

**МАТЕРІАЛИ**  
**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**  
**«ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ В ПРАКТИЦІ**  
**СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ»**  
**(20—21 квітня 2016 р., м. Харків)**

**ВПРОВАДЖЕННЯ ВІРТУАЛЬНИХ**  
**І СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПІДГОТОВКУ**  
**СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ**

*О.М. Хвисьюк, В.Г. Марченко, О.М. Корж,  
Ю.А. Коломійченко, О.А. Цодікова*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Сучасні тенденції медичної освіти пропонують використання симуляційної техніки, що дозволяє досягти максимального ступеня реалізму при імітації різноманітних клінічних сценаріїв, а також відпрацювання технічних навичок окремих діагностичних і лікувальних маніпуляцій. Медпрацівники та викладачі медичних вузів всього світу визнають, що навчання на базі моделювання тих чи інших ситуацій в значній мірі сприяє поліпшенню медичного обслуговування за рахунок підвищення продуктивності праці фахівців і рівня безпеки пацієнтів.

Застосування фантомного і симуляційного навчання у підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини бачиться як прийнятний і необхідний напрям у навчальному процесі. Для забезпечення високої якості практичної підготовки слухачів тільки наявності тренажерів недостатньо. Необхідно використання певних педагогічних технологій, що забезпечують спадкоємність системи відпрацювання та вдосконалення практичних навичок і підготовку до виконання професійної діяльності на всіх етапах навчання слухача.

Ефективний процес навчання в сучасних умовах найбільш доцільний при використанні інноваційних віртуальних навчальних технологій, що дозволяють найбільш оптимально формувати й удосконалювати професійні знання, вміння та навички у лікарів без наявності пацієнтів, а з використанням комп'ютерних симуляторів, спеціальних фантомів, муляжів і тренажерів, які забезпечують створення віртуальної реальності медичних втручань і процедур.

Профілі віртуальних пацієнтів є унікальним інструментом, що дозволяє лікарям загальної практики-сімейної медицини удосконалювати практичні навички і професійні знання в області діагностики і лікування різноманітних захворювань в будь-який зручний для них час.

Саме в напрямку міждисциплінарного та міжпрофесійного підходу до розробки інтегрованих програм симуляції знайшли перспективу і фахівці Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО). Ця перспектива полягає в запровадженні симуляційних технологій у системі практично-орієнтованого навчання лікарів, зокрема лікарів загальної практики-сімейної медицини, включаючи всі форми їх підготовки: інтернатура, спеціалізація

та цикли тематичного вдосконалення. Кінцева мета симуляційного навчання лікаря будь-якої спеціальності — зниження лікарських помилок та зменшення ускладнень, а підвищення якості надання первинної медико-соціальної допомоги населенню.

Із 2014 р. наказом ректора ХМАПО було створено «Центр симуляційного навчання», де в межах державних освітніх програм і стандартів вищої професійної освіти, програм післядипломної освіти реалізується розвиток майстерності фахівців через застосування методів симуляційного навчання, створюється навчально-методичний супровід на циклах післядипломної освіти лікарів із використанням інтерактивних технічних засобів (тестові завдання для інтерактивних систем голосування, базові навички на основі імітаційних тренажерних комплексів).

Останнім часом у ХМАПО обґрунтовується впровадження в систему післядипломної підготовки сімейних лікарів методика «стандартизований пацієнт», яка створює можливість перевірити свої практичні вміння роботи з пацієнтом під час проведення іспитів.

Застосування симуляційних освітніх технологій у підготовці сімейних лікарів з можливістю об'єктивної оцінки засвоєння професійних умінь і навичок, безумовно, призведе до значного підвищення кваліфікації медичних фахівців та рівня готовності їх використання в клінічній практиці.

**РЕЗУЛЬТАТИ НЕЗАВИСИМОГО МОНИТОРИНГА**  
**СОСТОЯНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**  
**ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ХАРЬКОВЕ**

*Барская Л.Я<sup>1</sup>, Фролова Т.В<sup>1</sup>, Охалкина О.В<sup>1</sup>,  
Стенковая Н.Ф<sup>1</sup>, Берус А.В<sup>2</sup>.*

*Харьковский национальный медицинский университет<sup>1</sup>  
Харьковская городская клиническая многопрофильная  
больница №17<sup>2</sup>*

В феврале 2016 года журнал «Lancet» обнародовал результаты современного анализа состояния грудного вскармливания в странах с разными социально-экономическими характеристиками. Так, в странах с высоким уровнем дохода на грудном вскармливании до 12 месяцев находится 1 малыш из 5, тогда как в государствах со средним или низким уровнем материального благополучия исключительно грудное вскармливание до шестимесячного возраста получает 1 из 3 детей. Большое внимание в публикациях уделено экономическому потенциалу, который имеет расширение практики грудного вскармливания, показана современная модель

экономических потерь, связанная с недостаточной распространенностью грудного вскармливания среди населения среди населения разных стран. Глобальные экономические потери в результате низкой распространенности грудного вскармливания во всем мире в 2012 году составили в среднем 302 миллиарда долларов США, эквивалентных 0,49% мирового валового национального дохода.

Согласно статистическим данным ВОЗ, 2014 г. распространенность грудного вскармливания до 6 месяцев в Украине составляет только 20%. К сожалению, в Украине несмотря на внедрение еще с 2000 г. приказом МОЗ Украины № 50 от 9.03.2000г. концепции «Baby friendly hospital», в литературных источниках за последние годы встречаются данные единичных исследований, посвященных грудному вскармливанию. Тогда как зарубежные источники, в том числе «The human lactation journal» с каждым годом уделяют данной проблеме все больше и больше внимания.

**Цель исследования:** изучение факторов, которые приводят к преждевременному завершению грудного вскармливания детей, постоянно проживающих в г. Харькове.

Методом анкетирования опрошено 52 матери детей, находившихся на стационарном лечении в Харьковской городской клинической многопрофильной больнице № 17 по различным причинам, среди которых преобладали острые респираторные заболевания. В исследовании принимали участие матери детей в возрасте от 1,5 месяцев до 24 месяцев (средний возраст составил 14,5 мес). В среднем 50,1% детей находились на грудном вскармливании до 24 мес., а до 6 месяцев грудное молоко получали 35,6% детей. У 99,3% детей старт грудного вскармливания имел место в роддоме.

Среди причин, которые способствовали преждевременному завершению грудного вскармливания, матери указывали: уменьшение количества молока — 50,3%, при этом недостаточный набор веса малышей во время грудного вскармливания отмечали только 5,2% женщин, болезненное кормление по тем или иным причинам — 45,6% матерей. У 85,1% детей имело место догрудное кормление искусственной смесью. В качестве одной из самых частых причин преждевременного завершения грудного вскармливания 60% женщин указывали усталость, неполноценный сон и невозможность достаточно отдохнуть. Установлено, что в 90,2% случаев у детей с окончанием грудного вскармливания раньше рекомендуемого срока, была использована соска-пустышка. Окончание грудного вскармливания у детей, у которых была использована пустышка в 85,3% случаев происходило в результате так называемого «отказа от груди» в возрасте 2,5-3 месяцев. За медицинской помощью матери, которые преждевременно завершили грудное вскармливание обращались всего в 20,2% случаев, тогда как 80,1% женщин приняли решение о переводе своих детей на искусственную смесь самостоятельно или под влиянием родственников и друзей. Женщины, которые обратились за медицинской помощью, в 90,4% случаев после решения возникших проблем с помощью специалиста продолжили грудное вскармливание

#### **Выводы:**

1. Залогом высокой распространенности грудного вскармливания является информирование матерей о преимуществах грудного вскармливания, обучение и поддержка женщин на всех этапах кормления.

2. Использование соски-пустышки является неоспоримым фактором, приводящим к завершению грудного вскармливания.
3. Повышение распространенности грудного вскармливания не только способствует укреплению состояния здоровья детского населения, но и способно повысить экономический статус семей, имеющих грудного ребенка за счет снижения расходов на искусственные смеси.
4. При наличии адекватной доброжелательной, информативной медицинской помощи по вопросам грудного вскармливания, существует довольно высокая вероятность его сохранения до достижения малышом рекомендуемого возраста его окончания — 24 месяцев.

### **ПРОМЕНЕВА ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНІЙ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ (РИЗИК ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ)**

*Бортний М.О.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Хронічна серцева недостатність (ХСН) найбільш часто зустрічається у пацієнтів похилого і старечого віку, серед котрих поширеність за даними літератури складає від 5% до 15% і є однією з частих причин госпіталізації. Серед пацієнтів з ХСН до 1/5—1/3 усіх випадків госпіталізації приходить на позалікарняну пневмонію (ПП), яка також нерідко є причиною смерті хворих 65 років і старше. Відомо, що ХСН являється одним з основних факторів ризику розвитку ПП поряд з алкоголізмом, імуносупресією, хронічними обструктивними захворюваннями легень, цукровим діабетом, нирковою та печінковою недостатністю і ін. Метою дослідження було вивчення особливостей перебігу ПП у пацієнтів з ХСН і можливих факторів ризику її розвитку.

**Матеріал та методи.** В результаті клініко-інструментального обстеження були відібрані 200 пацієнтів з ХСН. В дослідження включали пацієнтів у віці від 25 років і старше з наявністю ХСН II—III функціонального класу за класифікацією Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA) за даними амбулаторних карт та результатами клініко-інструментальних обстежень під час попередніх госпіталізацій. Усім пацієнтам проведена оглядова рентгенограма органів грудної клітки (ОГК), яка при необхідності у 50 хворих доповнена бічною проекцією та ехокардіографія за загальноприйнятою методикою на апараті AlokaSSD-650. Стан внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали визначенням параметрів систолічної та діастолічної функцій ЛШ. У двовірному режимі визначали кінцевий систолічний та діастолічний об'єми (КСО і КДО) лівого шлуночка та його розміри (КСР, КДР), фракцію викиду (ФВ), ударний об'єм (УО) ЛШ, сегментарну скоротливість лівого шлуночка ( $V_{cf}$ ).

**Результати дослідження.** Серед 200 досліджених чоловіків було 116 (58%), жінок — 84 (42%). Серед госпіталізованих з ХСН 90% склали особи 65 років і старше. У 77% пацієнтів основною причиною розвитку ХСН була ішемічна хвороба серця, у 11% — важка артеріальна гіпертензія,

у 10 % — ревматичні вади серця і у останніх 2 % — дилатативна кардіоміопатія. За даними клініко-рентгенологічного обстеження у 96 пацієнтів (48 %) діагностована ПП, яка у 46 хв (23 %) була однією з причин госпіталізації. Частота виявлення ПП серед пацієнтів з ХСН не залежала від етіології та тяжкості ХСН. В той же час звертала на себе увагу висока частість ПП у групі пацієнтів з ХСН, обумовленою систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ $\leq$ 40 %), в порівнянні з хворими зі збереженою систолічною функцією ЛШ (28 % проти 15 %,  $p < 0,05$ ). Пневмонія була переважно правобічною (65 хв. — 67,7 %) на тлі центрального венозного типу застою. У 15 хв. з цієї групи з ФВ $<$ 40 % визначені ознаки правобічного (9 чол.) та двобічного (6 хв) гідротораксу. У 20 пацієнтів (20,8 %) — ПП була лівобічною і у 11 хворих (11,5 %) — двобічною на тлі змішаного типу застою (центрального венозного та артеріального). Практично у всіх хворих останньої групи визначені ознаки гідротораксу, а у 5 хворих — лінії Керлі А. Вивчення відношення шансів (ВШ) для факторів ризику розвитку ПП у пацієнтів з ХСН показало, що хронічна анемія (ВШ = 2,6), обмеження рухової активності пацієнта (ВШ = 2,4) та систолічна дисфункція ЛШ (ВШ = 2,2) достовірно збільшують ризик розвитку ПП ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином дослідження показало, що серед пацієнтів з ХСН, обумовленою систолічною дисфункцією ЛШ, ПП зустрічається достовірно частіше, ніж у хворих зі збереженою систолічною функцією ЛШ. ПП переважно була правобічною на тлі центрального венозного типу застою. У хворих з декількома факторами ризику перебіг ПП був тяжким, вона була двобічною зі змішаним типом застою. Також показано, що поряд з ХСН важливими факторами ризику розвитку ПП являються хронічна анемія, обмеження рухової активності та виражена систолічна дисфункція ЛШ.

#### ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ СТРАВОХОДУ ПРИ ГРИЖАХ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ ТА ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО МЕТОДУ ДОСЛІДЖЕННЯ

*Бортний М.О.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків, Україна*

**Вступ.** Грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) спостерігаються в 32,5—67,8 % випадків виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, в 52,5 % випадків хронічного гастродуоденита, в 15,8 % випадків хронічного панкреатиту, в 4,5—53,8 % випадків хронічного холециститу. В осіб старечого віку ГСОД утворюються, як правило, в результаті інволюційних процесів в зв'язках і тканинах СОД. На користь цього свідчить той факт, що у пацієнтів старше 60 років відзначається часте поєднання діафрагмальних гриж з іншими грижами та з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). За визначенням ВООЗ, ГЕРХ — це хронічне рецидивуюче захворювання, обумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції гастроєзофагеальної зони і характеризується спонтанним або регулярно повторюваним закиданням у стравохід шлункового і дуоденального вмісту, що призводить до пошкодження дистального відділу стравоходу і розвитку в ньому ерозивно-виразкових, катаральних і/або функціо-

нальних порушень. Для своєчасної корекції даної патології необхідна адекватна діагностика.

