

С. М. Андрейчин, І. І. Ганьбергер, Т. Ю. Черненік,
Н. З. Ярема, Н. Я. Верещагіна, М. М. Руда, Б. Г. Бугай,
Н. М. Олексів, І. М. Буткін, Н. А. Бількевич,
Н. А. Хабарова, О. І. Кузів, Б. М. Денуат

ДИНАМІКА РІВНЯ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ПІД ВПЛИВОМ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРІХ НА ОА У ПОСДІАННІ З ХОЗЛ

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

Відповідальний за випуск: доц. Н. Я. Верещагіна

«Сучасні аспекти діагностики, лікування і реабілітації захворювань внутрішніх органів»: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (Тернопіль, 23–24 жовт. 2014 р.) / Тернопільський держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2014. –

76 с.

Часто остеоартроз (ОА) перебігає на тлі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Запальний процес в бронко-легеневій системі спричиняє деструктивний вплив на кісткову тканину, сприяє лезорганізації сполучної тканини. Встановлено, що при ХОЗЛ порушеній інтерфероновий статус хворих. Тому зниження рівня інтерферонів є достатнього перелумового для використання у комплексному лікуванні індуктора інтерферону, зокрема препарату аміноглюкозного активісту.

Мета дослідження: отримувати лікування хворих на ОА у поєднанні з ураженням бронхо-легеневої системи.

Матеріали та методи дослідження. З метою проведення диференційованого лікування, 24 пацієнтів, з яких ОА поєднувався з ХОЗЛ, розділили на 2 групи по 12 осіб у кожній. 1-та група пацієнтів одержувала засоби стандартної терапії ОА (холінпротектори, нестероїдні противалгії препарати тощо). 2-а група, крім такої терапії, одолатково приймала аміноглюкозний (АГС) за такою схемою: по 1 таблетці (0,125 г) 1 раз на день 2 дні, а згодом через 48 годин – вироджуваж 5 тижнів. До контролютої групи увійшли 20 здорових людей. Інтактивність системного запального процесу оцінювали за критерієм С-рефінг-фактора в спровадженні крокі обстеження.

ІІІ ПЛАУКИ УКРАЇНИ
ІІІ «ФОРЯ України
«ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ
ФЕСТИВАЛЬ «ВІДРОДЖЕННЯ ПРИПІДПОЛІСЬКОЇ
ІДАЛІ» МІДІАМІСТРАЦІЇ

ЛІГЕРДИ

4-5 листопада

Інноваційно-практичної конференції

«ІІІ ЧІСЛІШ АСПЕКТИ
ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ
І РЕАНАМІЛІЦІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ
ІМУКІЛІНІХ ОРГАНІВ»

3-4 листопади 2014 року

І. В. С.
ІКНІ

014

MCM₂₈₀ та щівницення показників ЕІ. Ступінь тяжкості тиреотоксикозу не впливав на ступінь змін MCM, а лише ЕІ підвищувався при тяжкому тиреотоксикозі.

Н. В. Пасечко, І. І. Свистун, І. В. Голик, Н. Я. Гулько,
С. В. Гнат

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРІХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ

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

УДК 616.37-002.2:616.366-089.87

В. І. Русин, Є. С. Сірчак, Н. Ю. Курчак

Перебіг ліфузного токсичного зоба (ДГЗ) супроводжується розвитком синдрому ендогенної інтоксикації (ЕІ) із накопиченням молекул середньої маси (МСМ), які є тільки маркером ЕІ, а їй в подальшому погіршують перебіг патологічного процесу, виконуючи роль вторинних токсинів і впливаючи на життєдіяльність всіх органів та систем.

Методи. Було обстежено 42 хворих на ДГЗ, які отримували базисне лікування (1-ша група), а також 40 хворих (2-га група), які отримували юларатково есенціальні фосфоліпіди в дозі 1800 мг/добу. Кожна із груп була поділена на відповідних 2 підгрупи: підгрупа А (висипче виявлення ДГЗ) та підгрупа Б (рецидив захворювання). Обстеження в динаміці проводили через 1 місяць після проведеного лікування. Викладані такі показники ЕІ, як вміст МСМ 254, 280, еритроцитарний індекс інтоксикації (ЕІ).

Результати. При первинному обстеженні у пацієнтів на ДГЗ виявлено підвищення MCM₂₅₄ на 80,4 % та 77,7 % та MCM₂₈₀ на 92,18 та 89,80 % відповідно у групах А та Б порівняно із контролльною групою ($p<0,05$). Рівень ЕІ вірогідно підвищувався порівняно із контролем у хворих на ДГЗ із групами А – у 2,79 разу, із групой Б – у 3,00 разу ($p<0,05$).

