневих телефонних дзвінків з нагадуванням про необхідність прийому препарату є одним з найефективніших серед методів контролю та покращення прихильності до лікування в практиці сімейного лікаря.

Ключові слова: псевдорезистентна артеріальна гіпертензія, прихильність до лікування

ГРУПОВА ВЗАЄМОДІЯ, ЯК ЗАПОРУКА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕРЕЖЕВОГО НАВЧАННЯ

Жирок М.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Вступ. Групові технології навчання дають значно більший ефект щодо засвоєння знань, ніж традиційне індивідуальне або конкурентне навчання. Організація навчального процесу в дистанційній освіті ставить перед педагогами *нові методичні завдання*. Основне з них - це розробка *методів* максимально ефективного функціонування тих, хто навчається і викладачів в рамках освітнього простору для досягнення загальних цілей – формування фахівця і особистості. Створення умов та формування відповідних навичок для групової роботи слухачів в період дистанційного навчання (ДН) підвищує ефективність вирішення навчальних завдань приблизно на 30%.

У цьому ключі особливе місце займає відносно нова парадигма навчальної діяльності - мережеве навчання (МН), яке побудоване за моделлю «рівний до рівного» «Peer to Peer Learning» (так звана концепція рівногогіки (від англ. «peeragogy»)).

МН засноване на визнанні потенціалу і можливостей інформаційних та комунікаційних технологій та спільного (групового) навчання (collaborative learning), яке передбачає колективні інтелектуальні зусилля учасників навчального процесу, коли групи слухачів працюють разом для розуміння завдань, пошуку смислів, вирішення проблем, створення контенту і досягнення результатів (вміння працювати в колаборації).

Результативність МН ґрунтується на ряді властивостей, якими повинна володіти група: прийняття взаємозалежності, розуміння єдності цілей і завдань, досягнення згоди (консенсусу), спільне прийняття рішень, налаштованість на загальний результат, переключення уваги з себе на групу. Ми вважаємо, що подібні властивості не можуть сформуватися в непідготовленій групі, в якій немає навичок командної взаємодії.

Мета. Розробити складові методики формування у слухачів мотивації та навичок командної взаємодії для підвищення результативності МН.

Матеріал і методи дослідження. В дослідженні приймали участь 2 групи лікарів-інтернів з педіатрії чисельністю по 20 осіб кожна. Методи дослідження: соціологічне анкетування, тестовий контроль знань.

У проведених експериментах було ініційовано формування навичок співпраці в експериментальній групі інтернів при навчанні в аудиторії (без застосування мережевих технологій). Методи впливу - «круглі столи», забезпечення емоційної взаємодії з формуванням емпатії до групи, ігрове моделювання ситуацій. Після цього контрольній та експериментальній групам було доручено вирішення серії клінічних кейсів, які вимагали колективного збору інформації, аналізу ситуації та прийняття рішень. Головна вимога – використання мережевих технологій і заборона аудиторної взаємодії.

Результати. В результаті учасники експериментальної групи почали сприймати групу як єдине ціле та продемонстрували результативність формування таких навичок: визначення спільної мети і прийняття відповідальності за її досягнення; встановлення складних діагнозів при організації роботи різних професіоналів з персональною відповідальністю кожного за загальний результат; конструктивної командної взаємодії та самоврядування, мотивації та самомотивації; передачі досвіду командної роботи і знань один одному; організації зворотного зв'язку і його адекватне сприйняття; взаєморозуміння і професійної взаємодії в різних ситуаціях; індивідуальної і групової рефлексії; критичного мислення, нестереотипного сприйняття інших людей.

Після подібної підготовки значно збільшувалася результативність мережевої взаємодії при вирішенні ситуативних клінічних завдань без супроводу викладачем. Такий висновок було зроблено за відгуками самих інтернів, а також на підставі того, що в експериментальній групі зростало продукування навчального контенту на протязі півроку, тоді як в контрольній

- групова взаємодія була епізодичною, формування контенту не відбувалося і завдання на груповий результат не були ефективно вирішені.

В результаті досліджень показано зростання успішності в експериментальній групі слухачів (на 25-30%), вони стали частіше (на 30%) вдаватися до групової взаємодії, для вирішення навчальних завдань, не пов'язаних з навчальним планом. Співвідношення самостійної та групової віртуальної роботи склало 30/70 % у експериментальній групі та 80/20 % у контрольній. Також було виявлено, що по завершенні навчання лікарі-інтерни продовжували підтримувати створене професійне мережеве співтовариство (для своїх власних інтересів, для вирішення професійних ситуацій «на роботі», для науково-дослідних цілей тощо) без будь-якого впливу з боку організаторів навчання.

У результаті досліджень була запропонована послідовність дій щодо підвищення результативності МН у слухачів: 1) формування мотивації і навичок командної взаємодії; 2) навчання використанню інструментарію та методик дистанційної взаємодії; 3) дистанційна робота під наглядом викладача; 4) самостійна дистанційна взаємодія.

Висновки. Отримані дані наочно продемонстрували, що результативність МН в період ДН буде значно вищою при попередньому забезпеченні взаємодії групи слухачів в аудиторному форматі, навчання їх комунікативним навичкам і злагодженості в роботі, формування у них компетенцій групової роботи, створення мотивації до кооперативної взаємодії та прийняття спільних рішень при вирішенні навчальних завдань.

Ключові слова: мережеве навчання, командна взаємодія

ЗМІНИ ЗАГАЛЬНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ЯК ПРОЯВ ЗМІНЕНОЇ РЕАКТИВНОСТІ МОЗКУ ЩУРІВ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОГО СУДОМНОГО СИНДРОМУ

Топал М. М.

Одеський національний медичний університет

Вступ. Вивчення динаміки зміни реактивності мозку або його чутливості щодо альтеруючого впливу судомних агентів (конвульсантів) є принциповим положенням сучасної фізіології, особливо з урахуванням значної за кількістю статистики захворюваності на різні форми судомного синдрому. Отже, важливими постають дослідження, спрямовані на з'ясування фундаментальних аспектів нормального функціонування мозку, а також «зламу» цих регуляторних механізмів за умов судомного синдрому, що є важливим з точки зору фізіології.

Мета дослідження. Визначення динаміки загальної рухової активності щурів протягом інтеріктального періоду за умов пілокарпін (ПЛК)-спричинених судом та пікротоксинового (ПКТ) кіндлінгу.

Матеріал і методи дослідження. ПЛК- та ПКТ- спричинені судоми в щурів відтворювали звичайним способом. Щурів із ПЛК-індукованими судомами спостерігали протягом інтеріктального періоду, тривалість якого дорівнювала в середньому 100 ± 10 хв. За зміною моторної та емоційної поведінки щурів із ПКТ судомами спостерігали протягом безсудомного періоду, який становив т.з. період «посткіндлінгу», а саме, протягом 14 діб після останньої 24-ї ін'єкції конвульсанту. В щурів визначали кількість перетнутих квадратів, кількість вертикальних стійок та зазирань в дірки на підлозі «відкритого поля» протягом 2 хв.