**Матеріали і методи.** Обстежено 128 пацієнтів з відповідними скаргами. Середній вік пацієнтів склав 59,7 років, серед досліджених жінок було 70 осіб (54,7 %), чоловіків — 58 (45,3 %). Рентгенологічне дослідження проведено усім пацієнтам на рентгенодіагностичному апараті «Медікс», в якості рентгеноконтрастного препарату використовувався «БАР-ВИПС».

**Результати дослідження.** У 47 (87 %) обстежених пацієнтів визначено поєднання ковзачої грижі стравохідного отвору діафрагми з ГЕРХ. Згідно з існуючою класифікацією (Тагер І.Л., Липко А.І., 1965) ГСОД за ступенем розподілились: I-го ступеню у 26 осіб (55,2 %), 2-го — у 14 (29,9 %), 3-го ступеню у 7 (14,9 %) пацієнтів. При I ступеню ковзачої ГСОД закид контрастної речовини був до наддіафрагмального сегменту стравоходу, при 2-му ступеню КГСОД до ретрокардіального сегменту стравоходу, при 3-му ступеню рефлюкс був визначений до аортального сегменту стравоходу. При аналізі клінічної картини встановлено, що у всіх пацієнтів з КГСОД, зі скарг визначали печію, відрижку та синдром кардіалгії. У 54 осіб (42,2 %) визначені ознаки ГЕРХ у вигляді розширення складок слизової стравоходу та недостатності кардії. У 13 (24,1 %) обстежених складки слизової в дистальних відділах мали звивистий хід, розширення дистальної частини стравоходу визначалося у 27 (46,5 %) пацієнтів. Проведений аналіз функціональних порушень виявив нестійкий зв'язок між рідкісними сегментарними, фрагментарними змінами просвітку стравоходу та дискомфортом за грудниною. За часом: у 29,9 % пацієнтів зміни були постійними — протягом всього дослідження; у 55,2 % — зміни носили періодичний характер — виникали в різні періоди дослідження; у 14,9 % пацієнтів функціональні зміни не були виявлені. Особливої уваги слід приділяти регургітації при ГСОД, яка була визначена нами у 47 пацієнтів. Перебіг регургітації за нашими спостереженнями складається з кількох етапів: — більшення розмірів газового міхура шлунка; — розширення стравохідного отвору діафрагми; — вихід повітря і контрасту в стравохід, який супроводжується виходом грижі над діафрагмою; — викиди контрасту в стравохід (якщо регургітація відбувається в положенні лежачи); — втягування грижі в черевну порожнину (повністю — якщо грижа ковзаюча або частково — якщо грижа фіксована) і зменшення газового міхура шлунка. Це є важливим непрямим показником слабкості тону нижнього стравохідного сфінктера і тону стравохідного отвору діафрагми.

**Висновки.** Рентгенологічний метод дослідження має певні переваги при діагностиці ГСОД. Функціональні зміни стравоходу при ГСОД та при поєднанні з ГЕРХ мають нетиповий характер, але можуть певною мірою впливати та визначати більш тяжкий перебіг захворювання.

#### СТАН ШКІРИ — КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Бутенко О.І.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна*

Обстежено та проведено лікування 82 хворих на шийний остеохондроз в віці від 28 до 62 років. Розподіл хворих

по віку проведено на основі Міжнародній геронтологічній класифікації. В віці до 45 років було 53 хворих, після — 29. Використані клінічні методи обстеження, в тому числі шкіри, ЕЕГ, РЕГ, акупунктурна діагностика.

Хворих непокоїли головні болі, головокружіння, шум у вухах, голові, зниження пам'яті, болі у шийному відділі хребта. Головні болі частіше відмічались в потиличній області, лобній, тім'яній, іноді по типу гемікраній з ірадіацією в обличчя, очній ямці, перенісся. Головні болі носили тупий, розпираючий характер. З'являлись страх перед висотою, зниження слуху. Кохлео-вестибулярні порушення відмічались у 79% хворих В 59% випадків був шум в голові, в вухах, який залежав від фізичного та емоційного навантаження. Він збільшувався при перевтомлюванні та зменшувався після відпочинку. 73% хворих скаржилися на зниження концентрації уваги, пам'яті, почуття спокою, невпевненість в собі. Порушення вищої нервової діяльності були зв'язані з інертністю нервових процесів та зміненням функціонального стану ствольових та лімбічних структур мозку. В неврологічному статусі мали місце ознаки ураження мезенцефальних структур, що підтверджувались даними ЕЕГ, РЕГ.

Використовувались клінічні методи характеристики шкіри, стан еластичності, за допомогою тесту на утворення шкірної складки та ротаційно-компресійного тесту. Шкіра із зниженим тонусом була у 45 хворих. Вона з'являлась при виразній міміці, атонічна — у 37. Шкіра була витончена, з постійними зморшками та складками.

Використаний синдромологічний принцип підбору точок акупунктури — точки загальної дії, специфічні, синдромологічні: GI 11, E 36, VB 20, VB 12, F2, F 3, IG 18, IG 19, VB2, TR 22, TR21, V 10, IG 3 та інші.

До проведення рефлексотерапії основними були патологічні типи ЕЕГ. 111 тип ЕЕГ (30 хворих) характеризувався наявністю так званою бездомінантною кривою при низькому амплітудному рівні, не вище 30-35 мкВ, наявністю нерегулярної альфа-активності, або навіть її відсутністю. Для ІУ типу ЕЕГ (27 хворих) була характерною дуже підкреслена регулярність ритмів, утертість локальних різниць. V тип ЕЕГ (25 хворих) харктеризувався наявністю нерегулярної повільної активності амплітудою вище 35 мкВ, гострих хвиль, пароксизмальних розрядів. Після проведення рефлексотерапії на ЕЕГ спостерігалось відновлення зональних відрізень альфа-ритму, послаблення іритативних процесів, зменшення пароксизмальної активності. Суттєво змінювався альфа-індекс в сторону його збільшення.

В підтримці мозкового гомеостазу на потрібному рівні велике значення приділяється реактивності мозкових судин. В літературі існує точка зору, згідно з якою оцінка реактивності мозкових судин на дозовані навантаження мають більш значиму діагностичну цінність, ніж знання інтенсивності мозкового кровотоку. Нами проводилась функціональна реоенцефалографія з використанням навантажень. До проведення рефлексотерапії у обстежених хворих буди явища підвищення мозкового тону, головним чином в судинах малого калібру (зміщення форми пізньої систолічної хвилі та дикротичного зубця, підвищення індексу периферійного опору та дикротичного індексу). Достатньо часто виявлялося підвищення периферійного опору та затруднення венозного відтоку (випукла катакрота та підвищення дикротичного індексу).

У хворих на атеросклероз відмічались ознаки зниження еластичності судин, платоподібна вершина пульсових хвиль, сглаженість додаткових хвиль, деяке зменшення часу запізнювання пульсових хвиль, періоду швидкого кровенаповнювання. Після проведення рефлексотерапії спостерігалась нормалізація форми та основних кількісних показників реографічної хвилі, судинного тону, покращення венозного відтоку.

Після проведення рефлексотерапії на ЕЕГ спостерігалось відновлення зональних відрізень альфа-ритму, зменшення пароксизмальної активності. .

В результаті проведеного курсу лікування у обстежених хворих суттєво покращився стан шкіри, відзначилося зменшення зморшок, покращення тургору шкіри. Після проведення рефлексотерапії атонічна шкіра була у 21 хворого, із зниженим тонусом — у 34. Нормалізація тургору шкіри відзначалась у 27 хворих.

При проведенні рефлексотерапії використовувались точки акупунктури, що були розташовані в області інервації лицьового, трійчастого нервів, які мають здебільш холінергічну природу медіації. Можливо, подразнення аферентних волокон веде до переключення в ядрах на еферентний вихід, що приводить до вазоділятації церебральних судин та нормалізації стану обличчя.

Косметологічні ефекти акупунктури пояснюються також місцевим подразненням. В області точок акупунктури знайдено більше, ніж в інших областях, нервових закінчень, артерій та венул, тучних клітин, що грають велику роль в гомеостазі. Місцева стимуляція приводить до покращення трофіки шкіри.

Таким чином стан шкіри — один з критеріїв ефективності рефлексотерапії

## ГЕРОНТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ

*Бутенко О.І.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків, Україна*

Проблема старіння — одна з найважливіших в біології та медицині. Наш багаторічний досвід вивчення системи точок акупунктури показує, що рефлексотерапія здатна суттєво впливати на процеси довголіття. Досліджено 130 хворих в віці від 45 до 74 років з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ), при гіпертонічній хворобі та церебральному атеросклерозі. Нами досліджено, що гетерохронний процес онтосистемогенезу має суттєвий зв'язок з системою точок акупунктури, її динамічною організацією. У похилому віці ефект акупунктури залежить від збереження нейродинамічних процесів.

Методами клінічної та інструментальної акупунктурної діагностики було вивчено, що терапевтична ефективність пов'язана з енергетичним станом окремих меридіанів. Висока активність каналу нирок у хворих похилого віку сприяє вищому ефекту акупунктури. У хворих з гіпофункцією цього меридіана спостерігалась схильність до переломів кісток. Знайдені залежності між емоційною сферою, смаком та станом окремих меридіанів. У гіпертоніків реєструвалися прояви високого енергетичного стану в каналі жовчного міхура та серця. У хворих ДЕ при церебральному атеросклерозі часто мали місце прояви гіпофункції меридіану селезінки-підшлункової залози. Визначена залеж-

ність між патологією тих чи інших меридіанів та змінами на РЕГ та ЕЕГ.

Дослідження вікової організації системи точок акупунктури дає можливість вивчення діяльності організму з нових теоретичних позицій, а також пошуку нових напрямків в діагностиці та терапії.

### АКУПУНКТУРНА ДІАГНОСТИКА — МЕТОД ВИВЧЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-ЕНЕРГЕТИЧНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ

*Бутенко О.І.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків, Україна*

Задача дослідження — вивчення стану точок акупунктури (ТА) у нормі. Обстежено 30 здорових випробуваних у віці 20–25 років. Застосовувалися клінічні, лабораторні, нейрофізіологічні методи обстеження: ЕЕГ, РЕГ, КГР ЕКГ, акупунктурні методи діагностики по Накатані, Фолю, а також стан окремих ТА. Електропровідність точок акупунктури вивчалася на силах току 60 На. Радіаційна температура у здорових практично не відрізняється від навколишньої шкіри, крім точок Т26 і І8. Температура Т26 була вище навколишньої шкіри на 0,3С. Під час сну відзначалася стабілізація температури в цій точці, на більш низькому рівні в порівнянні з температурою в період активного пильнування. Це явище можна пояснити, можливо, зниженням висхідної аферентації в період дрімоти. При перевтомі радіаційна температура в ТА Т26 знижувалася і не відрізнялася від навколишньої шкіри. Як відомо, Т26 є однієї з найбільш активних в організмі людини, крапкою реанімації. Вона знаходиться в області носогубного трикутника, що представлений в корі головного мозку, та є важливою аферентною ланкою в регуляції життєдіяльності організму. Наведені дані можуть бути використані як для діагностики, так і для вивчення компенсаторно-приспосувальних можливостей організму.

### НОСОВІ КРОВОТЕЧІ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Гарюк Г.І.<sup>1</sup>, Бичкова Н.С.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків, Україна*

*<sup>2</sup>Харківський національний університет  
імені В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна*

Носові кровотечі (НК) займають одне з провідних місць серед спонтанних кровотеч з верхніх дихальних шляхів і є найбільш частим видом кровотеч у лікарській практиці. НК є симптомом інших загальних захворювань, рідше головну роль відіграють місцеві чинники. В основі причини НК лежить порушення цілісності судинної стінки або порушення згортання крові.

В першу чергу необхідно зупинити кровотечу, далі слід оцінити загальний стан пацієнта та ступінь крововтрати. При диференціальному діагнозі слід враховувати, що при легневих, стравохідних, шлункових і посттравматичних внутрішньочерепних кровотечах кров може витікати з носа. При НК травматичного генезу необхідно виключити супутню лікворею внаслідок пошкодження сітчастої

пластинки гратчастої кістки. Лікворею можливо запідозрити за симптомом «двоконтурної» плями: на серветці навколо центральної червоної плями крові з'являється світлий обідок за рахунок ліквору.

У більшості випадків НК не є небезпечною, але іноді вона загрожує життю. У зв'язку з цим в першу чергу слід вирішити питання про можливість амбулаторного лікування. Якщо ж визнається необхідним госпіталізувати хворого, то треба визначити, в яке саме відділення (реанімаційне, інфекційне, травматологічне, гематологічне, терапевтичне і т.д.). В оториноларингологічне відділення поміщають хворих, у яких НК обумовлені захворюваннями носа або не встановлена етіологія кровотечі, якщо не потрібна екстрена допомога лікарів інших спеціальностей.

У своїй практиці сімейні лікарі найчастіше стикаються з незначними та помірними НК. При будь-якій НК необхідно прагнути зупинити її за допомогою найбільш простих і найменш травматичних методів. Перша допомога полягає в наданні хворому півсядячого положення, щоб голова була вище тулуба, голову хворого злегка нахилити вперед, щоб кров не потрапила в носоглотку та рот; притиснути крило носа до перетинки, перед цим можна ввести в носові ходи ватні тампони, сухі або змочені 3% розчином перекису водню чи 0,1% розчином нафтизина (тампони готуються з вати у вигляді кокона довжиною 2,5—3 см і товщиною 1—1,5 см, дітям — товщиною 0,5 см); покласти холод (міхур з льодом) на потилицю та перенісся на 20 хв. Якщо вище зазначені заходи не призвели до зупинки кровотечі, то переходять до найбільш ефективних місцевих та загальних методів зупинки НК. На теперішній час основним методом лікування НК залишається марлева тампонада порожнини носа, яка має низку недоліків. Також оториноларингологи окрім марлевої тампонади виконують тампонаду носа еластичними тампонами в перчаточній гумі, для більш щадної тампонади використовують гемостатичні губки, для задньої тампонади інколи використовують катетер Фолея. Однак для виконання передньої або задньої тампонади окрім матеріалів необхідно мати певні навички. Враховуючи це, альтернативою для сімейних лікарів може бути використання гелю «Нозохем». При введенні гелю «Нозохем» в порожнину носа, він м'яко обволікає судину, що кровоточить. Гліцин, діюча речовина, створює осмотичну активність гелю «Нозохем» та умови для формування згустку крові. Хлорид кальцію, другий активний елемент гелю «Нозохем», бере участь в утворенні фібрину та сприяє згортанню крові. Кількість гелю «Нозохем», що потрібна для зупинки НК, залежить від ступеня та тривалості кровотечі.