Після проведеної лікування відмінно зниження MCM₂₅₄ та MCM₂₈₀ у динаміці порівняно із вихідними даними у кожній групі, спостерігалася вірогідна відмінність від показників у групі зі стандартним лікуванням ($p<0,05$). Порівнюючи показники ЕІ в результаті провежденої лікування при застосуванні комплексного лікування зі стандартного терапією, значущої різниці відмінно не було ($p>0,05$).

Висновки. У хворих на ДГЗ в результаті провежденої лікування відмічається зменшення проявів синдрому ендогенної інтоксикації, більше виражене при застосуванні комплексної терапії із використанням есенціальних фосфоліпідів.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ ЗАМІСНОЇ ФЕРМЕНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРІХ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИОМ ПІСЛЯ ХОЛЕЦІСТЕКТОМІЇ

Ужгородський національний університет, медичний факультет

Дослідження функціонального стану панкреатичної залози (ПЗ) є однією з найбільш складних проблем сучасної гастроентерології. Це пов'язано з особливостями її клінічних ознак, латентний період до появи яких може тривати до 20-30 років. Незважаючи на велику кількість лабораторних та інструментальних тестів, до цього часу існують труднощі отримання чистого соку ПЗ для проведення біохімічних досліджень, існуючі методи недостатньо специфічні та чутливі, пов'язані з існуванням ризиком для хворого, не дозволяють діагностувати захворювання на ранніх стадіях [3].

В Україні практично не застосовується сучасні функціональні методи дослідження, які надають чікідну діагностичну інформацію

шюло функціонального стану ПЗ. Відсутність у вітчизняній гастроenterологічній практиці точних високомікронагативних методів ліагностики хронічних уражень ПЗ (особливо її зовнішньосекреторної недостатності ЗСН) приводить до того, що лікування проводиться, в основному, емпірично. Часто діагноз хронічного панкреатиту (ХП) виставляють лише за ультразвуковими даними, а також на пістлаві скарп панкрайта. При цьому, результати замісної ферментної терапії (ЗФТ) нерідко бувають незадовільними [1].

Мета роботи. Оцінити ефективність різних схем ЗФТ на динаміку клінічної симптоматики у хворих із ХП після холецистектомії (ХЕ).

Матеріали і методи. Гді нашим спостереженням знакомилося 40 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні №1 ЗОКЛ ім. А. Новака м. Ужгорода та на амбулаторно-диспансерному спостереженні у ліжницьного гастроентеролога/саме́йного лікаря за місцем проживання. Дослідження були проведені за згодою пацієнтів, а методика їхнього проведення відповідала Гельсінській декларації 1975 р. та її перегляду 1983 р.

Хворі були віком від 21 до 64 років, середній вік склав (42,3±5,4) років; чоловіків було 8 (20,0 %), жінок – 32 (80,0 %). Всім обстеженим була проведена ХЕ в термінах від 2 до 8 років.

Усім хворим до і після лікування були виконані загальноклінічні методи дослідження. Діагноз загострення ХП виставлявся з урахуванням скарп, анамнестичних, лабораторних (загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, копрологічне дослідження) та інструментальних (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини апаратом Philips HDI – 1500) методів дослідження.

Для вивчення ЗСН ПЗ проводилось копрологічне дослідження, визначався рівень амілази сироватки крові. Також всім хворим до та після лікування викорували ^{13}C -зміщаний триліпперидин та ^{13}C -амігазний дихальний тест.

Надання медичної допомоги хворим на ХП після ХЕ проводили згідно з клінічним протоколом лікування МОЗ України та локальних протоколів. Базисне лікування хворим на ХП після ХЕ призначали на фоні лієтичного харчування.

Обстежених хворих на ХП після ХЕ розподілили на 2 групи (по 20 пацієнтів у кожній групі) в залежності від призначеної ЗФТ. Гру-

па ($n=20$) хворих на ХП після ХЕ приймали ферментний препарат Мезим форте 10000 («Берлін-Хемія», Німеччина) по 2-4 таблетки 3 рази на добу під час прийому їжі. Одна таблетка Мезим форте 10000 містить свинину панкреатин з мінімальною активністю ліпази – 10000 ОД Е.Ф., амілази – 7500 ОД С.Ф., протеази – 375 ОД С.Ф. II група ($n=20$) хворих на ХП після ХЕ приймали ферментний препарат Панкрол 25000 («Берлін-Хемія», Німеччина) по 1-2 капсули 3 рази на добу під час прийому їжі. Одна капсула Панкрол 25000 містить панкреатин (порошок з піщанувкових залив свиней), що має мінімальну ліпоплітичну активність 25000 ОД С.Ф., мінімальну протеолітичну активність 22500 ОД С.Ф., мінімальну протеолітичну активність 1250 ОД – 356,1 мг.