Результати. У щурів протягом інтеріктального періоду ПЛК-спричинених судом відзначали зменшення показників горизонтальної та вертикальної моторної активності в тесті «відкрите поле», максимальна вираженість яких реєструвалася наприкінці інтеріктального періоду. Протягом інтеріктального періоду при кіндлінзі у щурів відзначалася нормалізація рухової активності, пригнічення якої відбувалося протягом формування кіндлінгу.

Висновки. Протягом безсудомного інтервалу часу, безпосередньо перед розвитком судомних проявів, реєструється пригнічення моторної

поведінки та її активація за умов судом, спричинених введенням ПЛК та ПКТ. Вважаємо ці зміни провідними у розвитку судом.

Ключові слова: судомний синдром, експеримент на щурах, використання конвульсантів

МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ У ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Фелештинський Я.П., Бондаренко О.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Вступ. Гострий панкреатит (ГП) є одним із складних захворювань заочеревинного простору та черевної порожнини, особливо його деструктивні форми, що призводить до летальності від 1 % при набряковій формі гострого панкреатиту до 35 % у хворих з інфікованим панкреонекрозом. Вчасне виявлення таких ускладнень дозволяє обрати найбільш радикальний спосіб лікування та упередити можливі небезпечні для хворого ускладнення.

Мета. Покращити результати лікування хворих з ускладненнями гострого панкреатиту.

Матеріал і методи. Проведено аналіз лікування 231 хворого на гострий панкреатит, які знаходилися на лікуванні у клініці за період з 2007 по 2015 роки. Вік хворих від 18 до 75 років. Чоловіків було 132 (57%), жінок – 99(43%).

В залежності від способів лікування хворі розділені на дві групи. Першу, основну групу, склали 116 хворів, які знаходилися на лікуванні у клініці з 2010 по 2015 роки. У хворих цієї групи проводилося консервативне лікування згідно з клінічними протоколами. Моніторинг УЗД проводилося кожні 3-5 днів. За наявності рідинних утворень більше 4 см в діаметрі виконувалося дренивання рідинного утвору під контролем УЗД. За наявності обмежених секвестрів виконувалося лапароскопічне втручання.

В другій групі (115 хворих), які знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні з 2007 по 2010 роки, проводилося традиційне комплексне лікування у поєднанні з відкритими хірургічними втручаннями.

Результати та їх обговорення. Серед хворих першої групи з рідинними утвореннями розміром до 4 см 23 хворим (19,5%) проводилося консервативне лікування. Вони були виписані на амбулаторне лікування в задовільному стані. У 9 хворих (7,7%) з рідинними утвореннями більше 4 см в діаметрі виконано одноразова пункція. У 5 (4,3%) хворих виконувались повторні пункції. У 37 (31,8%) - пункція закінчувалася встановленням дренажу з послідуочим промиванням. У 9 (7,7%) хворих після встановлення дренажу, при контрольному огляді УЗД - діагностувалися некротичні секвестри, що потребувало лапароскопічного видалення секвестру.

У 15 (12,9%) хворих кісти сполучалися з протоковою системою залози. У 11 із них, після дренивання та призначення в комплексному лікуванні препарату Октра, виділення по дренажу припинилися на 6 ± 2 добу. У 4 (3,4%) хворих виділення по дренажу не припинялося, що потребувало відкритої операції.

У 3 (2,6%) хворих багатокамерна кіста розповсюджувалася за тіло підшлункової залози і не дрениувалася повністю, що також потребувало операція з виконанням некресеквестрэктомії та зовнішнього дренивання.

У 3 (2,6%) хворих кісти утворилися за рахунок арозивного пошкодження *a.lienalis*. У цих випадках виконано відкриті оперативні втручання.

У 9 (7,7%) хворих виник тотальним некротичним панкреатитом. Що потребувало лапаротомії з некресеквестрэктомією двосторонньою люмботомією, бурсостомією. Серед хворих цієї групи померло 4 хворих (3,4%).

У хворих другої групи використовувалася класична тактика обстеження та лікування. У 14 (12,2) хворих з рідинними утвореннями до 4 см консервативна терапія мала позитивний ефект. У інших 101 (87,8%)

хворого виникали ускладнення та були виконані відкриті хірургічні втручання. У другій групі летальність склала 26 (22,6 %), серед хворих які були прооперовані.

Як видно з отриманих даних: УЗД моніторинг, з використанням пункцій під контролем УЗД та лапароскопії, у 99 (85%) хворих отримано позитивний результат. У 17 (14,7 %) хворих виникла необхідність відкритої операції, летальність склала 3,4%. У другій групі хворих у 101 (88%) потребували відкритої операції.

Висновок. Використання у хворих на гострий панкреатит в комплексному лікуванні моніторингу УЗД з виявленням рідинних утворень та їх дренажування, а також використання лапароскопічних втручань сприяє зменшенню частоти ускладнень та летальності з 22,6% до 3,4 % у хворих, яким виконувалися малоінвазивні методики лікування.

Ключові слова: гострий панкреатит, комплексне лікування, лапароскопічне втручання

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

Свиридова Н.К., Лубенець Г.С., Павлюк Н.П., Сулик Р.В.

*Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика*

Ежегодно острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) становится причиной около 5 млн смертей во всем мире. В Украине инсульт занимает 2-е место в структуре общей смертности населения, уступая лишь кардиоваскулярной патологии.

Инсульт является основной причиной инвалидизации населения и остается важнейшей медико-социальной проблемой в Украине.

Актуальность проблемы наличия тревожных расстройств у постинсультных больных связана не только с ее высокой частотой, но и ролью в течении и влиянии на прогноз цереброваскулярного заболевания.

По данным ряда исследователей, от 27 до 70% больных после инсульта имеют тревожные расстройства.

Наиболее частыми факторами риска тревожного расстройства после ишемического инсульта являются: поражение правого полушария, а также наследственная предрасположенность, женский пол, молодой возраст, психоэмоциональные расстройства в анамнезе, преморбидные особенности личности, перенесенный ранее инсульт, а также низкий социально-экономический уровень. Известно, что тревожно-депрессивные расстройства гораздо чаще (82%) возникают при инсульте в бассейне СМА, реже — в ВББ — в 20% случаев.

Наибольшая частота тревожных расстройств была выявлена в период с 3-го по 12-й месяц после инсульта.

Причины развития тревожных расстройств после инсульта полностью не исследованы. Известно, что структуры, входящие в лимбическую систему головного мозга играют ключевую роль в продуцировании чувства тревоги и страха.

Наиболее часто постинсультные тревожные расстройства проявляются генерализованными тревожными расстройствами (ГТР), фобиями (агорафобии) и паническими атаками (ПА).

Для ГТР характерно устойчивая тревога и нервозность, ощущение страха. Часто выражена боязнь предстоящих неприятностей, а также раздражительность, проблемы со сном и хроническая усталость.

Золотым стандартом диагностики постинсультных ГТР являются критерии DSM-5 (2013). Для диагностики ГТР необходимо присутствие основного симптома — неконтролируемой тревоги по поводу нескольких жизненных ситуаций — и трех или более дополнительных симптомов, включающих неусидчивость, утомляемость, нарушения внимания, раздражительность, мышечное напряжение или нарушения сна.