Таким чином, при НК необхідно якомога швидше зупинити кровотечу для запобігання великої крововтрати з подальшим усуненням причини, що викликала кровотечу (наприклад, нормалізувати артеріальний тиск). В практиці сімейного лікаря в якості доступного, високо-ефективного та щадного методу зупинки НК доцільно використовувати гелю «Нозохем».

### СУЧАСНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЧОЛОВІКІВ

*Дідик І.В.*

*Центральна міська лікарня №1, м. Житомир*

За рівнем захворюваності та смертності онкологічна патологія займає одне з провідних місць в світі.

Серед основних причин смерті за локалізацією онкологічної патології у чоловіків у 2014 році були: злоякісні новоутворення легенів, шлунку, прямої кишки, передміхурової залози, ободової кишки, які разом складають більшу половину (56%) таких випадків. У жінок серед основних причин смерті за локалізацією онкологічної патології найчастіше зустрічаються злоякісні новоутворення: молочної залози, шлунку, ободової кишки, прямої кишки, яєчників, шийки матки.

Саме тому вивчення факторів ризику виникнення та розвитку онкологічної патології з роками не втрачають своєю актуальності.

До сучасних факторів ризику віднесені: вік, расо-етнічна належність, спадковість, особливості харчування, надлишкова вага тіла, шкідливі звички, низька фізична активність, екологічні фактори, інтенсивність ультрафіолетового опромінення, вазектомія в анамнезі, доброякісна гіперплазія, порушення регуляції статевих гормонів. Встановлено, що рак простати — захворювання чоловіків похилого віку. Середній вік хворих 62—70 років.

Аналіз частоти захворюваності в США засвідчив, що РПЗ на 60% частіше зустрічається у осіб негроїдної раси ніж у азіатців. Доведено, що спадковий фактор збільшує ризик захворювання та смерті з його причини. При розвитку РПЗ у батька або брата ризик захворювання зростає в більш ніж 2 рази. Ризик збільшується якщо на РПЗ захворіло декілька родичів.

При встановленні впливу спадкового фактору не можна виключати фактори статевого життя. Доведено, що підвищена сексуальна активність знижує ризик розвитку РПЗ. Венеричні та урологічні інфекції, також сприяють розвитку РПЗ. Урогенітальні інфекції мають вплив на ендокринні клітини простати, провокуючи розвиток ракових клітин та їх розмноження.

У пацієнтів з надмірною вагою ризик померти від РПЗ в 2 рази вищий ніж у чоловіків з нормальною вагою, отже вплив на покращення способу життя, харчування та звички доцільний для зменшення ризику захворювання.

За результатами проведених досліджень встановлено, що мешканці південних країн набагато менше хворіють на РПЗ в порівнянні з тими ж віковими групами чоловіків, які проживають в північних країнах, отже зменшення інтенсивності ультрафіолетового опромінення та низький рівень вітаміну D також має вплив на розвиток РПЗ.

Згідно сучасних даних серед факторів ризику розвитку раку передміхурової залози виділяють ендогенні (генетичні, порушення гормонального балансу), расово-етнічна приналежність та екзогенні (вплив умов оточуючого середовища).

Фактори ризику відповідно поділяються на керовані та некеровані, що сприяють переходу патогенної форми РПЗ в клінічну. До керованих факторів відносять: шкідливі звички та харчування, шкідливості та особливості праці (сидяча робота, робота з шкідливими речовинами, опромінення, інсоляція), спосіб життя та фізична активність, частота та тривалість запального процесу в передміхуровій залозі в анамнезі.

## МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРУРИКЕМІЧНОГО СИНДРОМУ ЯК ПРОЯВУ ПОЛІМОРБІТНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Ждан В.М., Шилкіна Л.М., Бабаніна М.Ю., Кітура Є.М., Ткаченко М.В., Кир'ян О.А., Лебідь В.Г.*

*Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна*

Гіперурикемією вважається підвищення сечової кислоти сироватки крові вище 360 мкмоль/л за рекомендацією EULAR (європейської антиревматичної ліги) [7]. Безсимптомне збільшення рівня сечової кислоти мають 5—8% популяції, з них тільки у 5—20% розвивається подагра [3].

Серед найбільш поширених причин, що впливають на рівень сечової кислоти, лідирує метаболічний синдром і його компоненти. За останніми літературними даними, гіперурикемія розглядається як маркер метаболічного синдрому. Поширення метаболічного синдрому зростає з кожним роком, що частково пояснює збільшення відсотку гіперурикемії та подагри [1, 8].

Лікарям загальної практики сімейної медицини необхідно своєчасно виявляти гіперурикемію для застосування «терапевтичного вікна», що визначає межі тимчасового періоду, усередині якого з найбільшою ефективністю можуть проводитися лікувальні заходи, тобто до розгортання артриту та метаболічних порушень на ранніх стадіях діагностики цієї розповсюдженої патології. Рання діагностика гіперурикемічного синдрому повинна базуватися на наявності об'єктивних даних з лабораторними підтвердженнями. Основою розвитку запального процесу є каскад біологічних та імунологічних процесів, спрямованих на елімінацію, пошкоджуючого фактора, відновлення уражених тканин та порушених функцій. Наслідком гострофазової відповіді епідвищення температури тіла, лейкоцитоз, підвищення швидкості осідання еритроцитів, синтезу деяких білків плазми крові та гормонів, підвищення рівня сечової кислоти у сироватці крові.

Гіперурикемія зустрічається в 10 разів частіше ніж клінічно маніфестна подагра. Даний симптом не є симптомом захворювання подагри, так як гіперурикемія також спостерігається при інших захворюваннях (хвороби крові, пухлини, захворювання нирок й т.п.), надзвичайно високих фізичних перевантаженнях і харчуванні жирною їжею [1, 9]. До причин підвищеного утворення сечової кислоти належать: вживання алкоголю та їжі багатої пуринами та фруктозою, гематологічні захворювання, такі як мієло- і лімфопроліферативні хвороби; псоріаз; синдром розпаду пухлини [5].

Якщочасна діагностика гіперурикемії запізнюється, тоді лікар може бачити різного ступеня тяжкості рентгенологічні і клінічні ураження суглобів [3,4]. За перші п'ять років хвороби діагноз був встановлений лише у 24,9% хворих, проте 10,2% отримували не регулярно базисну терапію з різних причин і в першу чергу в результаті необхідності [3]. Таким чином, відмічається, зростання сечової кислоти, яка перевищує нормальні показники тільки розчинного уратного пула у хворих на подагру без тофусів у 2—4 рази, а при тяжкій тофусній подагрі — до 30 разів. Тому подагра заслужено відноситься до «хвороб накопичення». Саме цим пояснюється той факт, що причиною смерті до 40% хворих на подагру є уремія, яка розвива-

ється в наслідок подагричної нефропатії [2, 5, 6]. Таким чином, ці дані свідчать про наявність існуючих проблем в діагностиці гіперурикемії і лікуванні подагри. Своєчасна корекція гіперурикемії може в майбутньому запобігати розвитку кардіоваскулярних захворювань та уражень нирок.

Саме тому застосування алгоритму діагностики гіперурикемічного синдрому має вирішальне значення у щоденній практиці лікарів загальної практики- сімейної медицини з метою забезпечення попередження незворотних ускладнень та поліпшення якості їх життя.

### КІНЕСТЕЗІОМЕТРИ І КІНЕЗІСТИМУЛЯЦІЙНА ТЕРАПІЯ В ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ ТА ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ — СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

*Завгородній О.О.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків*

Спосіб сегментарно-рефлекторної кінезінейростимуляції призначений для проведення кінестезіометрами нейрорефлекторної, вегетативно-судинної активації органів та систем людини; безголкової акупунктури; масажу тіла з фізіологічною спрямованістю та з метою лікувально-оздоровчого його впливу; проведення мануальної терапії; відновлення рухових, чутливо-моторних і вегето-судинних функцій; для активізації емоційно-вольової якості; збільшенням фізіологічної активності та працездатності.

Вплив кінестезіометрів на різні сегменти тіла людини дозволяє проводити багатофункціональну синергійну лікувально-оздоровчу кінезінейроактивацію: рецепторну, аксон-рефлексогенну, метамерну, рефлексогенно-коркову, нейровегетативну, лімфосаногенетичну, рефлекторно-акупунктурну, нейросудинну, шкірно-вегетативну, сенсорно-вісцеральну, сенсорно-моторну, нервово-м'язову, суглобово-м'язову, антиоцицептивну, реципрокную, пропріоцептивну, сегментарну, mano-, -педокінезінейроактивацію, краніоцеребральну, цервікальну, паравертебральну, тулубну, психокоректорну.

Кінестезіометри в медичній реабілітації розвивають м'язову силу, рухомість суглобів, покращують координацію рухів та рівновагу, зменшують підвищений тонус м'язів, попереджують та ліквідують контрактури, сприяють появі компенсаторних навичок, поліпшують роботу серцево-судинної та нервової систем, поліпшують системний мозковий кровообіг, функцію дихання, нирок, шлунка, кишківника, печінки. Кінезістимуляція кінестезіометрами моторно-вісцеральних зон та шкірно-вісцеральних рефлекторних систем відновлює органи та системи організму.

Показання: лікування функціональних та органічних захворювань центральної, периферичної та вегетативної нервової системи (післяінсультні геміпарези, паралічі, контрактури, дитячий церебральний параліч, паркінсонізм, розсіяний склероз, пірамідні та екстрапірамідні порушення, хребцевий остеохондроз, плексіти, неврити, полінейропатії та ін.); лікування захворювань радіаційних наслідків аварії на ЧАЕС; гіпокінезії, гіподинамії в післяінсультному та післяопераційному періодах; лікування вегетативно-судинної дистонії, артеріальної гіпертонії,

захворювань опорно-рухового апарату (артрози, артрити, синдром Зудека, контрактури після сухожильного шва, тендовагініти, плечолопатковий періартроз, коксартроз, п'яткові «шпори» та ін.); лікування атонії шлунково-кишкового тракту, астенії, імпотенції, фригідності, неврозів тощо.

#### Техніка виконання:

1. Вихідна позиція — стоячи, сидячи, лежачи.

Лікувально-оздоровчі впливи кінезістимуляційної терапії проводяться кінестезіометрами-кінезістимуляторами на сегментарно-рефлексогенні зони з їх біологічно активними точками та системами 1—5—10 хвилин 1—3 рази на день.

2. Вихідна позиція — стоячи, сидячи, лежачи на спині.

Покласти долонну поверхню руки та підшовну стопи на кінестезіометр і здійснювати рухи (розкотуючого типу) 1—5 хвилин 1—3 рази на день.

### ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

*Завгородній А.А.*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков*

В учебном процессе по приобретению врачами практических навыков подробно излагаются основы многофункциональности способа сенсорно-моторной психотерапевтической коррекции речевых и вегетативных нарушений. Они включают психотерапевтическую коррекцию речевого режима в восстановлении речевых функций; особенности дифференцированного лечебно-коррекционного восстановления устной и письменной речи; рассудочную психотерапию в системе восстановления речевых функций; участие семьи в психотерапевтической коррекции речевого режима для восстановления речевых функций; психотерапевтическую коррекцию вегетативных нарушений с современными методами терапии и медицинской реабилитации.

Сенсорно-моторно-психотерапевтическая коррекция восстановительной терапии речевых и психовегетативных нарушений основана на психофизиологической конвергенции окулomotorно-речевых анализаторных систем и многофункциональности нейрофизиологических синергически-саногенетических интегративных структурно-функциональных воздействий лечебно-восстановительной терапии; правильности формирования и произношения речи, которая произносится на взаимосвязи функционирования анализаторных систем слуха и речи, зрительного восприятия письма и чтения, т.е. способности речевого анализа и синтеза, что позволяет врачу системно и дифференцированно проводить восстановительную терапию афатических и психовегетативных нарушений, корректировать сенсорномоторные речевые структурно-функциональные системы человека.

Большой должен говорить медленно, плавной, четкой речью, выполняя при этом основные правила произношения речи: всегда при разговоре смотреть в глаза собеседнику или в ту сторону, где он находится; прежде чем сказать, необходимо сделать вдох, глубина которого должна соответствовать длине фразы, что достигается опытом

и практикой; при разговоре выдыхаемый воздух должен расходоваться на громкое произношение ударных гласных звуков; говорит медленно, плавно, красиво и обязательно смотреть собеседнику в глаза для снятия эмоционально-волевого напряжения и возможности сначала свободно произносить отраженную речь с последующей выработкой собственных навыков произношения автоматизированной речи.

При восстановлении речевых функций важными условиями лечебного процесса являются величина речевых нагрузок, создание правильного лечебно-активирующего речевого режима с корригирующим методом целенаправленных речевых упражнений по регуляции речедвигательной анализатора и восстановлению речи.

Сенсорно-моторно-психотерапевтическая коррекция речевых нарушений и психогигиена речевого режима способствует правильному произношению, автоматизированной речи и восстановлению утраченных речевых функций.

### СИНДРОМОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДО КЛІНІЧНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ТЕОРІЇ СПАДКОВО-СХИЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ НА ПРИКЛАДІ ДИСПЛАСТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ДІТЕЙ

*Зеленецький І.Б.*

*Харківська академія післядипломної освіти,  
Харківська обласна клінічна травматологічна лікарня,  
Харків, Україна*

В результаті наших попередніх досліджень, пов'язаних з побудовою диспластичних синдромів кульшового суглоба, зумовлених спадковою схильністю, ми отримали об'єктивні дані про їх мультиформність — мультисиндромність (Сіменач М.І., Зеленецький І.Б., 2005).

Наша мета виявити закономірність розвитку послідовних синдромів придиспластичної патології кульшового суглоба у дітей, тобто довести, що їх об'єднують загальні закономірності розвитку патологічного процесу.

В кожному випадку диспластичної патології має місце певна сукупність різноманітних аномалій (етіологічні синдроми) та їх наслідків в різних консеквентивних (послідовних) взаємозв'язках. Їх особливістю є відповідні силові деформації (біомеханічні синдроми), що формують різні патогенетичні синдроми (осьові деформації, вивихи, некроз, епіфізеоліз), з послідовною реакцією організму (артрит, артроз).

Відповідно формується ланцюг взаємопов'язаних різних синдромів, з заміною лідера: першопричинних або етіологічних, біомеханічних, патогенетичних, що реалізуються як деформації, вивихи, некроз, епіфізеоліз, лізис ГСК. До того ж приєднуються реактивні зміни (реактивні синдроми) з їх клінічною послідовністю. Ступінь дисплазії той чи іншої системи (судинної, нервової, кістково-м'язової) буде характеризувати клінічні прояви синдромів.

У зв'язку з цим можливі прояви перехідних форм під впливом приєднання різноманітних факторів, що викликає превалювання «пошкодження» в тій чи іншій системі (кістково-м'язової). Така ситуація є складною в діагностичному аспекті, так як необхідно розкрити суть основних

синдромів і їх взаємозв'язків, так і в тактичному аспекті, коли необхідно з'ясувати обсяг хірургічного втручання: що підлягає корекції, коли, яким чином, що не піддається корекції. Власно цим питанням присвячена побудова нашої алгоритмізованої діагностично-лікувальної тактики.

**Заключення.** На підставі вищесказаного констатуємо, що наші уявлення про диспластичні синдроми кульшового суглоба, зумовлені спадковою схильністю, вкладаються в загальні закономірності захворювань суглобів, зумовлених спадковою схильністю. Однак вони суттєво відрізняються за рахунок особливостей структурно-функціональної будови кульшового суглобу. Цим обумовлене формування різних синдромів, з яких ми досліджували тільки три (синдром диспластичної нестабільності кульшового суглоба, синдром диспластичного некрозу головки стегнової кістки, синдром диспластичного епіфізеолізу головки стегнової кістки). Ця проблема потребує свого різноаспектного вивчення. Вона приведе до розкриття суті безлічі нових диспластичних синдромів кульшового суглобу.

**Виводи.** В системі спадково-схильних захворювань диспластичну патологію кульшового суглобу розглядаємо на синдромологічному рівні, як процес за генезисним принципом.

Різні аномалії будови визначають особливості формування різних структурних синдромів. Які взаємодіють між собою і формують просторові та об'ємні невідповідності, що викликають силові порушення з послідовними руйнуваннями, з появою клінічних синдромів.

Один і той же причинний фактор може реалізуватися різним перебігом в залежності від впливу зовнішніх дій та внутрішніх факторів, поєднані з іншими диспластичними змінами органів і систем, тому необхідна ретельна діагностика всього організму.

### ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Кандиба Л.І., Снопкова Л.В., Сикал І.М., Черепова В.І.  
Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків, Україна*

В післяпологовому періоді первинна артеріальна гіпертензія (гіпертонічна хвороба) має тенденцію до загострення перебігу. Однак, на протязі всього часу більше уваги приділялось дослідженням виявленню факторів ризику, діагностиці, прогнозу, профілактиці, лікуванню артеріальної гіпертензії при вагітності та пологах. Тому, на нашу думку, для практичної діяльності сімейного лікаря корисною буде інформація про лікування артеріальної гіпертензії в післяпологовому періоді, бо найвірогідніше що саме на цьому етапі нагляд за жінкою буде здійснювати сімейний лікар. При лікуванні артеріальної гіпертензії в післяпологовому періоді необхідно проаналізувати терапію, яка проводилась раніше, можливо продовжити її з корекцією дози препарату, урахуванням її ефективності під контролем артеріального тиску. Призначати гіпотензивні препарати слід при стійкому підвищенні систолічного тиску  $\geq 150$  мм.рт.ст. і/або діастолічного  $\geq 95$  мм.рт.ст. Знижувати артеріальний тиск необхідно поступово і не прагнути повністю нормалізувати його, коли попередньо він був стабільно високим. Використовувати потрібно лі-



карські препарати безпечні при грудному вигодуванні дитини: метилдофа по 250—500 мг 3-4 рази на добу; лабеталол по 100—400 мг 2—3 рази на добу; ніфідипін короткої дії по 10—20 мг 3—4 рази на добу, або пролонгованої дії амлодипін по 2,5 мг 1 раз на добу. Препаратами вибору є інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту — енап, еналапріл по 5—10 мг 1—2 рази на добу, а також діуретики: гіпотіазид 50—100 мг 1 раз на добу; фурасемід 40—100 мг 1 раз на добу у сполученні з препаратами калію. Критерієм для зменшення дози або відміни гіпотензивних препаратів може бути нормалізація артеріального тиску протягом не менше двох діб.

### ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ФАЗОВИХ ПОРТРЕТІВ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Катеринчук О.І.*

*ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава, Україна*

Визначальну роль в наданні допомоги пацієнтам з ССЗ лікарями первинної ланки має ідентифікація факторів ризику прогресування патологічних станів та запобігання розвитку несприятливих клінічних подій.

За період з 2013 по 2016 рік в рамках наукової та лікувальної роботи на кафедрі сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної академії було виконано 530 електрокардіографічних обстежень з аналізом фазових портретів ЕКГ. Аналіз графіки ЕКГ методом реєстрації динамічних траєкторій сигналу у фазовому просторі з побудовою фазаграм дозволив врахувати додаткові детермінанти серцево-судинного ризику, що подані нижче.

Коефіцієнт симетрії петлі Т. При реєстрації ЕКГ-сигналу з аналізом у фазовому просторі виявлено пряму залежність коефіцієнту симетрії петлі Т з рівнем вираженості гіперсимпатикотонії у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю. Клінічно значимим та прогностично несприятливим вказаний показник ідентифіковано у значенні, що перевищує 0,83. При обстеженні пацієнтів зі стабільними формами ішемічної хвороби серця більшого діагностичного значення набуває аналіз коефіцієнту симетрії петлі Т при виконанні тесту з фізичним навантаженням (зокрема, тест з присіданнями). Збільшення коефіцієнту симетрії петлі Т на величину понад 12,75% визначено як несприятливу прогностичну ознаку, що асоціювалась з більшою кількістю нападів стенокардії, гіршою переносимістю фізичних навантажень, потребою в агресивнішій антиангінальній терапії та низькою якістю життя.

Середньоквадратичне відхилення структури петлі Т є відображенням динамічної альтернації хвилі Т. Хоча не було виявлено діагностичної цінності вказаного показника у пацієнтів з неускладненою ішемічною хворобою серця, артеріальною гіпертензією та серцевою недостатністю, однак цей параметр виявився корисним маркером несприятливого прогнозу у пацієнтів з фібриляцією передсердь. Значення середньоквадратичного відхилення структури петлі Т понад 10,00 було пов'язане з меншим шансом на відновлення синусового ритму шляхом медикаментозної кардіоверсії.

Індекс ІТ. В даному випадку клінічно значимою виявлено величину індексу ІТ понад 0,85, що супроводжувалось

більшою кількістю нападів стенокардії, гіршою переносимістю фізичних навантажень, потребою в агресивнішій антиангінальній терапії та низькою якістю життя.

Коефіцієнт Т/R. Розраховується як співвідношення площ зон створених петлею Т до петлі R на фазовому портреті ЕКГ. Значення понад 1,75 та менше 0,25 (за умови відсутності внутрішньошлуночкових блокад) визначено як маркери несприятливого контролю за перебігом ІХС. Крім того, виявлено прямий кореляційний зв'язок між коефіцієнтом Т/R та коефіцієнтом симетрії Т (з поправкою на частоту серцевих скорочень).

Аналіз фазових портретів ЕКГ виявився корисним в траєкторій якості критерію якості здійснення терапевтичних заходів. Здійснення аеробних фізичних навантажень протягом 8—12 тижнів пацієнтами з хронічною серцевою недостатністю, що призводило до покращення контролю за перебігом вказаного синдрому, супроводжувалось нормалізацією коефіцієнту симетрії петлі Т та зменшення співвідношення Т/R.

**Висновок.** Таким чином, аналіз ЕКГ у фазовому просторі з побудовою фазових портретів та аналізом специфічних показників є зручним, неінвазивним, репрезентативним методом обстеження в практиці сімейного лікаря, що дозволяє здійснити додаткову стратифікацію ризику у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями та оцінити ефективність терапевтичних заходів.

### МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПСИХІЧНО ХВОРИМ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

*Козідубова В.М., Долуда С.М., Гончаров В.Є.,*

*Баричева Є.М., Брагін Р.Б., Гурницький О.В., Шейніна Т.Л. Харківська медична академія післядипломної освіти, м.*

*Харків, Україна*

Питання надання допомоги лікарями загальної практики психічно хворим належать до однієї з актуальних проблем практичної медицини в зв'язку з тим, що на сучасному етапі відбуваються значні зміни в здійсненні первинної медичної допомоги. Лікарі загальної практики при підготовці по психіатрії одержують знання, які дають можливість надавати допомогу згідно існуючих вимог. При цьому, перш за все, лікарі опановують особливостями обстеження хворих з різними видами патології, організаційними та правовими питаннями надання медичної допомоги на допсихіатричному етапі. Лікар загальної практики знає про особливості пограничних станів, а саме розлади особистості різного типу: параноїдного, шизоїдного, дисоціального, емоційно-нестійкого (імпульсивного), істеричного, ананкастного (обсесивно-компульсивного), тривожного (уникаючого), залежного та змішаного.

Поряд з зазначеним, лікар володіє знаннями про **невротичні розлади, такі як** обсесивно-компульсивні, істеричні (конверсійні), соматоформні варіанти та неврастенію; питання лікування, особливо пов'язані з психотерапією, серед яких певне місце займають динамічна, поведінкова, гуманістична, клієнт-центрована психотерапія, а також гештальттерапія та нейролінгвістичне програмування (НЛП). Серед інших напрямків психотерапії лікар сімейної медицини має уяву про гіпнотерапію та сімейну психотерапію.

Лікар загальної практики знає проневідкладні стани в психіатрії, перш за все при психомоторному збудженні, принципи лікування, питання фармакотерапії цих розладів, а також епілептичному пароксизмі та епілептичному статусі великих тоніко-клонічних нападів та інших варіантів цих станів, лікування генералізованих епілептичних статусів та статусів парціальних пароксизмів.

Поряд з зазначеним, лікарями сімейної медицини приділяється увага невідкладній допомозі при панічній атаці, а також при суїцидальній поведінці, в рамках якої ураховуються різні фактори суїцидального ризику, індивідуальні суїцидонебезпечні фактори особистості, фактори суїцидального ризику в підлітковому віці. Значна увага надається питанням **надання невідкладної допомоги приста- нах порушеної свідомості**, медикаментозних інтоксикаціях, гострих побутових отруєннях рослинними отрутами, промислових отруєннях.

Важливе місце в практиці сімейної медицини мають також питання **надання невідкладної допомоги при отруєнні психоактивними речовинами**: алкогольному, отруєнні опіоїдами, снодійними, седативними та іншими психотропними препаратами, галюциногенами, стимуляторами. Певне місце відводиться невідкладній допомозі при абстинентному синдромі (синдромі відміни) із психотичними розладами. Для лікарів важливе значення мають питання **ларвованої (соматизованої) депресії**, медичних та соціальних аспектів вживання алкоголю, **основних клінічних проявів**, стадій розвитку, особливостей підлітково-юнацького алкоголізму, алкоголізму у літньому віці, жіночого алкоголізму, соматичних порушень при алкоголізмі, неврологічних розладів, профілактики алкоголізму, а також питань **наркоманій та токсикоманій** при вживанні опіоїдів, каннабіноїдів, седативних і снодійних засобів, кокаїну, стимуляторів, галюциногенів, тютюну, летучих розчинників; питання терапії, реабілітації і профілактики розладів.

Таким чином, відповідно до міждисциплінарних завдань в практиці сімейної медицини приділяється увага наданню допомоги при різній психічній патології. Особливістю такої роботи є те, що границі і рівні надання допсихіатричної допомоги при різних розладах чітко визначені, порядок лікарських дій проводиться з посиланнями на законодавчі акти, що допомагає сімейному лікарю в наданні допомоги психічно хворим.

## КАРДИОРЕНАЛЬНИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА: ДІАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

*Корж А.Н.*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра общей практики — семейной медицины*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются самой частой причиной смерти при хронической болезни почек (ХБП), а последняя является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии и смерти. Учитывая глобальный рост заболеваемости ведущих причин ХБП — сахарного диабета, артериальной гипертензии, ожирения, — повсеместный рост больных с хроническим заболеванием почек стал своего рода «новой эпидемией».

Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) представляет независимый фактор риска развития ССЗ, причину ускоренного развития патологических изменений сердечно-сосудистой системы и рассматривается в качестве маркера неблагоприятного прогноза сердечно-сосудистых заболеваний. По мере нарастания выраженности ХБП происходит прогрессирование гипертрофии левого желудочка сердца, развитие систолической и/или диастолической дисфункции, «ускорение» атеросклероза, кальцификация сосудистого русла. Однако нарушения функции почек у больных ССЗ нередко скрыты под маской основного заболевания и выявляются лишь на поздних стадиях ХБП.

Двусторонне направленные взаимоотношения сердце — почки, при котором патофизиологическое нарушение в одном из них может приводить к дисфункции другого, определено понятием «кардиоренальный синдром» (КРС). Роль патологии почек как самостоятельного фактора риска в развитии и прогрессировании атеросклероза стала интенсивно обсуждаться лишь в последние 10 лет, поэтому и термин «кардиоренальный», или «нефрокардиальный», синдром также появился лишь в последние годы. Установлено, что патология почек приводит к более быстрому прогрессированию атеросклеротических изменений сосудов, что нельзя объяснить только традиционными факторами риска, такими как артериальная гипертензия, дислипидемия, ожирение, курение и др.

Поражения сердца и почек широко распространены в популяции и часто сосуществуют, повышая смертность, риск осложнений, сложность лечения и его стоимость. Более того, на сегодняшний день имеются веские основания обсуждать общность патогенеза, факторов прогрессирования ХБП и ССЗ, необходимость особых подходов к их комбинированному лечению.

Наличие КРС в настоящее время является мультидисциплинарной проблемой, требующей усилий клиницистов разных специальностей. Наличие почечного повреждения служит предиктором неблагоприятного прогноза, нередко лимитирует проведение необходимой терапии (вследствие изменения фармакодинамики, возникновения побочных эффектов). Изучение причин и механизмов формирования подтипов КРС, раннее выявление биомаркеров повреждения и факторов риска может определить оптимальные методы коррекции КРС с целью улучшения выживаемости и повышения качества жизни пациентов.

Таким образом, важнейшим положением, определяющим тактику ведения больных с ССЗ и ХБП, является признание ХБП независимым фактором риска развития ССЗ и эквивалентом ИБС по риску осложнений. Пациентов с ХБП относят к группе высокого/очень высокого сердечно-сосудистого риска. Соответственно пациенты с ХБП должны получать лечение по поводу кардиальной патологии в полном объеме в соответствии с национальными и международными рекомендациями, если нет противопоказаний. В клинической практике необходимо выделение в диагнозе больных с сердечно-сосудистой патологией функционального состояния почек с расчетом СКФ и альбуминурии, что будет способствовать внесению корректив в проводимое лечение и улучшению прогноза.

## КОГНИТИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТОНІЇ

*Корж О.М., Кочуєв Г.І., Говбах І.О., Плехова О.О.\*  
Харківська медична академія післядипломної освіти  
\*Харківський національний медичний університет*

На теперішній час артеріальна гіпертензія (АГ) розглядається як фактор ризику розвитку не тільки інсульту, але і розладів когнітивних функцій. Вона відіграє важливу роль в розвитку і прогресуванні когнітивних розладів у хворих на АГ.

**Мета роботи:** вивчити структуру і вираженість когнітивних порушень у амбулаторних пацієнтів з АГ без інсульту і транзиторних ішемічних атак в анамнезі.

**Матеріали і методи:** Обстежено 60 амбулаторних пацієнтів (25 чоловіків і 35 жінок) у віці від 41 до 65 років (середній вік  $56,1 \pm 6,3$ ). Визначалися антропометричні показники, ступінь і стадія АГ, наявність асоційованих клінічних станів і уражень органів-мішенів, частота серцевих скорочень в стані спокою. Оцінювалися біохімічні показники, стан ліпідного обміну, параметри ЕКГ в 12 відведеннях, ультразвукового дослідження серця і судин. Дослідження когнітивних функцій здійснювалося за допомогою шкали короткого дослідження психічного статусу — MMSE, тесту малювання годинника, шкали міні-КОГ.

**Результати роботи.** За анамнезом АГ пацієнти були поділені на 3 групи: тривалість захворювання до 5 років, 5—10 років і понад 10 років. При збільшенні тривалості АГ достовірно частіше зустрічалася ішемічна хвороба серця і зниження швидкості клубочкової фільтрації. Порушення ліпідного обміну і гіперглікемія натще виявлялися у всіх групах без достовірних відмінностей.

При збільшенні тривалості анамнезу з АГ збільшувалася вираженість когнітивних порушень: середня сума шкали MMSE по групах склала 28,4 бала, 27,2 і 25,4 відповідно. За шкалою міні-КОГ 6,7 і 8 балів відповідно. Виявлено сильний кореляційний зв'язок між стажем АГ і ураженням органів-мішенів, таких як гіпертрофія лівого шлуночка ( $r = +0,8$ ), зниження СКФ ( $r = +0,78$ ), наявністю ІХС ( $r = +0,81$ ) і середньої сили зв'язок з ступенем когнітивних порушень ( $r = +0,61$ ). Не було виявлено достовірних кореляцій між ступенем когнітивних порушень та індексом маси тіла, а також з вибором антигіпертензивних препаратів і регулярністю лікування.

**Висновки:** Для раннього виявлення когнітивних порушень можна використовувати доступні і прості у застосуванні шкали (MMSE, міні-КОГ, тест малювання годинника). Ступінь когнітивних порушень при АГ асоціюється з тривалістю захворювання і з ураженням інших органів-мішенів і не пов'язана з обраним пріоритетним препаратом для лікування АГ.

## ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*О.М. Корж, Г.І. Кочуєв, С.В. Краснокутський  
Харківська медична академія післядипломної освіти, м.  
Харків, Україна*

Первинною профілактикою хронічних захворювань важливо займатися з дитячого віку, т.к. численними до-

слідженнями підтверджено, що так звані «фактори ризику», формуючись у дитячо-підлітковому віці, мають «стійкість» і надалі переходять у спосіб життя дорослої людини. Наявність високого рівня захворюваності і смертності хворих на серцево-судинну патологію, не дивлячись на застосування ефективних технологій первинної і вторинної профілактики, обумовлюють необхідність вивчення якості надання медичної допомоги, відповідності лікування, що надається в першу чергу лікарями первинної ланки, прийнятим рекомендаціям.

Розрізняють фактори ризику, що модифікуються та не модифікуються. До других належать — вік, стать, генетична схильність, що використовуються для розробки стратифікації ризику розвитку захворювань. Такі фактори ризику не можуть бути скориговані, а тільки враховуються при визначенні ступеня ризику розвитку захворювань (ССЗ).

Фактори ризику, що модифікуються, піддаються корекції і розділені на поведінкові та біологічні фактори ризику. До поведінкових відносять: куріння, нездорове харчування, низька фізична активність, надмірне споживання алкоголю, хронічне психоемоційне напруження.

При тривалому впливі поведінкових факторів ризику на організм людини відбувається формування біологічних факторів ризику — артеріальної гіпертензії (АГ), дисліпідемії, надлишкової маси тіла (МТ), ожиріння та цукрового діабету, які є значущими для розвитку серцево-судинної патології.

Популяційна стратегія профілактики спрямована, насамперед, на формування здорового способу життя у членів суспільства, на пропаганду знань про збереження здоров'я, на широку інформаційну роботу з населенням незалежно від наявності у них факторів ризику або хронічних неінфекційних захворювань. Роль сімейного лікаря в реалізації популяційної стратегії профілактики полягає в активному інформуванні та мотивації населення на здоровий спосіб життя і звернення за медичною консультацією при наявності факторів ризику.

Стратегія високого ризику спрямована на виявлення та корекцію факторів ризику у пацієнтів. Провідна роль відведена фахівцям первинної ланки охорони здоров'я. Такі програми, як диспансеризація певних вікових груп населення та профілактичні медичні огляди є гарною підтримкою в реалізації стратегії профілактики високого ризику.

Найбільша доказова база накопичена щодо тривожно-депресивних розладів у розвитку та прогресуванні ССЗ. У більшості робіт показано, що тривожно-депресивна симптоматика підвищує ризик розвитку кардіоваскулярних катастроф як у осіб що початково не страждають на ССЗ, так і у хворих на ССЗ. Встановлено наступний ефект: при більш вираженій депресії кардіоваскулярні ускладнення розвиваються раніше і вони більш важкі.

Нами виявлена низька обізнаність лікарів амбулаторної ланки в питаннях діагностики і профілактики серцево-судинних захворювань, проаналізовані бар'єри на шляху реалізації концепції профілактики патології серцево-судинної системи, проблеми прихильності хворих до виконання рекомендацій немедикаментозної і медикаментозної терапії. У багатьох країнах в даний час розробляються адаптовані до локальних умов програми профілактики серцево-судинних захворювань із залученням лікарів загальної практики, що мають справу з пацієнтами помірної і

високого ризику, які на відміну від хворих з клінічними проявами не знаходяться на динамічному спостереженні у кардіологів і до того ж менш мотивовані.

**ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА  
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ЛИПИДНОГО  
ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ  
ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ПОЗВОНОЧНИКА, В СОЧЕТАНИИ С  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.**

*Корж И.В., Федотова И.Ф*

*ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко НАМНУ», г. Харьков*

Актуальность выбранной тематики обусловлена особым вниманием ученых к проблеме коморбидности. Особого внимания заслуживает изучение особенностей липидного обмена, как маркера изменений, происходящих у данной группы пациентов.

**Цель исследования** — изучение особенностей липидного обмена у больных дегенеративными заболеваниями позвоночника с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Методы исследования** — в исследование были включены 76 пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника, средний возраст соответственно составил  $39,6 \pm 3,2$  и  $44,1 \pm 4,2$  года. В контрольную группу входили 20 человек в возрасте  $40,2 \pm 2,9$  лет, не имеющих патологию позвоночника. У всех больных определяли показатели липидного обмена: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП). Концентрацию в плазме крови ХС, ЛПВП, ТГ исследовали иммуноферментным методом с дальнейшим расчетом коэффициента атерогенности (КА). Из сопутствующей патологии учитывалась хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет (СД), избыточный вес (увеличение индекса массы тела до 25 и более).

**Результаты и обсуждение.** Содержание ХС у больных дегенеративными заболеваниями позвоночника составляло в среднем  $6,36 \pm 0,15$  ( $p < 0,01$ ). Среднее значение ХС ЛПНП равнялось  $4,76 \pm 0,16$  ( $p < 0,05$ ), ЛПОНП —  $0,80 \pm 0,03$  ( $p < 0,001$ ). Выявлено снижение содержания ХС ЛПВП до  $1,04 \pm 0,02$  ( $p < 0,05$ ) и повышение концентрации ТГ, составившее  $2,05 \pm 0,32$  ( $p < 0,05$ ). При этом среднее значение КА было  $5,30 \pm 0,21$  ( $p < 0,01$ ). Средний уровень ХС у пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника не отличался от показателей практически здоровых лиц. Выявлены статистически достоверные различия между группами пациентов в концентрации ТГ, ХС ЛПНП, ЛПОНП.

**Выводы.** У больных дегенеративными заболеваниями позвоночника имеет место атерогенная дислипидемия, что является фактором риска развития кардиоваскулярной патологии. Этот факт обосновывает включение определение липидов в диагностику у больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника, а также включение в комплекс консервативной терапии мероприятий по модификации образа жизни и препаратов для коррекции дислипидемии.

**ОСОБЛИВОСТІ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ,  
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ  
НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В СПОЛУЧЕННІ  
З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ, В ЗАЛЕЖНОСТІ  
ВІД ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО  
ТИСКУ**

*Кочуев Г.Л., Корж О.М., Кочуева М.М., Краснокутський С.В., Лінська Г.В.\**

*Харківська медична академія післядипломної освіти  
Харківський НДІ неврології, психіатрії та наркології  
АМН України*

**Мета:** виявлення особливостей церебральної гемодинаміки, оцінка функції ендотелію у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД), в залежності від типу добового профілю артеріального тиску.

**Методи:** проводилося дуплексне сканування магістральних судин голови та шиї (вимірювання товщини комплексу інтима-медіа сонних артерій, швидкісних показників кровотоку, індексу резистентності і пульсаційного індексу середньої мозкової артерії), добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) у вільному руховому режимі на «неробочий» руці кожні 15 хвилин в денний час і кожні 30 хвилин вночі. Ендотеліальна дисфункція оцінювалася шляхом проведення проби з реактивною гіперемією (ендотелій-залежна вазодилатація, ЕЗВД). Обумовлена потоком крові ЕЗВД визначалася під час реактивної гіперемії (РГ), викликаною 5-хвилинною оклюзією плечової артерії пневмоманжеткою. Зміна діаметру плечової артерії і швидкість кровотоку оцінювали в процентному співвідношенні до початкових величин в спокої. За порушення ЕЗВД приймали її значення менше 10%. Обстежено 30 хворих (14 чоловіків, 16 жінок, середній вік — 59,6 років), які склали 2 групи: 1 група — хворі АГ в поєднанні з ЦД 2 типу (18 осіб), 2 група порівняння — 12 пацієнтів на гіпертонічну хворобу. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

**Результати:** при аналізі добового профілю АГ було відзначено, що у хворих АГ в поєднанні з ЦД 2 типу преувальювали типи «nondipper» (52% випадків) і «dipper» (32% випадків), тип «night-picker» зустрічався у 16% пацієнтів. У групі хворих на АГ в 48% випадків відзначений тип «non-dipper», в 39% — «dipper», у 13% хворих — тип «night-picker». Пацієнтів з добовим профілем «over-dipper» виявлено не було. У хворих АГ з ЦД 2 типу середні діастолічний АТ (СрДАД) був достовірно вище на 4,7% ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з хворими на АГ. Значення середнесistolічного АТ (СрСАТ) в досліджуваних групах достовірно не відрізнялися. Варіабельність систолічного і діастолічного АТ, а також середньодобова ЧСС були вище у пацієнтів з АГ в поєднанні з ЦД 2 типу в порівнянні з хворими на АГ, що свідчить про несприятливий прогноз щодо ураження органів-мішенів і ризик розвитку серцево-судинних ускладнень. Встановлено, що при АГ в поєднанні з ЦД 2 типу зростають показники варіабельності і навантаження тиском. Показники церебральної гемодинаміки у досліджуваних груп пацієнтів також суттєво різнилися. При ДС судин голови і шиї в групі хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2 типу найбільш часто виявлялося потовщення комплексу інтима-медіа без формування гемодинамічно значущих стенозів — 62% пацієнтів, у групі на АГ фібро-інті-

мальна гіперплазія виявлена в 58 % випадків. Стенозуючий процес в сонних артеріях відзначений у 58 % хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2 типу і в 52 % в групі порівняння. При вимірюванні індексів резистентності і пульсаційних індексів середньої мозкової артерії показники в обох підгрупах були підвищеними, істотних відмінностей в досліджуваних підгрупах не виявлено. При проведенні проби з реактивною гіперемією у 50 % пацієнтів, які страждають на АГ в поєднанні з ЦД 2 типу, відзначалося зниження ендотелій-залежної вазодилатації, а уповільнене відновлення вихідного діаметра (до 5-й хвилині) мало місце у 62 % хворих.