Результати досліджень та їх обговорення. Оцінка результатів проведених досліджень вказує на зміни з боку органів травлення у хворих з ХП після ХЕ до проведеного лікування: схильність до проносів, поліфекалію, болі розлитого, спастичного характеру у животі, зупуття живота, дискомфорт та нюочі болі у верхніх вічлах живота, нудоту, відрижку (табл. 1).

Хворі з ХП після ХЕ після лікування	Клінічні прояви			<i>Таблиця 1</i>
	Синдром	Випорожнення	Прояви	
до лікування	90	70	75	
1-й тиждень лікування	45*	55	50	
3-й тиждень лікування	15** ^	45*	35*	
до лікування	85	85	80	
1-й тиждень лікування	60	50*	45*	
3-й тиждень лікування	30*	25** ^	20**	

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; похибки у хворих I та II груп після лікування досліджені: ^ $p<0,01$.

У всіх хворих з ХП після ХЕ на фоні проведеного комплексного лікування із використанням ЗФТ спостерігали зменшення проявів

кипкової та біларної диспенсії, а також болювого синдрому. При цьому спостерігали нормалізацію випорожнення та зменшення проявів диспенсичного синдрому у 60 % хворих II групи наприкінці 3-го

тижня комплексного лікування із використанням ЗФГ (Пантрол 25000). Зменшення болювого синдрому вже на початку проведеної ЗФГ на фоні базисної терапії більш виражене було в I групі пацієнтів (використання Мезим форте 10000) – таблиця 1.

Отже, результати наших досліджень вказують на більш виражену динаміку бальового синдрому у хворих з ХІІ після ХЕ при використанні високих доз таблеткованих форм ферментних препаратів (Мезим форте 10000 в індивідуально підібраному дозуванні). Призначення міні-таблеток Пантрол 25000 у комплексній терапії хворих з ХІІ після ХЕ сприяє більш ефективному зменшенню проявів кипкової та біларної диспенсії.

Проведені дослідження дозволяють стверджувати, що комплексна ЗФГ у хворих із ХІІ після ХЕ має бути індивідуальною із урахуванням домінуючих клінічних проявів захворювання.

Висновки:

1. Використання високих доз ферментних препаратів у формі міні-таблетки (Пантрол 25000) є ефективним методом корекції ЗСН ПЗ у хворих з ХІІ після ХЕ.

2. При вираженому бальовому синдромі у хворих з ХІІ після ХЕ слід використовувати таблетковані форми ферментних препаратів (Мезим форте 10000) на фоні базисної терапії.

Література

- Будзик Й. Я. Ферментная терапия хронического панкреатита с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы // И. Я. Будзик // Гастроэнтерология. – 2013. – № 2 (48). – С. 59–63.
- Глаль В. А. ¹⁴C-триптиперидний дихальний тест та замісна терапія зовнішньосекреторної недостатності піджелудкової залози / В. А. Глаль // Кримський терапевтичний журнал. – 2010. – Т. 2. – С. 165–168.
- Степанов Ю. М. Хроничний панкреатит: біларний механізм, чинники та перебіг / Ю. М. Степанов, Н. Г. Заіченко // Запорожський медичний журнал. – 2012. – № 1 (70). – С. 46–50.

З. В. Салій, С. І. Шкработ

СИВІДНОШЕННЯ ФАКТОРІВ, ЯКІ ОБУМОВЛЮЮТЬ ОЦІНКУ ЯКОСТІ ЖИТЯ У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ВАЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

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

Мета роботи: дослідити сивідношення факторів (соціальних, клінічних), які впливають на оцінку якості життя у хворих з наслідками важкої черепно-мозкової травми (ЧМТ).

У 77 хворих з наслідками важкої ЧМТ проведено оцінку якості життя за шкалою SF-36. Середній вік хворих – (40,26 ± 1,19) років. У всіх хворих ретельно збирали анамнез (освіта, сімейний стан, наявність роботи, ступінь стійкої втрати прапредездільності), проводили загальномедичне і неврологічне обстеження, вилікання провідній неврологічний синдром або іх поєднання. Ступінь, вираженості трилогії та депресії оцінювали за шкалою HADS.