Постинсультное ГТР характеризуется персистирующим течением. Только 23% больных с ГТР выздоровели через 1 год. К 3 годам выздоровели

38% пациентов. Было высказано предположение, что персистирующее течение в данном исследовании определяется наличием сопутствующей большой депрессии.

ПА представляет собой, мучительный для больного, приступ тяжёлой тревоги (паники), сопровождаемый страхом. Частые симптомы – страх сойти с ума, потерять самообладание, страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное.

Интенсивность основного критерия ПА – пароксизмальной тревоги – может варьировать в широких пределах: от выраженного аффекта паники до ощущения внутреннего напряжения.

В отличие от постинсультной депрессии тревожно-фобические расстройства чаще возникают у пациентов с более легким течением инсульта.

Клинические проявления тревожных расстройств у неврологических больных часто носят соматический характер: сердечно–сосудистые симптомы, дыхательные симптомы, неврологические симптомы, желудочно–кишечные симптомы, мочеполовые симптомы, терморегуляторные симптомы. Вероятность ишемического инсульта у пожилых людей с артериальной гипертензией (АГ) и выраженными тревожными симптомами в 2,7 раза выше, чем у больных с АГ и без соматизированной тревоги.

Наличие тревожного расстройства замедляют восстановление нарушенных функций у постинсультных больных, увеличивая и удлиняя период полного восстановления. Клинически значимая тревога у пациентов с ишемическим инсультом может препятствовать их реабилитации. С экономической точки зрения это особенно актуально в группе работоспособного населения, не достигшего пенсионного возраста. Таким образом, тревожное расстройство у больных, перенесших инсульт, имеет тяжелые клинические, экономические и медико–социальные последствия, так как способствует хронизации заболевания и увеличению числа случаев инвалидности.

Ключевые слова: тревога, тревожное расстройство, постинсультный период, ишемический инсульт, паническая атака

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ ОСІБ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ПІДВИЩЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Шевченко Ю.С.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Вступ. У сучасному світі проблема харчування пов'язана з розвитком ожиріння, яке прийняло масштаби пандемії. Ожиріння формується як енергетичний дисбаланс з більшим надходженням енергії з їжею та меншим її використанням, в результаті чого в організмі накопичується надлишок енергії, що включається в реакції синтезу триглицеридів та посилено накопичується у жирових депо. Цьому сприяють порушення збалансованості харчування та значне зниження фізичної активності. Незважаючи на велику кількість досліджень та постійну увагу науковців, досі відсутня чітка стратегія розвитку підвищеної маси тіла, особливо у молодому віці.

Мета. Визначити особливості харчового раціону у молодих осіб з нормальною та підвищеною масою тіла.

Матеріали і методи. У досліджених 68 осіб обох статей віком 18-25 років визначено масу тіла, зріст, обхват талії, стегон, розрахований індекс маси тіла (ІМТ). Особи з ІМТ 18,5-24,9 кг/м² увійшли в контрольну групу (20 юнаків та 21 дівчина), особи з ІМТ вище 25 кг/м² сформували основну групу з підвищеною масою тіла (11 юнаків та 16 дівчат). Харчовий статус досліджували за допомогою методу 24-годинного відтворення із заповненням харчового щоденника за дві доби - робочий та вихідний день. Аналізували загальну масу харчових продуктів, енергетичну цінність та вміст харчових речовин з урахуванням втрати нутрієнтів при кулінарній обробці продуктів. Результати були оброблені статистично.

Результати. Визначено відмінності загальної маси спожитої їжі та її енергетичної цінності в раціоні осіб основної та контрольної груп. У жінок основної групи загальна маса спожитої їжі в перший день дослідження була вірогідно вище на 39,19%, в другий день - на 42,31%. Енергетична цінність харчового раціону чоловіків основної групи була вище на 44,97% при опитуванні у 1-й день дослідження, у жінок - на 72,64% у перший день досліджень та на 48,51% у другий день ($p < 0,05$). Споживання нутрієнтів особами двох груп також відрізнялись, зокрема, у жінок з підвищеною масою тіла вірогідно більшими було споживання білків у перший день дослідження на 68,67%, жирів – на 94,28%, білків у другий день - на 43,08% в порівнянні з контрольною групою. Загальна маса продуктів, енергетична цінність та вміст спожитих нутрієнтів у другий день спостереження - вихідний перевищувала показники першого, робочого дня. У респондентів відзначено одноманітність меню, повторюваність в споживанні одного продукту протягом дня, відсутність гарячих обідів, зниження споживання яєць, молока, бобових. У осіб з підвищеною масою тіла відмічено незбалансованість раціону, нераціональний режим харчування.

Висновки. Надлишкове споживання харчових речовин та більш висока енергетична цінність раціону, що спостерігається у представників студентської молоді з підвищеною масою тіла на фоні низького рівня фізичної активності може стати провідним фактором розвитку ожиріння у наступні роки. Запобігти формуванню підвищеної маси тіла повинна зміна способу життя шляхом збільшення витрат енергії за рахунок підвищення фізичної активності та зниження енергетичної цінності харчового раціону.

Ключові слова: харчовий раціон, маса тіла, енергетична цінність харчування

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ДОКЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

НАНОЧАСТИЦ СЕРЕБРА И ЗОЛОТА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Рыбачук А.В.¹, Резниченко Л.С.²

¹*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца*

²*Институт биокolloидной химии им. Ф.Д. Овчаренко НАН Украины*

Чрезвычайно актуальной проблемой в практике челюстно-лицевой хирургии является организация рациональной профилактики и лечения гнойно-воспалительных процессов. Частота хирургических гнойно-септических после осложнений при инфицированных ранах, открытых переломах может достигать до 40%. С каждым годом этот процент возрастает в связи с повсеместным распространением мультирезистентных к традиционным антимикробным препаратам штаммов возбудителей и ослаблением иммунного статуса пациентов.

Адекватный выбор антимикробных препаратов, эффективных в профилактике и лечении гнойно-воспалительных осложнений в практике челюстно-лицевой хирургии, существенно осложняется существованием чрезвычайно широкого спектра возбудителей.

Основными критериями, лежащими в основе выбора эффективного антимикробного препарата, являются: широкий спектр антимикробной активности; бактерицидный механизм действия; биосовместимость; отсутствие влияния на развитие резистентности возбудителей. Таким критериям, во многом, соответствуют наночастицы серебра, благодаря их высокой антимикробной активности, а также наночастицы золота, благодаря их высокому противовоспалительному и регенераторному потенциалу.

В работе использовали экспериментальные субстанции наночастиц серебра (30 нм) и золота (30 нм), синтезированные по оригинальной методике методом химической конденсации в водной среде. Экспериментальные субстанции наночастиц охарактеризованы как биобезопасные в тестах *in vitro* и *in vivo* с использованием широкого спектра

биологических маркеров (показателей цитотоксичности, генотоксичности, мутагенности, биохимических маркеров и т.д.).