У пацієнтів на АГ зниження ЕЗВД виявлено у 43 %, у 50 % з них відновлення вихідного діаметра плечової артерії відбулося до 4-й хвилині. У контрольній групі здорових осіб зниження судинної реактивності не виявлено: приріст діаметра плечової артерії у всіх перевищував 10 %, а вихідний діаметр плечової артерії відновився до 3 хвилини.

**Висновки:** у хворих на АГ в поєднанні з ЦД 2 типу виявлено домінування патологічних типів добового профілю АТ, недостатня ступінь нічного зниження АТ, зростання показників навантаження тиском, підвищена варіабельність АТ; підвищення периферичного судинного опору церебральних артерій, яке опосередковане ендотеліальною дисфункцією.

#### НЕМЕДИКАМЕНТОЗНА КОРРЕКЦІЯ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ПАЦІЄНТІВ НИЗЬКОГО СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ.

*Кочуєв Г.І., Корж О.М., Краснокутський С.В.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Мета:** вивчити вплив антиатерогенної дієти на рівень холестерину (ХС), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ і тригліцеридів (ТГ) і прихильність до дотримання рекомендацій щодо антиатерогенного харчування при дисліпідемії.

**Методи:** досліджувана група включала 146 осіб обох статей у віці від 32 до 56 років, в тому числі 68 чоловіків (33-54 років) і 78 жінок (51-57 років). Всі учасники спостереження входили до групи низького ризику за шкалою Score. Рівень ХС становив 6,4 — 7,1, ЛПНЩ 3,8— 4,1, ЛПВЩ 0,9— 1,1, ТГ 1,5— 3,0 ммоль/л. Індекс маси тіла знаходився в межах 25— 31 кг/м<sup>2</sup>. Всій групі дослідження була призначена антиатерогенного дієта з докладним поясненням основних позицій з її виконання.

**Результати:** протягом місяця учасники спостереження дотримувалися антиатерогенної дієти, після чого була проведена оцінка показників ліпідного спектру. За результатами аналізів проведено розподіл на 2 групи: зі значною (8—20 % від вихідного) і незначною (до 8 % від вихідного) зміною показників. У першій групі з 78 осіб спостерігався наступний розподіл значень: у 55 % спостерігалось зниження ЗХС на 15 — 17 %, у 35 % зниження ЛПНЩ на 9—13 %, у 66 % зниження ТГ на 18—20 %, у 23 % підвищення ЛПВЩ на 8 %. У другій групі з 68 осіб (30 чоловіків і 38 жінок) зафіксовано, що у 45 % відбулось зниження ЗХС менше 7 %, у 65 % зниження ЛПНЩ менше 6 %, у 34 % зниження ТГ менше 15 %, підвищення ЛПВЩ менше 2 %. ІМТ знизився від 2 до 7 % порівняльно з початковим. Задоволення новим режимом харчування було 20 % досліджуваних

(12 % — жінки, 8 % — чоловіки). Через 2 місяці 75 % пацієнтів зізналися, що повернулися до колишнього раціону харчування і дотримуються тільки деяких аспектів дієти.

**Висновки:** зміна способу життя, особливо пристрастиву харчуванні представляє складне завдання для лікаря і пацієнта. Дієта по різному впливає на показники ліпідного спектру у різних пацієнтів, в зв'язку з чим необхідний випробувальний період для визначення доцільності дотримання дієтичних рекомендацій в повному обсязі. З огляду на те, що в цьому дослідженні пацієнти не приймали гіполіпідемічної терапії не можна зіставити прихильність до медикаментозної і немедикаментозної корекції дисліпідемії. Однак, наполегливі рекомендації лікарів на зміну характеру харчування часто не сприймаються пацієнтами, що підвищує доцільність медикаментозної корекції дисліпідемії.

#### РОЛЬ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЇ ПРИ ВСТАНОВЛЕННІ ЕТІОЛОГІЇ СИНДРОМУ ВНУТРІШНЬОГРУДНОЇ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ

*Купчак І. М.*

*Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології НАМН України ім. Ф. Г. Яновського", відділення торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики.*

**Вступ.** Збільшення розмірів внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ВГЛВ) є одним із симптомів багатьох захворювань, що різняться причиною, клінічними проявами, методами діагностики, лікуванням та прогнозом. Встановлення етіології синдрому внутрішньогрудної лімфаденопатії (СВГЛ) є важливою клінічною проблемою, оскільки серед найбільш поширених причин розвитку гіперплазії ВГЛВ є епідеміологічно небезпечний туберкульоз (7,6 %), злоякісні пухлини (18,2 %), онкогематологічні захворювання (14,1 %) та саркоїдоз (50,0 %), що потребують ранньої діагностики.

У наш час широкого розповсюдження набула методика відеоторакокопійного (ВТС) втручання для діагностики СВГЛ. Такий вид діагностики дає можливість отримати необхідну кількість біопсійного матеріалу для гістологічної верифікації діагнозу, що дозволяє своєчасно розпочати етіотропну терапію.

**Мета роботи.** Вивчити роль відеоторакокопії при встановленні етіології синдрому внутрішньогрудної лімфаденопатії.

**Матеріали і методи.** Нами були проаналізовані і узагальнені дані 91 хворого із СВГЛ різної етіології, що перебували на лікуванні у відділенні торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» (НІФП НАМН) в період з 2008 по 2015 рр. Всім хворим виконувалась ВТС з біопсією ВГЛВ з подальшим гістологічним дослідженням біоптатів. При вивченні значення ВТС для діагностики етіології СВГЛ були вивчені наступні показники: чутливість, специфічність і точність методу, інтра- і післяопераційні ускладнення.

**Результати і обговорення.** Всім досліджуваним пацієнтам проводились загальноклінічні, інструментальні, рентгенологічні методи дослідження. Хворі, включені у дослі-

дження, були розділені на 5 клінічних груп в залежності від етіології СВГЛ, яка була встановлена шляхом морфологічного дослідження біоптатів лімфатичних вузлів:

I група — 35 (38,5%) хворих з діагнозом «саркоїдоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів»;

II група — 7 (7,7%) осіб з діагнозом «туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів»;

III група — 18 (19,8%) пацієнтів з діагнозом онкогематологічного захворювання з ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.

IV група — 17 (18,7%) хворих з діагнозом «онкологічне метастатичне ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів»;

V група — 14 (15,4%) пацієнтів з діагнозом «неспецифічне ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів».

При ВТС біопсії ВГЛВ чутливість, специфічність і точність методу склали 96,0%, 98,1%, 97,1%.

**Висновки.** ВТС біопсія ВГЛВ є безпечним, малотравматичним та інформативним методом діагностики, має невисокий рівень інтраопераційних і післяопераційних ускладнень (4,4%), які легко ліквідуються консервативно.

#### ВИКОРИСТАННЯ ФОТОПЛЕТИЗМОГРАФІЇ У ВИЗНАЧЕННІ ГЕМОДИНАМІЧНОГО ПАТТЕРНУ ШОКУ

*Курсов С.В., Білецький О.В., Лизогуб К.І., Ієвлева В.І.,  
Іванченко Д.О.*

*КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги імені професора  
О.І.Мещанінова», м.Харків, Україна*

**Вступ.** Надання якісної медичної допомоги пацієнтам з синдромом гострої недостатності системного кровообігу на догоспітальному етапі являє невичерпану проблему медицини невідкладних станів. За даними Jones A.E. (2004) летальність серед хворих з тяжкою артеріальною гіпотензією нетравматичного походження, що була виявлена до надходження до шпиталю, звичайно сягає 30 та більше відсотків. Інотропна підтримка, корекція судинного тону та об'єму циркулюючої крові є провідними заходами екстреної медичної допомоги (ЕМД) у пацієнтів в стані шоку.

Проте ефективна та безпечна корекція центральної гемодинаміки можлива лише за умови точного визначення провідної причини зменшення серцевого викиду. Отже, діагностика гемодинамічного паттерну шоку є надзвичайно важливим аспектом в структурі алгоритмів ЕМД.

**Метою дослідження** стало вивчення перфузійного індексу у хворих з тяжкою артеріальною гіпотензією різного походження для встановлення характерних змін цього показника в умовах кардіогенного, дистрибутивного та гіповолемічного шоку.

**Матеріали і методи.** Перфузійний індекс (ПІ) визначали фотоплетизмографічним методом у хворих з артеріальною гіпотензією, яких доставляли до реанімаційної зали багатопрофільної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги за допомогою приладу RainbowMasimo. Таким чином, згодом після точного визначення походження артеріальної гіпотензії було встановлено які зміни величини ПІ є характерними для кожного з гемодинамічних паттернів шоку.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В пацієнтів з кардіогенним шоком величина ПІ, звичайно, становила 0,25—1,0%. На тлі гіповолемії (зневоднення внаслідок цукрового діабету, гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини та поза черевного простору, тривале знаходження в непритомному стані без догляду, відсутність догляду) ПІ також виявився зниженим, та сягав 2,0—3,0%. Тяжкість артеріальної гіпотензії та шоку відповідала ступеню зниження ПІ. При термічних травмах, як при опіковому шоку, коли має місце суттєва гіповолемія внаслідок втрати значної кількості плазми крові, так і при холодовому шоку, де має місце суттєве зниження продуктивності серця та периферичний спазм або паралітичне розширення судин, величина ПІ суттєво зменшувалася та знаходилася в межах 0,25—1,0%. Натомість, при переважанні судинної недостатності (анафілактична реакція, дія інфекційних агентів, тяжкий перебіг мозкового інсульту) периферична капілярна перфузія м'яких тканин була знижена істотно менше, та величина ПІ знаходилася в межах 1,5—3,0%. Значне зниження ПІ до 0,5% та менше виявилось серйозним негативним прогностичним фактором високої імовірності летального випадку, навіть в умовах відносно нетяжкої артеріальної гіпотензії. Корекція гемодинаміки, що швидко забезпечувала зростання показників артеріального тиску, сприяла зростанню ПІ. При наявності значного зниження скорочувальної функції міокарда зростання ПІ на тлі інотропної підтримки відбувалося дуже повільно. При усуненні недостатності судинного тону із застосуванням плазмозамінників позитивна динаміка була значно швидшою. Якщо шок мав гіповолемічне походження (за виключенням неконтрольованої крововтрати), величина ПІ зростала швидко відповідно темпу та обсягу рідинної ресусцитації.

**Висновок.** Визначення величини ПІ фотоплетизмографічним методом має стати одним з інструментів діагностування провідної причини виникнення гострої недостатності системного кровообігу на догоспітальному етапі, що надає можливості швидкого та вірного вибору напрямку корекції гемодинаміки.

#### ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНИХ АНЕМИЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

*Кучеренко Э.А., Журова Т.Э., Сиренко Е.В.*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина*

Железодефицитные анемии — часто встречаемое заболевание в практике семейного врача. Неполное обследование больного и неправильная трактовка полученных результатов лабораторных исследований приводит к ошибочному диагнозу «железодефицитной анемии», а назначение препаратов железа окажется не только не эффективным, но и приводящим к развитию вторичного гемосидероза и отрицательной динамике основного заболевания.

Диагностика железодефицитной анемии базируется на комплексе лабораторных методов — клинических и биохимических. Клинические методы включают в себя: стандартный анализ крови, дополнительные исследования для определения количества ретикулоцитов, тромбоцитов, гематокрита, определение эритроцитарных индексов. Для

дифференциации гипохромных анемий используются дополнительные лабораторные биохимические исследования, которые являются определяющими для выявления дефицита железа в организме: определение общей железосвязывающей способности сыворотки, количество сывороточного железа, трансферрина и ферритина. Важно помнить, что обнаружение низких показателей железа сыворотки крови, трансферрина и повышение общей железосвязывающей способности сыворотки всегда является следствием истинного дефицита железа в организме. Согласно протоколу МЗ Украины № 709 от 02.11.15 г. по оказанию помощи населению при железодефицитных анемиях, главным критерием истинного дефицита железа является содержание ферритина в сыворотке крови.

Таким образом, обоснованное назначение необходимых лабораторных исследований, квалифицированная интерпретация полученных результатов, является залогом правильной диагностики и успешного лечения железодефицитной анемии в практике семейного врача.

### АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИЧНИХ ДІЙ ПРИ СИНДРОМІ ВНУТРІШНЬОГРУДНОЇ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ НЕВІДОМОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Кишановський О. Е.

ДУ «Національний інститут фізичної та пухлогічної медицини ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

**Вступ.** Останні роки зростає кількість пацієнтів з синдромом внутрішньогрудної лімфаденопатії (СВГЛ). Традиційна оглядова рентгенографія і флюорографія органів грудної клітини дозволяє лише встановити факт захворювання, але не виявити його причину. Більш інформативною рентгенологічною методикою є спіральна комп'ютерна томографія (СКТ), однак жодна з них самостійно не дозволяє точно встановити етіологію СВГЛ. В даній роботі представлено розроблений на базі клініки алгоритм послідовності дій для верифікації діагнозу при СВГЛ з використанням консервативних та інвазивних методів.

**Матеріали і методи.** Був проведений ретроспективний аналіз 603 історій хвороб пацієнтів, яким проводили діагностику етіології СВГЛ останні 12 років. Для розробки алгоритму узагальнено власні дані, а також повідомлення світової літератури.

**Результати.** Основними принципами диференціальної діагностики внутрішньогрудної лімфаденопатії невідомої етіології є:

- а) послідовність;
- б) комплексність;
- в) переємність;
- г) етапність (I етап — поліклініка, II етап — терапевтичний стаціонар, III етап — відділення торакальної хірургії).

На I етапі в умовах поліклініки для встановлення генезу СВГЛ повинні бути зібрані анамнестичні дані та проведені фізикальні та загальнолабораторні дослідження.

У разі неможливості встановлення етіології СВГЛ, хворий направляється на II етап діагностики — терапевтичний (фізичний, пухлогічний, онкологічний, інфекційний, ревматологічний) стаціонар, на якому необхідно провести поглиблені лабораторні і інструментальні неінвазивні дослідження (УЗД черевної порожнини та периферичних лімфатичних вузлів, оглядова фібробронхос-

копія, рентгенологічні: мультиспіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням)

При відсутності етіологічного діагнозу після II етапу діагностики хворого доцільно направити на III етап діагностики у відділення торакальної хірургії. На цьому етапі показане застосування наступних діагностичних досліджень: трансбронхіальної біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ВГЛ) під ультразвуковим контролем, медіастиноскопії з біопсією ВГЛ, відеоторакоскопічної біопсії ВГЛ, відеоасистованої біопсії ВГЛ, відкритої біопсії ВГЛ, цитологічного дослідження біоптатів ВГЛ, патогістологічного дослідження біоптатів ВГЛ, бактеріологічного дослідження біоптатів ВГЛ, імуногістохімічного дослідження біоптатів ВГЛ.

**Висновки.** Актуальність даного алгоритму визначається зростаючою кількістю пацієнтів з наявністю СВГЛ і існуючими складнощами його верифікації, відсутністю єдиної думки, щодо послідовності діагностичних дій. Представлений алгоритм діагностики СВГЛ дозволяє, використовуючи як консервативні методи, а, при їх неефективності, так і хірургічні методи біопсії, ефективно та безпечно встановити генез захворювання. Вказує послідовність використання інвазивних методик, залежно від їх ефективності, безпечності, а також конкретної клінічної ситуації.

### РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ВИЯВЛЕННІ І ПРОФІЛАКТИЦІ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІВЧАТОК

Левенець С.О., Начьотова Т.А., Новохатська С.В.,  
Удовікова Н.О.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків, Україна

За останні 30 років поширеність первинної (ІОМ), вторинної олігоменореї (ВОМ) і вторинної аменореї (ВА), які прийнято об'єднувати в гіпоменструальний синдром (ГМС), серед дівчаток-підлітків збільшилася більш, ніж в два рази. ГМС, що виник в період пубертату, без належної корекції може зберігатися і прогресувати в фертильному віці, приводячи в подальшому до порушень функції репродуктивної системи. Для збереження репродуктивного потенціалу дівчаток неможливе без проведення профілактичних заходів в групах ризику виникнення зазначених захворювань та їх рання діагностика, значна роль при цьому відводиться лікарю загальної практики/сімейної медицини.

**Метою роботи** було визначення критеріїв прогнозування виникнення ГМС у дівчаток та визначення напрямків роботи сімейного лікаря, спрямованої на збереження їх репродуктивного потенціалу.

**Матеріали та методи.** На підставі результатів обстеження 350 дівчаток-підлітків 13-17 років з ГМС визначені прогностично несприятливі клініко-анамнестичні ознаки відносно становлення менструальної функції. Розрахунок прогностичної значущості факторів щодо появи ГМС проводили із застосуванням методики послідовної процедури Вальда із визначенням інформативності ознак за допомогою критерію Кульбака.

**Результати дослідження.** Встановлено, що для прогнозування виникнення ІОМ слід використовувати такі ознаки, як пізній менархе (є прогностичний коефіцієнт (ПК)

= +6,92; немає ПК = -0,78), інвертований пубертат, тобто порушення послідовності появи вторинних ознак (ε ПК = +5,74; немає ПК = -1,11), ранній репродуктивний вік матері (до 20 років; РРВМ) на момент народження дівчинки (ε ПК = +6,6; немає ПК = -1,2), загроза переривання вагітності (ЗПВ) в перинатальному анамнезі (ε ПК = +4,62; немає ПК = -1,26), порушення репродуктивної функції у матері (ε ПК = +3,47; немає ПК = -0,83), порушення менструальної функції у матері до настання вагітності (ε ПК = +3,1; немає ПК = -0,9).

Критеріями прогнозування виникнення ВОМ є раннє менархе у дівчини (ε ПК = +8,90; немає ПК = -0,28), наявність ожиріння (ε ПК = +7,19; немає ПК = -0,49), вираженого гірсутизму (ε ПК = +4,56; немає ПК = -1,73).

До критеріїв прогнозування виникнення ВА у дівчат-підлітків відносяться пізнє менархе у матері (ε ПК = +10,8; немає ПК = -0,5), пізнє менархе у дівчинки (ε ПК = +8,18; немає ПК = -1,66), виражений гірсутизм у дівчинки (ε ПК = +7,0; немає ПК = -0,4), дефіцит маси тіла у дівчинки на момент обстеження (ε ПК = +6,97; немає ПК = -1,2), РРВМ (ε ПК = +6,2; немає ПК = -0,77), пологи шляхом кесарева розтину (ε ПК = +5,3; немає ПК = -0,8, наявність ЗПВ (ε ПК = +3,0; немає ПК = -0,6), олігоменорея та/або ВА у матері дівчинки до настання вагітності (ε ПК = +2,77; немає ПК = -0,5). Для оцінки прогнозу виконується послідовне додавання прогностичних коефіцієнтів. Сума балів від (+13) свідчить про високу вірогідність виникнення захворювання, сума менше (-13) балів — про низьку ймовірність розвитку патології.

**Висновки.** При зверненні дівчаток до сімейного лікаря з будь-якого приводу слід звертати увагу на сомато-статевий розвиток, ступень гірсутизму, вік появи менархе, особливо при обтяженому перинатальному анамнезі або при наявності у матерів порушень репродуктивної функції. Сімейному лікарю необхідно стежити за ритмічністю менструації за даними «менструального календаря» і своєчасно реєструвати її відхилення (затримки більш, ніж на 45 днів, тривалість менструації понад 10 днів). Визначені прогностичні показники надають можливість формування групи ризику за виникненням РМФ для своєчасної консультації дівчинки у дитячого гінеколога. При наявності дефіциту маси тіла або ожиріння необхідно ще з препубертатного періоду (до появи вторинних статевих ознак) проводити відповідні заходи щодо нормалізації маси тіла.

#### ПРЕДСТАВЛЕННОСТЬ МАКРОФАГОВ С РЕЦЕПТОРАМИ КЛАСТЕРА CD68+ В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕМАХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Лискина И. В., Кузовкова С. Д., Мельник О. А., Загаба Л. М.  
ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», Киев,  
Украина

Внедрение иммуногистохимического метода (ИГХ) в морфологические исследования различных патологических состояний показало безусловное преимущество этого метода при детальном изучении патогенеза заболеваний в целом, выяснении отдельных звеньев развития патологии. В настоящее время проведено достаточно

большое количество исследований с применением ИГХ при изучении особенностей морфологических реакций при туберкулезе легких. Однако, большинство этих работ проведено в эксперименте, что не позволяет полностью экстраполировать полученные результаты на организм человека и практически отсутствуют работы, посвященные исследованию такой формы туберкулеза как туберкулемы (Т). Макрофаги (МФ) принимают самое активное участие в защите организма от патогенных микроорганизмов — в раннем неспецифическом воспалительном ответе на инфекцию, в «запуске» специфического иммунного ответа, в клеточно-опосредованном иммунном ответе, что обуславливает пристальное внимание исследователей к данной популяции иммунокомпетентных клеток.

**Цель.** Определение локализации и тенденций количественного распределения CD68+ макрофагов в гистологических структурах легочной ткани при Т легких при высокой степени активности специфического воспалительного процесса.

**Материалы и методы исследования.** ИГХ исследование выполнено на материале 20 резектатов легких с Т, при традиционном гистологическом исследовании которых установлена высокая степень активности специфического воспалительного процесса. Использован AUTOSTAINER 360-2Dпр оизводства ThermoFisherScientific с системой визуализации UltraVisionQuanto, моноклональное антитело CD68/MacrophageMarkerAb-3, клон KP1 этой же фирмы. Относительное количество и интенсивность окраски (экспрессию) CD68+ -клеток оценивали, используя полуколичественный метод: «высокий уровень» — наличие 15—20 и более CD68+ клеток в 6-8 полях зрения, «умеренный уровень» — 6—10 в большинстве полей зрения, «низкий» — при одиночных наблюдениях в половине изучаемых полей зрения. Рабочее увеличение микроскопа 10x40.

**Результаты исследований.** В структуре Т казеозно-некротические массы были окружены широким слоем из клеток макрофагального ряда с разной степенью экспрессии CD68. Наибольшая интенсивность экспрессии CD68 свойственна именно типичным МФ — округлым, довольно крупным клеткам с хорошо выраженной цитоплазматической зернистостью. Такие скопления содержались в грануляционном слое Т. В зонах экссудативной реакции возле Т выявлены типичные пенистые МФ в просвете альвеол, как среди фибринозного экссудата, так и свободно расположенные. Во многих полях зрения превалировали рассеянные единичные МФ, но достаточно часто присутствовали умеренные скопления МФ — отмечался высокий уровень экспрессии CD68+ типичных МФ в альвеолах. В 75 % случаев макрофагальные гранулемы с высоким уровнем экспрессии CD68+ определены в капсуле Т и мало измененной легочной ткани возле Т, возле туберкулезных очагов (20 % случаев), в стенке бронхов (25 % случаев). В очагах отсева CD68 + макрофаги формируют внутренний слой, который ограничивает фокус некроза.

**Выводы.** Основными местами локализации макрофагов с высоким уровнем экспрессии CD68+ в Т являются: граница некротического содержимого с капсулой, грануляционный слой Т, а также гранулемы, присутствующие в капсуле Т. Вне Т CD68 + макрофаги диффузно рассеяны внутри сохранных альвеол или формируют небольшие скопления, а также образуют внутренний слой очагов отсева.



## ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мартыновская Л. В., Гончарова Н. А.,  
Подгрушина В. В.

Харьковская медицинская академия последипломного  
образования  
г. Харьков, Украина

Аденовирусная инфекция — острое инфекционное заболевание, характеризующееся умеренной интоксикацией, поражением слизистых оболочек верхних дыхательных путей, конъюнктивы и роговицы, а также кишечника и лимфоидной ткани.

Аденовирусную офтальмопатологию по клиническим проявлениям и серотипу возбудителя подразделяют на аденовирусный конъюнктивит (АВК, фаринго-конъюнктивальная лихорадка) и эпидемический кератоконъюнктивит (ЭКК).

Учитывая вероятность возникновения осложнений в исходе заболевания — проблема данной патологии является актуальной.

**Цель.** Изучить особенности клинического течения и возможные осложнения при аденовирусной офтальмопатологии у детей и подростков.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 17 детей с острой аденовирусной офтальмопатологией в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 7 мальчиков и 10 девочек. Сроки наблюдения от 1 до 6 месяцев. Всем больным проводилось общее и офтальмологическое обследование, включающее визометрию, осмотр переднего отрезка глазного яблока, биомикроскопию на щелевой лампе, офтальмометрию и офтальмоскопию.

**Результаты.** В ранний период заражения аденовирусной инфекцией у всех детей отмечались признаки интоксикации: повышение температуры тела до 38,2—39,0 — 98 % случаев, увеличение регионарных лимфоузлов (57 %), катаральные поражения верхних дыхательных путей.

У всех пациентов поражение глаз начиналось остро. Односторонний процесс выявлен у 8 детей (47 %), двухсторонний — у 9 пациентов (53 %).

Клинические проявления: гиперемия конъюнктивы, отек, наличие фолликулов в нижней переходной складке, фибринозные пленки конъюнктивы, роговичные субэпителиальные инфильтраты на обоих глазах.

Всем пациентам назначалась общая и местная противовирусная терапия. Сроки выздоровления пациентов с аденовирусным конъюнктивитом составили от 7 до 10 дней. Для рассасывания роговичных субэпителиальных инфильтратов использовали местную противовоспалительную терапию низкими концентрациями кортикостероидов. Сроки выздоровления от 10 до 21 дня.