Встановлено достовірно низький рівень рубрики соціального функціонування в групі хворих з поєднаним вогнівочевого і психогенетичного синдромів. У пацієнтів з кризовим перебігом віддаленого періоду ЧМТ достовірно нижчим був показник життєвої активності. Зафіксовано негативний вплив клінічно вираженої триволії і суб-і клінічно вираженої депресії на більшість рубрик шкали SF-36. Не встановлено істотного впливу таких чинників, як рівень освіти, сімейний стан, наявність постійної роботи. Однак у хворих з видічкою, за якості життя був обмежений вираженим.

Висловок. До факторів, які позитивно впливають на оцінку якості життя у хворих з наслідками важкої ЧМТ, слід віднести: наявність

<i>Н. В. Назарчук, Л. С. Бабінець</i>	ПЕРІОД ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ 58
ОЦІНКА СТРУКТУРНОГО СТАНУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ I КОТРОГРАММІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТИСІСІ	О. Б. Сусіа, І. Р. Мисюра, О. А. Ілліківська
ХОЛЕСТИКТОМІ 43	ЛІАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ СИМІТОМАТИКИ У ХВОРИХ З КАЛЬЦІФІКАЦІЄЮ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ НА ХРОНІЧНОМУ
<i>Н. В. Пасечко, Б. Б. Богомолок, Л. В. Наумова, В. Б. Богомолок, Г. Я. Лой</i>	ГЕМОДАЛІЗI 59
СИНДРОМ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ 45	<i>M. І. Швец, І. М. Михайлів, І. І. Мартинюк</i>
<i>Н. В. Пасечко, І. І. Свистун, І. В. Голик, Н. Я. Гулько, С. В. Гнат</i>	ВПЛИВ ТРИВАЛОЇ КОМБІНОВАНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ НА БІОХІМІЧНІ ТА СОНОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ХВОРИХ НА ПОДГРУ В ПОСДІАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ 61
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ЕСЕНІЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ 46	<i>M. І. Швец, І. Б. Примаков</i>
<i>В. І. Русин, С. С. Сирчак, Н. Ю. Курчак</i>	ЗМІНИ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКІЙ ЛЬВОГО ПІЛУЮЧКА ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТ'ЕНОКАРДІЮ ТА СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ 62
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ ЗАМІСНОЇ ФЕРМЕНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПІСЛЯ ХОЛЕСТИКТОМІ 47	<i>О. В. Шимансько</i>
<i>З. В. Савій, С. І. Шкробот</i>	ВПЛИВ ДІСЛІПІДЕМІЇ НА КОГІНІТИВНІ ФУНКІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПERTЕНЗІЮ 64
СПІВВІДНОШЕННЯ ФАКТОРІВ, ЯКІ ОБУМОВЛЮЮТЬ ОЦІНКУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ПАСПІДКЛАМИ ВАЖКОЇ ЧЕРЕПНО- МОЗКОВОЇ ТРАВМИ 51	<i>H. І. Ярема, А. І. Балабан, І. І. Савченко, І. В. Радеєвська, І. В. Наумова,</i>
<i>О. Є. Самогальська, І. М. Марків, В. Ф. Тютюна, І. В. Меречєвська</i>	<i>О. І. Кондроба, Б. Б. Богомолок, В. В. Віточчицька</i>
АНАЛІЗ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В УМОВАХ СТАДІОНАРУ 52	ВПЛИВ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ НА КИСНЕВІ ЗАБEZПЕЧЕННЯ НИЖНИХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРДЦЯ З СУПУТНІМ ПУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ 66
<i>З. С. Скіряк, С. М. Андрушевич</i>	<i>Ю. М. Андрушевич</i>
ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ЛІПОДЕГІДІАЦІЇ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ ЦЛУТЛЯРНОМ ПРИ ГОСТРОМУ ТОКСИЧНОМУ ПІГРАЗІНОВОМУ ГЕПАТИТИ 53	ПЕРЕБІГ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СИНУСИТУ НА ТЛІ ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТИ 67
<i>І. М. Сніжко, А. О. Бой, І. В. Наумова, І. І. Савченко,</i>	<i>В. В. Пікетов</i>
<i>І. І. Гришевецький, М. В. Радеєвська</i>	КЛІНІЧНІ ФОРМИ І УСКЛАДНЕННЯ БЕЗІШИХ В БОЛГАРІ 68
СТАДІЇ МІКРОДІОЦІЗІСУ КІПІНІКА У ХВОРИХ НА ГЕПАТИТИ ІДІОТИПУ 2 56	
<i>Л. М. Копичак</i>	
ІДІОТИПІЧНОГО СИНІГОМУ ТА ІДІОТИПІЧНОГО СИНІГОМУ ТА ІДІОТИПІЧНОГО СИНІГОМУ ТА 57	
<i>М. В. Широбак</i>	
ШОДІНКОСТІ КРОНОТОКУ У ГОСТРОМУ	