В исследованиях *in vitro*, в сравнении с традиционными препаратами Декасаном и Хлоргексидином, установлен более выраженный бактерицидный эффект наночастиц серебра (AgNP) и их комбинации с наночастицами золота (Ag/AuNP) в отношении широкого спектра мультирезистентных клинических изолятов штаммов-возбудителей: *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Micrococcus*, грибов рода *Candida albicans* и дрожжеподобных грибов, выделенных от больных отделения челюстно-лицевой хирургии с диагнозом абсцесса и флегмоны разных отделов челюстно-лицевой области.

Для оценки эффективности экспериментальных субстанций наночастиц в исследованиях *in vivo* у 70 крыс линии *Wistar* моделировали абсцесс поднижнечелюстного участка путем подкожной инъекции в поднижнечелюстную область 0,5 мл суспензии суточной культуры клинического изолята *Staphylococcus aureus* (5×10^7 КОЕ/мл) с порошком активированного угля, массовая доля которого в суспензии составляла 9%. Раскрытие абсцесса проводили на 4-е сутки после заражения и промывали из расчета 4 мл каждой субстанции на 1 животное экспериментальными субстанциями наночастиц и препаратами сравнения (Хлоргексидин и Декасан) 1 раз в сутки на протяжении 3 суток.

По характеру проявления антимикробного и противовоспалительного действия наиболее эффективными оказались субстанции Ag/AuNP и AgNP. Субстанция наночастиц золота (AuNP) выраженного антимикробного действия не проявляла, хотя ее применение способствовало уменьшению воспаления и лучшему оттоку гноя в области абсцесса у опытных животных. Традиционные антимикробные средства – Декасан и Хлоргексидин – по характеру проявления антимикробного действия при лечении модельных абсцессов оказались менее эффективными.

Таким образом, данные, полученные *in vitro* и *in vivo*, свидетельствуют о выраженной эффективности наночастиц серебра (AgNP) и их комбинации с наночастицами золота (Ag/AuNP) в профилактике и лечении гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, по сравнению с традиционными антимикробными средствами.

Ключевые слова: наночастицы серебра, наночастицы золота, гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, антимикробная активность

ЕНТЕРАЛЬНЕ ТА ПАРЕНТЕРАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ШЛУНКОВО- КИШКОВОМУ ТРАКТІ

Белей Н.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Правильне ведення хворого в ранній післяопераційний період в умовах відділення інтенсивної терапії багато в чому визначає подальший саногенез пацієнта. Внаслідок особливостей проведення операцій, звичне харчування для хворих складає певні труднощі. Енерговитрати організму повинні замінюватися іншими шляхами. На сьогодні найбільш поширені 2 варіанти післяопераційного харчування: ентеральне харчування, яке здійснюється через зонд, та парентеральне шляхом внутрішньовенного вливання поживних розчинів.

Мета роботи. Проаналізувати результативність застосування ентерального харчування у пацієнтів, які перенесли радикальні операції на органах шлунково-кишкового тракту у ранній післяопераційний період на основі досвіду роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії Закарпатського обласного онкологічного диспансеру.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження було виділено 2 групи пацієнтів. До першої групи були віднесені 20 пацієнтів, які після перенесених операцій знаходилися на ентеральній нутритивній підтримці. До

другої групи увійшли 39 пацієнтів, які отримували парентеральне харчування. Результативність оцінювалася за декількома показниками, зокрема: тривалість перебування хворого у відділенні інтенсивної терапії, тривалість післяопераційного періоду в х/в стаціонарі, термін відходження газів та деякі лабораторні показники, а саме загальний білок, виміряний під час поступлення в стаціонар, та при переведенні хворого з ВАІТ.

Результати. Провівши дослідження та зробивши статистичну обробку даних ми отримали наступні результати. Тривалість перебування у ВАІТ в пацієнтів першої групи склав $5,6 \pm 1,5$ дня, при тому, що пацієнти другої групи провели у ВАІТ $5,8 \pm 1,3$ днів. Різниця не є статистично достовірною. Термін відходження газів у першій групі склав $4,5 \pm 0,9$ дні, у другій – $4,9 \pm 1,1$ день. Різниця не є статистично достовірною. У пацієнтів, які отримували парентеральне харчування на момент поступлення в стаціонар загальний білок складав $68,3 \pm 9,35$ г/л, при виписці – $57,9 \pm 8,1$ г/л. Аналогічні показники для групи ентерального харчування склали відповідно $70,3 \pm 6,65$ та $55,4 \pm 6,64$ г/л.

Висновки. Отримані нами результати свідчать, що при порівнянні основних біохімічних показників (рівень загального білку), терміну перебування хворих у ВАІТ та термін відходження газів у пацієнтів, які отримували ентеральну та парентеральну нутритивну підтримку, статистично достовірної різниці виявлено не було.

Ключові слова: ентеральне харчування, парантеральне харчування, операції на шлунково-кишковому тракті

МОЖЛИВОСТІ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛІЗИСУ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

Мартинчук Ю.В.

Клінічна лікарня "Феофанія" Державного управління справами

Епідеміологічні дослідження останніх років доводять, що гострі

ішемічні порушення мозкового кровообігу продовжують домінувати у структурі всіх цереброваскулярних порушень, а інфаркт мозку, як і раніше, розвивається в 4 рази частіше, ніж крововилив у мозок.

В останні роки змінилися погляди на стратегію та тактику ведення хворих із ГПМК. Зокрема, з'явилася концепція «час = мозок», яка сформувала нове відношення до інсульту з визнанням його невідкладним станом, лікування якого потребує екстреної госпіталізації, а надання медичної допомоги здійснюється в перші хвилини й години з моменту його розвитку в спеціалізованих інсультних відділеннях. Проміжок часу від появи перших симптомів до дзвінка в службу екстреної медичної допомоги є одним із значущих факторів затримок на догоспітальному етапі, що впливають на перебіг інсульту при подальшому лікуванні, тому зменшити втрату часу на цьому етапі надзвичайно важливо.

Основні напрями догоспітальної допомоги полягають у швидкому розпізнаванні інсульту; стабілізації стану хворого та його швидкому транспортуванні до відповідної лікувальної установи.

Разом із тим, на кінцевий результат лікування впливають також і інші фактори, зокрема підтип ішемічного інсульту. Більш детальний аналіз етіопатогенетичних факторів розвитку ішемічного інсульту дозволить підвищити ефективність лікування, зокрема уточнити покази щодо проведення системного тромболізису, а отже зменшити частоту його ускладнень.

З огляду на збільшення в популяції осіб старших вікових груп і пов'язане із цим підвищення частоти факторів ризику ураження серцево-судинної системи (атеросклероз, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, миготлива аритмія та ін.), є всі підстави очікувати подальшого зростання рівня цереброваскулярної патології.

Враховуючи вищенаведені цифри і факти, нагально необхідним постає патофізіологічно та патогенетично обґрунтований підхід до діагностики та корекції проявів цереброваскулярної патології з метою профілактики і лікування судинних захворювань головного мозку. Розробка оптимальних варіантів комплексної діагностики стану судинного русла, динамічне спостереження за групами ризику, безумовно, в кінцевому результаті повинні сприяти суттєвому зниженню рівня даної патології і рівня інвалідизації серед населення.

Ключові слова: ішемічний інсульт, системний тромболізис, підтип інсульту

РОЛЬ ЕРГОТРОПНИХ І ТРОФОТРОПНИХ СИСТЕМ В ПІДТРИМЦІ СТАЛОСТІ ВНУТРІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ЛЮДИНИ

Сулік Р.В., Яворська А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Досить часто нам зустрічаються пацієнти з множинними розладами органів і систем, що важко піддаються лікуванню. Вважається, що виникнення таких станів пов'язане з порушенням обміну серотоніну, норадреналіну, дофаміну, гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК). Зокрема, зниження активності ГАМК-ергічної системи, що забезпечує процеси гальмування в самих різних нейронах центральної нервової системи (в миндалевидному тілі, провідних шляхах, що зв'язують кору, стріатум, таламус і т.д.) супроводжується маніфестацією будь-яких проявів тривоги. ГАМК-рецептор можна уподібнити трубі (каналу). Такий канал постійно пульсує, то відкривається, то закривається. У відкритому стані через канал всередину нейрона надходять іони хлору (Cl⁻), що міняють електричний заряд мембрани так, що вона починає «чинити опір» проведенню збудливого імпульсу. В результаті настає гальмування. Навпаки, якщо канал закритий і іони Cl⁻ не можуть проникнути всередину нейрона, то підтримується електричний заряд мембрани, сприяє сприйняттю імпульсу. При цьому

гальмування не виникає. На відміну від ГАМК-ергічної системи активність серотонінових і норадреналінових нейронів (в миндалевидном тілі, кортико-стріально-таламокортикальній петлі і т.д.) при одних тривожних розладах явно підвищена, при інших - знижена. Так, з надлишком норадреналіну асоціюються кардіальні (напади страху з серцебиттям, болями в грудях, іноді збільшенням числа скорочень серця і артеріального тиску) і гіпервентиляційні (напади страху з відчуттям задишки, ядухи, нестача повітря з «комом», іноді з ростом числа дихальних рухів) панічні атаки, що вказує на переважну дисфункцію ерготропної системи. Підвищена серотонінова активність пов'язана з розвитком гастроінтестинальних розладів (нудота, дискомфорт в епігастрії, втрата апетиту, іноді позивами на дефекацію). Симптоми, зумовлені дефіцитом серотоніну і норадреналіну, характерні для агорафобії, соціофобії і генералізованого тривожного розладу (стійкі фобії, постійне занепокоєння, хвилювання, напруга, тривожне очікування).

Деякі частини головного мозку відіграють ключову роль у продукуванні почуття страху і тривоги. Емоційна пам'ять, як виявилось, зберігається в центральній частині мозочкової мигдалини і може грати роль у виникненні тривожних розладів, пов'язаних з вельми несхожими один на одного страхами, як наприклад, боязнь собак, павуків або перельотів. Гіпокамп - частина мозку, що кодує страшні події в спогади. Дослідження виявили, що у деяких жертв жорстокого поводження в дитинстві або ж в учасників військових дій обсяг гіпокампа менше, ніж у інших людей.

Дізнавшись більше про те, як головний мозок породжує страх і тривогу, вчені зможуть розробити більш ефективні методи лікування тривожних розладів. Наприклад, якщо з'ясуватися, що певні нейротрансмітери відіграють важливу роль в породженні страху, можна розробити ліки, що блокують їх і зменшують страх, як відповідну реакцію. На сьогодні, вчені навчились частково регулювати рівень серотоніну, норадреналіну в людини, що забезпечило певний успіх у корекції

вегетативних порушень. Однак до повного контролю за вказаними функціями необхідно подальше вивчення даного питання і його експериментальне обґрунтування.

Ключові слова: вегетативні порушення, нейромедіатори центральної нервової системи, лікування

МІСЦЕ ВЕНОЗНОЇ ДИСЦИРКУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ З ГІПЕРТЕНЗИВНОЮ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ

Ханенко Н.В., Сулік Р.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Значна розповсюдженість судинних захворювань нервової системи, складність та стійкість порушення функцій, що супроводжуються тривалою, а часто і стійкою втратою працездатності, ставлять проблеми лікування та реабілітації цієї патології в ранг найважливіших медико-соціальних проблем охорони здоров'я. Питання терапії цереброваскулярної патології висувається на одне із перших місць в сучасній ангіоневрології, що пов'язано з однієї сторони з тим, що дана патологія є фактором ризику розвитку інсультів, а з іншої – причиною поступового наростання неврологічних та психічних розладів.

При хронічній експериментальній гіпертензії змінюється архітектоніка кровоносного русла: зменшується просвіт судин внаслідок потовщення їх стінок, далі облітерується частина артеріол. Спостерігається зменшення числа і діаметру артерій, що приводить до локальної гіпоксії мозку. Важлива роль в зниженні мозкового кровообігу відводиться структурній адаптації судин до довготривалого підвищення АТ спочатку у вигляді гіпертрофії м'язової оболонки, а потім до проліферації сполучнотканинних елементів і склерозу судин, що веде до підвищення ригідності і звуження просвіту судин. Найбільш виражені зміни при артеріальній гіпертензії спостерігаються в інтрацеребральних артеріях. Одночасно з цим у пацієнтів з

гіпертензивною дисциркуляторною енцефалопатією страждає і венозна ланка кровоносного русла мозку. Для хворих з ГДЕ I-II ст. характерна обов'язкова наявність венозної дисциркуляції. Так, за нашими даними було зареєстроване звуження перенавантажених надблокових вен, вен Розенталя і внутрішніх яремних вен у близько 80%, що підтверджується клінічними даними.

Такі пацієнти будуть скаржитись на головний біль розпираючого характеру, особливо в ранковий та нічний час, відчуття розпирання в голові, шуму, зокрема при фізичному навантаженні. У хворих спостерігається болючість в очних яблуках, що підсилюється при рухах очима, інколи нудота.

Основні терапевтичні заходи у хворих з гіпертензивною дисциркуляторною енцефалопатією повинні бути спрямовані на основний патологічний процес (в нашому випадку на артеріальну гіпертензію), покращення церебральної гемодинаміки і підвищення функціональних можливостей мозку.

Можливості фармакологічної корекції на сучасному етапі досить широкі і включають велику кількість препаратів, що діють на різні ланки патогенезу ішемічних та гіпоксичних ушкоджень нервової тканини. Прискорення процесів відновлення функції нервової системи досягається головним чином при застосуванні медикаментозних засобів таких груп: вазоактивні препарати, активатори біоенергетичного метаболізму, ноотропні засоби, амінокислоти, засоби, що покращують синоптичну передачу, антиоксиданти, а також використання венотонічних препаратів, що дозволить покращити мозковий кровообіг і сприяти швидшому регресу неврологічної симптоматики. Окрім венотонічних препаратів покращенню венозного відтоку сприяє рефлексотерапія, зокрема такі методи як акупунктура, лазеропунктура з використанням шийно-комірцевої зони.

Даний перелік вказує на те, що основним засобом активації відновних процесів ЦНС є стимуляція всіх видів нейрометаболізму при підтримці адекватного кровотоку.

Ключові слова: венозна дисциркуляторна енцефалопатія, діагностика, лікування

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ

Евтушевская А.Н, Марусиченко В.В.

*Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика*

Вступление. Паранеопластические полиневропатии – это диффузное или мультифокальное поражение периферических нервных волокон, как следствие отдаленного воздействия неопластического процесса. По данным Storstein A., Larson A. и соавт., Vedeler C. (2001), они встречаются у онкологических больных от 7,5% до 48 % случаев, и зачастую проявляются клинически задолго до диагностирования опухоли.

Цель и задачи. Разработать эффективные схемы диагностики паранеопластических полиневропатий с применением функциональных методов исследования.

Материалы и методы. На базе отделения ангионеврологии ИНВХ им. В.К. Гусака наблюдались 45 пациентов в возрасте от 25 до 75 лет с клиникой полиневропатии (ПНП). Из них 20 человек имели верифицированный диагноз опухолевого заболевания и были условно объединены в 1-ю группу. Во 2-ю группу вошли 10 больных, прошедших первичный или повторный курс химиотерапии. 3-ю группу составили 15 пациентов с ПНП неуточненной этиологии. Жалобы пациентов оценивались по шкалам EURO DIABIDDM Complication (1995), TSS, а тяжесть ПНП по шкалам Dyck P.J. (1988), NSS и NSS-LL. Дополнительные методы обследования включали общеклинические анализы, анализ антинеуральных антител, онкомаркеров. Для исследования микроциркуляции мы использовали лазерную доплеровскую флоуметрию (аппарат "ЛАКК-02", Россия). Базовым методом

являлось нейромиографическое исследование (4-канальный электромиограф Reporter, Италия).

Результаты исследования. При стимуляционном ЭНМГ-исследовании, проведенном пациентам из 1-й группы, в абсолютном большинстве случаев (78%) имелись нейромиографические признаки ПНП, такие как снижение СРВ по верхним конечностям до 40-45 м/с, по нижним - до 30-35 м/с. У 11 человек отмечалась аксональная дегенерация, а в 3 случаях она сочеталась с демиелинизирующей ПНП. Лазерная флоуметрия выявила умеренное снижение индекса эффективности микроциркуляции и показателя микроциркуляции, средние показатели составили $1,52 \pm 0,087\%$ и $3,62 \pm 0,24$ Пф. ед. соответственно. Во 2-й группе, помимо ЭНМГ-признаков ПНП (снижение СРВ до 42 м/с), отмечалось резкое нарушение микроциркуляции согласно результатам флоуметрии, среднее значение индекса эффективности микроциркуляции в этой группе составило $1,3 \pm 0,05\%$ при норме 1,6-1,8%.

У пациентов из 3-й группы ЭНМГ исследование выявляло снижение СРВ до 22-30 м/с в руках и до 30-38 м/с в ногах, показатели флоуметрии отличались значительной вариабельностью. В ходе тщательного обследования у 10 пациентов было диагностировано опухолевое заболевание, у одного пациента эозинофильный васкулит Чарджа-Стросса, и у 1 больного сочетание ПНП с миастеническим синдромом на фоне диспротеинемии (неопластический процесс в данном случае не был обнаружен).

Выводы. В ходе проведенного исследования нами определен характерный для паранеопластических полиневропатий нейромиографический и флоуметрический паттерн. Выявление подобных изменений у пациентов с клиникой полиневропатии требует детального соматического обследования, что в ряде случаев дает возможность диагностировать неопластический процесс на доклинической стадии.

Ключевые слова: полиневропатия, паранеопластические процессы, диагностика

ОСОБЛИВОСТІ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЮ МОЗКУ НА ТЛІ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Свиридова Н.К., Лубенець Г.С., Яворський В.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ), будучи одним з основних незалежних факторів ризику розвитку інсульту відноситься до актуальних проблем охорони здоров'я більшості країн світу.

Термін «неконтрольованої» АГ (НАГ) може бути застосований у всіх випадках, коли цільовий артеріальний тиск (АТ) не досягнутий або коли зниження АТ не було досягнуто при застосуванні комбінації двох антигіпертензивних препаратів (АГП).

Мета дослідження. Вивчити особливості мозкового кровообігу (МК) у хворих на хронічну ішемію мозку на тлі неконтрольованої АГ.

Методи дослідження. МК вивчався методом УЗДГ судин голови та шиї, з наступним застосуванням методу однофотонної емісійної комп'ютерної томографії (ОФЕКТ) головного мозку. Стан МК досліджено у 92 хворих на ХІМ на тлі АГ, які були поділені на 2 групи: 1 група – хворі на ХІМ з НАГ та 2 група – хворі на ХІМ з контрольованою АГ.

Результати дослідження. При порівняльному аналізі особливостей змін показників добового артеріального тиску (ДМАТ) у хворих на хронічну ішемію мозку (ХІМ) залежно від перебігу АГ встановлено, що рівень підвищення систолічного АТ (САТ) за всі періоди доби при розвитку НАГ значно перевищує рівень САТ при контрольованому перебігу АГ, особливо в нічні години (більше на $23,9 \pm 1,72$ мм рт. ст.). Аналіз показників ДМАТ в групі хворих на ХІМ з НАГ під час ГК демонструє значні підвищення середньодобових значень САТ на 17,5 %, ДАТ на 8,8 % та СрАТ на 6,8 % ($p < 0,01$) від загальноприйнятих значень, що рекомендовані Міжнародним

товариством гіпертензії.

Збільшення варіабельності АТ у хворих на АГ є незалежним фактором ризику ураження органів-мішеней. Велика варіабельність САТ у денні години асоціюється зі збільшенням ризику розвитку атеросклерозу і кардіоваскулярних подій. За результатами ДМАТ у хворих на ХІМ з НАГ в момент ГК достовірно ($p < 0,05$) вища варіабельність САТ вдень і вночі ($13,72 \pm 0,55$ та $10,91 \pm 0,83$ мм рт. ст. відповідно), порівняно з даними після лікування ($9,12 \pm 0,34$ та $8,23 \pm 0,43$ мм рт. ст., відповідно) та контрольною групою ($8,53 \pm 0,31$ й $6,32 \pm 0,37$ мм рт. ст. відповідно).

При дуплексному скануванні екстракраніальних судин не було виявлено патології, що потенційно впливала на гемодинамічний стан. Макросудинні зміни представлені у вигляді подовження судин – С- та S-подібних деформацій, кутових вигинів. S-подібні деформації правої загальної сонної артерії (ЗСА) зустрічались у 44,2 %, а лівої ЗСА у 28 % хворих на ХІМ з НАГ, порівняно з хворими на ХІМ з КАГ, де права ЗСА мала S-подібні деформації у 45 %, а ліва ЗСА у 12,5 % хворих.

За даними ОФЕКТ, у групі хворих на ХІМ з НАГ: ОМК в правій півкулі $38,8 \pm 4,4$ мл/100 г/хв., а в лівій – $38,1 \pm 4,6$ мл/100г/хв. Це свідчило про більш виражене зниження півкульового кровотоку в групі хворих з НАГ, як в порівнянні з контрольною групою, так і в групі хворих з КАГ. У загальній групі пацієнтів на ХІМ у 20,5 % хворих на фоні зниженого, щодо контрольної групи, ОМК у півкулях головного мозку перфузія була симетричною, без вогнищевих порушень. А у 31 хворого (79,5%) відзначалася міжпівкульова асиметрія кровотоку або наявність вогнищевої гіпоперфузії, кросцеребелярного дішизу (КЦД).

Отримані дані дозволяють говорити про наявність чітких ознак порушення перфузії головного мозку у більшості хворих з ХІМ на тлі НАГ та КАГ, про що свідчать дані порушення ОМК у півкулях головного мозку, наявність локальних ділянок зниження перфузії або її межпівкульової асиметрії, а також візуалізації КЦД у частини з них.

Оцінка ефективності лікування при регулярному тривалому прийомі комбінованої антигіпертензивної терапії за даними ДМАТ свідчить про ефективне зниження середньодобового рівня АТ за рахунок зменшення рівною мірою денних і нічних значень АТ у хворих обох груп. Досягнення цільового рівня АТ було зафіксовано у 67 % хворих.

Висновок. Таким чином, при призначенні лікування хворих з НАГ при розвитку ХІМ необхідно враховувати рекомендації Міжнародних та Європейських товариств кардіологів та неврологів, при цьому терапія повинна бути спрямована на захист органів-мішеней і профілактику ускладнень. Проведене дослідження дозволило обґрунтувати особливості діагностики, профілактики та лікування хворих на хронічну ішемію мозку з НАГ.

Ключові слова: неконтрольована артеріальна гіпертензія, гіпертонічний криз, хронічна ішемія мозку, однофотонна емісійна комп'ютерна томографія

ЗАСТОСУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНИХ ПЛІВОК НА ОСНОВІ ГЛЮКОЗАМІНОГЛІКАНА ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ

Білоклицька Г.Ф., Афанасенко К.Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Важливою складовою лікарських маніпуляцій при лікуванні захворювань пародонту поряд з інструментальними методами є місцеве медикаментозне лікування. Сьогодні для місцевої терапії застосовують антибактеріальні, антисептичні, протизапальні препарати, які зменшують інфікованість тканин пародонта мікроорганізмами, знімають явища запалення, набряку, знеболюють. Лікувальний ефект більшою мірою залежить від способу введення лікарських речовин.

Мета. Визначення ефективності пародонтальних плівок на основі глюкозаміноглікана при генералізованому пародонтиті.

Матеріали і методи. Важливою складовою лікарських маніпуляцій при лікуванні захворювань пародонту поряд з інструментальними методами є місцеве медикаментозне лікування. Сьогодні для місцевої терапії застосовують антибактеріальні, антисептичні, протизапальні препарати, які зменшують забрудненість тканин пародонта мікроорганізмами, знімають явища запалення, набряку, знеболюють. Лікувальний ефект більшою мірою залежить від способу застосування лікарських речовин. Перспективним напрямком є розробка аплікаційних форм введення лікарських засобів. При цьому важливе значення має можливість прицільного, локального введення препарату, дотримання тривалості впливу і концентрації активної речовини. Прикладом аплікаційного введення лікарських форм пролонгованої дії є застосування біополімерних плівок. На кафедрі фармакології НМАПО імені П.Л. Шупика розроблений новий тип пародонтальних плівок на основі глюкозаміноглікану, в яких хороша адгезія до слизової оболонки поєднується з можливістю пролонгованої введення лікарських засобів. Плівки складаються з двох шарів - гідрофільного і гідрофобного, і залежно від розташування шару розрізняють дві сторони плівки. Перевага цих плівок полягає в можливості їх застосування самими пацієнтами в домашніх умовах, як у фазі активного лікування, так і на етапі ремісії для профілактики запальних процесів. Аналіз отриманих результатів показав, що використання пародонтальних плівок на основі глюкозаміноглікану при лікуванні хворих із запальними захворюваннями пародонту сприяє нормалізації показників гігієнічного стану порожнини рота і пародонтального індексу. Позитивна динаміка показників, що характеризує стан пародонта свідчить про досить високу терапевтичну ефективність пародонтальних плівок на основі глюкозаміноглікану, що пов'язано з його впливом на метаболічні процеси в сполучнотканинних структурах пародонту.

Висновки. Наші досліджень дозволяють рекомендувати пародонтальні плівки на основі глюкозаміноглікану для широкого застосування в практиці лікаря-стоматолога при лікуванні запальних захворювань пародонту.

Ключові слова: пародонтальні плівки, глікозаміноглікан, захворювання тканин пародонту

ПОШИРЕНІСТЬ ДЕФІЦИТУ ТА НЕДОСТАТНОСТІ ВІТАМІНУ D У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ

Мазур І.П., Новошицький В.Є.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Генералізований пародонтит являється широко поширеним захворюванням. Повідомляється про його взаємозв'язок із різними загальносоматичними захворюваннями вченими із всього світу. Останнім часом все більше уваги приділяється ролі вітаміну D в здоров'ї людини. Багато науковців зазначають про високий рівень дефіциту вітаміну D, як в Україні, так і за її межами, а також про ймовірний зв'язок із генералізованим пародонтитом.

Мета. Визначити рівень 25-гідроксिवітаміну-D у плазмі крові пацієнтів із генералізованим пародонтитом різного ступеню тяжкості та різного перебігу.

Матеріали та методи. За період 2012-2014рр. було обстежено 140 осіб із генералізованим пародонтитом різного ступеню тяжкості та різного перебігу. Всім пацієнтам було проведено забір крові із вени на визначення загального рівня 25-гідроксिवітаміну-D (25-гідроксивітаміну-D₂ + 25-гідроксивітаміну-D₃).

Результати. Аналіз отриманих результатів при обстеженні 140 осіб із генералізованим пародонтитом різного ступеню тяжкості та різного перебігу показав, що дефіцит вітаміну D (рівень 25-гідроксивітаміну-D < 50 нмоль/л) наявний у 39 пацієнтів, що складає 27,9%. Недостатність вітаміну D (рівень 25-гідроксивітаміну-D становить 50,1 – 74,9 нмоль/л) було виявлено у 63 пацієнтів, що складає 45,0%. Норма вітаміну D (рівень 25-гідроксивітаміну-D становить $\geq 75,0$ нмоль/л) була виявлена у 38 пацієнтів, що складає 27,1%.

Висновки. У пацієнтів із генералізованим пародонтитом недостатність та дефіцит вітаміну D були виявлені у 72,9% обстежуваних пацієнтів. Це вказує на ймовірність взаємозв'язку недостатності та дефіциту вітаміну D із генералізованим пародонтитом. Для доведення чи заперечення даного взаємозв'язку необхідно провести подальші дослідження.

Ключові слова: генералізований пародонтит, лікування, вітамін D

ЗМІСТ

1.	Крилова А.С. Застосування структурно-модифікуючих та гіпоурикемічних препаратів у пацієнтів з остеоартрозом та гіперурикемією.....	4
2.	Шуба Н.М., Пилипенко А.В. Вивчення клінічної ефективності та безпеки протизапальних препаратів у хворих на остеоартрит.....	5
3.	Рибицька М.О. Комплаєнс, метаболічні порушення та атеросклероз у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.....	7
4.	Садовий О.С. Експериментально-клінічне дослідження розвитку когнітивних розладів за умов цукрового діабету.....	8
5.	Руденко Т.А. Системы интеллектуальной поддержки дагностике диссинхронии сердца у больных сахарны диабетом 2-го типа.....	9
6.	Трофіменко Р.В. Клініко-візуалізаційні докази розвитку паркінсонізму.....	11
7.	Малецька З.В., Давтян Л.Л. Біофармацевтичні аспекти створення супозиторій для лікування гінекологічних та проктологічних захворювань.....	12
8.	Борн Є.Є. Оптимізація хірургічного лікування хронічного парапроктиту шляхом використання колагенової плівки.....	14
9.	Коханевич А.В. Удосконалення лапароскопічної преперитонеальної алопластики при пахвинних грижах.....	15
10.	Крыжановская И.В., Абдуллаев Р.Я., Винник Ю.А. Лучевая диагностика рака верхнего отдела желудка.....	17
11.	Пікас Г.Б., Пікас О.Б., Брюзгіна Т.С. Діагностичне значення змін складу жирних кислот сироватки крові у курців.....	19
12.	Пікас П.Б., Полінкевич Б.С., Брюзгіна Т.С. Зміни показників складу жирних кислот ліпідів сироватки крові у хворих на поліпи шлунка.....	21
13.	Пшеничний В.І. Оптимізація комплексного лікування хворих на	

гострий холецистит, ускладнений механічною жовтяницею.....	23
14. Сміщук В.В., Лепський В.В. Інтраперитонеальна алопластика при післяопераційних грижах живота гігантських розмірів.....	24
15. Радомський О.А., Рябоконт П.В. Наш досвід лікування внутрішньосуглобових переломів п'яткової кістки блокованим стрижнем.....	26
16. Ковальчук В.М., Ладика В.О. Порівняння малоінвазивного передньо-латерального черездельтовидного доступу та традиційного дельтовидно-пекторального доступу для накісткового остеосинтеза внутрішньосуглобових переломів проксимального відділу плечової кістки.....	29
17. Ладика В.О., Ковальчук В.М. Комплексне лікування відкритих переломів кісток гомілки.....	30
18. Глогуш І.І. Целиакія. Особливості діагностики та перебігу.....	32
19. Мартинова В.В. Зміни вегетативної нервової системи у дітей з синдромом подразненого кишківника.....	35
20. Нехаєнко М.І. Особливості запальних змін і процесів регенерації на різних стадіях розвитку хронічних гастродуоденітів у підлітків.....	37
21. Охотникова Е.Н., Доронина Я.И. Орфанная патология: инфантильный системный гиалиноз.....	39
22. Охотнікова О.М., Черниш Ю.Р. Діагностика гастроінтестинальної форми харчової алергії.....	43
23. Аугунас С.В., Григорук Ю.Н., Кирпач А.В. Опыт известных организаторов фармацевтического дела Украины в реализации социальных функций аптек.....	45
24. Нефьодов О.О., Руденко О.В. Оцінка знеболюючого потенціалу парацетамолу за умов експериментального алергічного енцефаломієліту.....	47
25. Новиков Д.В. Підвищення ефективності комплексної	

фармакотерапії мініінвазивного лікування хворих із больовою формою спайкової хвороби очеревини.....	49
26. Сулік Р.В., Яворська А.В., Ханенко Н.В., Сулік В.В., Барна І.Б., Борисова В. Л. Лікування вертіго.....	50
27. Римар М.В., Макіяш Ш.А. Скануюча електронна мікроскопія у дослідженні твердої дисперсної системи мелоксикаму.....	52
28. Колосова К.Ю. Ефективність місцевої терапії червоного плескатою лишая слизової оболонки порожнини рота.....	53
29. Переходюк І.В. Гігієнічний стан порожнини рота при тимчасовій реабілітації пацієнтів з малими включеними дефектами зубного ряду на час імплантологічного лікування.....	55
30. Фелештинська О.Я. Оптимізація комплексного лікування хронічних періодонтитів з використанням нестероїдних протизапальних препаратів.....	58
31. Воробйова М.П., Бакуменко І.К. Епідеміологія розсіяного склерозу в Одеській області.....	59
32. Павлишина Н.М. Диференційна діагностика функціональних та органічних рухових розладів.....	61
33. Бабкіна Т.М., Носенко Н.М. Ризик інтраопераційного інсульту при операції аорто-коронарного шунтування.....	62
34. Вольф О.О. Відкритість системи охорони здоров'я на зміни та інновації під час комплексної реформи соціальної політики держави.....	64
35. Бабійчук О.М., Вольф О.О. Нормативно-правові підстави гуманізації соціальної політики щодо невиліковно хворих за умов загострення суспільно-політичної кризи в Україні.....	65
36. Збітнєва В.О., Дичко Т.О., Чайка А.О., Сергєєва Н.О. Методи оцінки, контролю та підвищення прихильності пацієнтів до лікування псевдорезистентної артеріальної гіпертензії у практиці	

сімейного лікаря.....	68
37. Жирок М.М. Групова взаємодія, як запорука підвищення ефективності мережевого навчання.....	70
38. Топал М.М. Зміни загальної рухової активності як прояв зміненої реактивності мозку щурів за умов хронічного судомного синдрому...	72
39. Фелештинський Я.П., Бондаренко О.М. Малоінвазивні втручання у лікуванні ускладнень гострого панкреатиту.....	74
40. Свиридова Н.К., Лубенець Г.С., Павлюк Н.П., Сулик Р.В. Тревожные расстройства у постинсультных больных.....	76
41. Шевченко Ю.С. Особливості харчового раціону осіб з нормальною та підвищеною масою тіла.....	79
42. Рыбачук А.В., Резниченко Л.С. Экспериментальное доклиническое обоснование применения новых антибактериальных препаратов наночастиц серебра и золота в челюстно-лицевой хирургии.....	80
43. Белей Н.А. Ентеральне та парантеральне харчування пацієнтів онкологічного профілю після операцій на шлунково-кишковому тракті.....	83
44. Мартинчук Ю.В., Чемер Н.М., Пономаренко Ю.В. Возможности системного тромболізісу при ішемічному інсульті.....	84
45. Сулік Р.В., Яворська А.В., Галуша А.І. Роль ерготропних і трофотропних систем в підтримці сталості внутрішнього середовища людини.....	86
46. Ханенко Н.В., Сулік Р.В., Попов О.В., Микитей О.М. Місце венозної дисциркуляції у хворих з гіпертензивною дисциркуляторною енцефалопатією.....	88
47. Евтушевская А.Н, Марусиченко В.В., Лішневський С.О., Хоменко Т.В. Трудности диагностики паранеопластических	

полиневропатий.....	90
48. Свиридова Н.К. Лубенець Г.С. Яворський В.В. Особливості мозкового кровообігу у хворих на хронічну ішемію мозку на тлі неконтрольованої артеріальної гіпертензії.....	92
49. Білоклицька Г.Ф., Афанасенко К.Ю. Застосування пародонтальних плівок на основі глюкозаміноглікана при генералізованному пародонтиті.....	94
50. Мазур І.П., Новошицький В.Є. Поширеність дефіциту та недостатності вітаміну D у пацієнтів з генералізованим парадонтитом.....	96