**Выводы.** Характерной особенностью течения аденовирусной офтальмопатологии у детей и подростков являются — общая интоксикация, преобладание инфильтративной формы ЭКК, более быстрые сроки лечения и благоприятный исход. Кератоконъюнктивиты являются наиболее опасной патологией, составляющие значительную долю поражения роговицы.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ОКУЛЯРНОГО НИСТАГМА

Мартыновская Л. В., Гончарова Н. А.,  
Пастух И. В.

Харьковская медицинская академия последипломного  
образования  
г. Харьков, Украина

Врожденный нистагм — синдром произвольных ритмических движений глаз, проявляющихся с рождения или вскоре после него. Врожденный окулярный нистагм — одна из причин развития слабовидения у детей и подростков.

Проблема комплексного лечения больных с различными формами врожденного окулярного нистагма до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных и сложных.

**Цель.** Изучение эффективности комплексного лечения различных форм врожденного окулярного нистагма.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов в возрасте от 3 до 29 лет. Горизонтальный толчкообразный нистагм выявлен у 9 больных (18 глаз), маятникообразный — у 5 больных (10 глаз), ротаторный — у одного пациента (2 глаза). Всем больным проводилось комплексное офтальмологическое обследование. Вид нистагма и его характеристики оценивались по данным электронистагмографии.

Курс консервативного лечения включал коррекцию аномалий рефракции, медикаментозную терапию, ортоптоплеоптическое лечение, а также электрофизиологические методы лечения.

Выбор метода хирургической коррекции зависел от формы окулярного нистагма. Больным с горизонтальным толчкообразным нистагмом проводилась операция по Андерсону-Кестенбауму, при маятникообразном нистагме рекомендована операция по Кюпперсу. При наличии ротаторного нистагма оперативное вмешательство показано в случаях сочетания его с косоглазием.

**Результаты.** В первой группе (9 пациентов) — острота зрения в первичной позиции после оперативного вмешательства соответствовала максимальной остроте зрения при вынужденном повороте головы до операции. Результатом операции явилось устранение вынужденного положения головы и уменьшение амплитуды нистагма в первичной позиции (на 10 — 15°). Во второй группе (5 пациентов) — амплитуда нистагма в послеоперационном периоде уменьшилась в среднем на 3—5° по данным электронистагмографии.

Всем пациентам в послеоперационном периоде назначался курс консервативной терапии с последующей положительной динамикой.

**Выводы.** Полученные результаты позволили обосновать систему мер, существенно улучшающих зрительные функции у больных с различными формами врожденного окулярного нистагма. Хирургическая коррекция нистагма значительно улучшает состояние больных. Принципиально важно отметить, что даже незначительное повышение остроты зрения и уменьшение амплитуды нистагма имеет жизненно-практическое значение для слабовидящих пациентов с нистагмом.

### ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТО-ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КОЛІТІ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ.

*Опарін О. А., Опарін А. Г., Лаврова Н. В., Єрмоленко І. М., Яранцева Н. А.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Серед захворювань дитячого та юнацького віку в останні роки особливе місце займають хронічні коліти, що у більшості хворих через деякий час сприяє розвитку тріщини заднього проходу та геморою, а це суттєво знижує показники якості життя та психосоматичний стан. У зв'язку з цим, в даній віковій групі, потрібно більше уваги приділяти факторам, які сприяють розвитку хронічного коліту, проводити профілактичні бесіди про користь ведення здорового способу життя та правильного харчування, причини та наслідки розвитку коліту. Враховуючи гіподинамію, постійний хронічний стрес підлітків, метою нашого дослідження стало вивчення впливу вегето-психосоматичних порушень на механізми формування евакуаторно-моторних порушень товстого кишківника.

**Матеріали та методи:** Для дослідження нами були відібрані 20 студентів хворих на коліт без супутньої патології віком від 18 до 30 років (6 юнаків та 14 дівчат). Першу групу склали 11 студентів з хронічним колітом з гіпермоторним синдромом та другу — 9 студентів з хронічним колітом з гіпермоторним синдромом. Контрольна група — 10 практично здорових осіб того ж віку. Діагноз хронічного коліту ставили згідно з МКХ 10. Характер психосоматичних порушень визначали за допомогою опитувальників: Бека, Айзенка, Шихана, Спілберга-Ханіна, особистісного опитувальника Бехтерівського інституту, опитувальника якості життя SF-36. Вегетативні порушення визначали за опитувальником Вейна, показниками артеріального тиску, пульсу, електрокардіограми.

**Результати:** Під час дослідження була виявлена чітка кореляційна залежність між видом порушень моторно-евакуаторної функції кишківника, особливостями психосоматичних та вегетативних порушень та якості життя. Було встановлено, що у хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом відзначається переважання дії парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи, тоді як у хворих на коліт з гіпермоторним компонентом переважає дія симпатичної нервової системи. Також було визначено, що у хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом наявне збільшення показників тривоги та депресії, в той час як у хворих на хронічний коліт з гіпермоторним синдромом підвищені показники реактивної та особистісної тривожності, причому ступінь вираженості вегето-психосоматичних порушень був у тісній кореляційній залежності від ступеня важкості хронічного коліту. Отримані дані вказують на роль психовегетативних розладів у механізмі формування евакуаторно-моторних порушень товстого кишківника при розвитку коліту.

#### **Висновки:**

Встановлено, що у хворих на хронічний коліт мають місце достовірні ознаки психосоматичних та вегетативних порушень, а також зниження показників якості життя.

У студентів, хворих на хронічний коліт, встановлена чітка залежність між типом моторно-евакуаторних порушень функції кишківника, характером психосоматичних порушень та особливостями вегетативної дисфункції.

Отримані результати свідчать про те, що психоемоційний стрес, викликаючи порушення діяльності вегетативної нервової системи, призводить до наступних порушень моторно-евакуаторної функції кишківника та розвитку хронічного коліту, тип якого визначається початковим переважанням у пацієнтів вегетативної парасимпатичної або симпатичної нервової системи.

Отримані дані свідчать про необхідність врахування стану психовегетативних порушень при розробці схем диференційної терапії різних форм хронічного коліту.

### ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У ПРАКТИЦІ СІМЕННИХ ЛІКАРІВ

*Пафьонова І.І., Торяник І.І., Оганезова Г.В., Рогова О.Г., Драганова О.М.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти.  
Харків, Україна*

Велику роль у формуванні клінічного мислення, цілісного професійного погляду на фармакотерапію інфекційних та неінфекційних хвороб як предмета фундаментального дослідження молодих фахівців-медиків відіграють принципи доказової медицини. Саме поняття «доказова медицина» розуміється на постулатах одвічних традицій, аксіом, ґрунтовних об'єктивних доказів та підтверджень, що містять у собі неоціненне педагогічне та психо-соціальне значення. Студенти, інтерни, молоді лікарі, не маючи досвіду у лікуванні хворих, виявляються схильними до впливу суб'єктивних факторів та формування хибних уявлень щодо провідних фармакотерапевтичних підходів. Іноді ними ігноруються індивідуальність хворого, зневажається комплексний підхід у його лікуванні. Звичним стає досвід спиратися на поверхневність одержаних результатів. Бажання отримати особисту фінансову користь, застосовуючи нові, неперевірені, високої вартості препарати, блискавично «підвестись» по професійним східцям, майже патологічні амбіції кар'єрного зросту відводять у тінь високі гуманістичні ідеї лікарської справи (разом з верховенством принципу «не нашкодити»), цінність та неповторність людського життя. Це призводить не лише до крихкого тимчасового успіху, але й фатальних у своїй незворотності помилок. Зрозуміло, що на сьогодні не йдеться про потребу вводити у вузівську програму навчання нові предмети. Однак саме у вишах, на циклах магистратури, спеціалізації прищеплюється прагнення до критичного аналізу наукової інформації, стосовно ефективності заповіданої фармакотерапії, об'єктивного ставлення до результатів індивідуального застосування останньої, реальної оцінки її перспектив, ризиків та прогнозів.

### ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЮНАКІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ ТА ГЕПАТОБІЛІАРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Пархоменко Л.К., Страшок Л.А., Єщенко А.В., Завеля Е. М., Ісакова М.Ю., Хоменко М.А.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Насьогодні ожиріння визнано найважливішою проблемою охорони здоров'я в Європейському

регіоні. Це обумовлено значним зростанням поширеності ожиріння, численними неінфекційними хворобами, які є його наслідками, скороченням тривалості життя. Літературні дані свідчать про погіршення якості життя дітей з ожирінням порівняно зі здоровими однолітками, але проблема лишається малодослідженою.

**Мета дослідження:** оцінити якість життя юнаків із ожирінням та гепатобілярною патологією.

**Матеріали та методи дослідження:** Обстежено 36 юнаків віком 14—17 років, хворих на ожиріння що перебували на лікуванні в ДУ «ІОЗДП НАМН України». Діагноз встановлено згідно МКХ-10 та на підставі «Протоколів надання медичної допомоги дітям хворим на ожиріння» (Наказ МОЗ України від 24. 04.2006 №254). Гепатобілярну патологію верифіковано на підставі «Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» (Наказ МОЗ України від 29.01.2013 №59). Якість життя визначалась за допомогою опитувальника SF-36 який містив 36 пунктів, згрупованих у 8 шкал. Шкали опитувальника об'єднані у 2 показники: фізичного компонента здоров'я і психічного компонента здоров'я. Фізичний компонент здоров'я містив шкали: фізичного функціонування (PF), рольового функціонування, зумовленого фізичним станом (RP), інтенсивності болю (BP) загального стану здоров'я (GH). Психологічний компонент здоров'я містив шкали: психічного здоров'я (MH) рольового функціонування зумовленого емоційним станом (RE), соціального функціонування (SF), життєвої активності (VT). Група контролю — 16 здорових юнаків відповідного віку.

**Результати:** у всіх обстежених було діагностовано функціональні розлади біліарного тракту (гіпотонія жовчного міхура, садж-синдром), у 47,2% — хронічний холецистит, у 5,6% — жовчнокам'яну хворобу. На підставі клінічного та ультразвукового досліджень у 38,8% юнаків діагностовано неалкогольну жирову хворобу печінки.

Серед показників фізичного компоненту здоров'я відмічалось зниження показника PF, який відображає ступінь обмеження фізичного навантаження ( $92,0 \pm 1,3$  проти  $97,5 \pm 0,9$  в групі контролю;  $p < 0,05$ ), та тенденція до зниження показника RP, який відображає вплив фізичного стану на повсякденну діяльність ( $82,3 \pm 4,1$  проти  $89,5 \pm 3,5$  в групі контролю;  $p > 0,05$ ). Достовірно знижувався показник BP, що свідчить про зниження активності пацієнтів внаслідок больового синдрому ( $83,1 \pm 3,4$  проти  $92,0 \pm 2,1$ ;  $p < 0,05$ ). Хворі юнаки низько оцінювали показник загального здоров'я та перспектив лікування GH ( $65,0 \pm 2,5$  проти  $80,1 \pm 2,7$ ;  $p < 0,01$ ).

Серед показників, що відображають психологічний компонент здоров'я, відмічалось суттєве зниження показника SF, який визначає в якій мірі фізичний чи емоційний стан обмежує соціальні контакти (у підлітків це контакти з однолітками) — ( $75,7 \pm 4,4$  проти  $85,9 \pm 3,0$ ;  $p < 0,05$ ). Показники: VT ( $66,4 \pm 2,09$  проти  $69,3 \pm 2,9$ ;  $p > 0,05$ ), RE ( $82,4 \pm 3,7$  проти  $91,6 \pm 3,9$ ;  $p > 0,05$ ), MH ( $69,8 \pm 3,1$  проти  $71,0 \pm 1,6$ ;  $p > 0,05$ ) мали тенденцію до зниження, але достовірно не відрізнялись від контрольної групи.

**Висновки:** якість життя юнаків, хворих на ожиріння із супутньою патологією гепатобілярної системи знижено, переважно за рахунок зниження загального стану здоров'я, больового синдрому, зниження фізичного та соціального функціонування. Оцінка складових якості

життя доповнює картину патологічного процесу у хворих на ожиріння, надає інформацію щодо реакції пацієнта на хворобу та терапію, сприяє індивідуалізації лікувальних підходів.

## КОНЦЕНСУС ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Пивоваров М.П.

Кафедра акушерства і гінекології №2 ХМАПО,  
Україна

Протягом останніх років накопичено багато нових доказових даних, що рак шийки матки відноситься до складних багатоступеневих процесів з передраковою стадією захворювання. Офіційні дані ВООЗ визначили роль доброякісних та передракових станів шийки в патогенезі захворювання, а також недостатню ефективність існуючих методів лікування. Сучасна медицина має реальні можливості до зниження захворюваності і смертності від раку шийки матки. Успішне досягнення цієї мети залежить в першу чергу від первинної профілактики, правильно обраної лікувальної тактики.

Аналіз станів шийки матки ( фактори ризику), які на рівні первинного опитування дозволяють виявити контингент пацієнок, котрі потребують додаткового обстеження на предмет скринінгу РШМ.

Рекомендовані питання:

Чи є гормональна дисфункція, яка проявляється порушенням становлення та перебігу менструальних кровотеч?

Чи мав місце післяпологовий та післяабортний травматизм шийки матки?

Чи мають місце запальні захворювання жіночих статевих органів?

Чи знаєте ви про необхідність обстеження на вірус папіломи людини, вірус простого герпеса-2?

Чи знаєте ви результат вашого проводили онкоогляду?

Ці дані опитування рекомендується використовувати на прийомі у лікаря загальної практики/сімейного лікаря, навіть якщо пацієнтка не висуває активних скарг. При позитивній відповіді на одне і більше питань є підстави для проведення дообстеження. Дообстеження базується на трьох основних методах: цитологічний скринінг, кольпоскопія, гістологічне дослідження.

## ПРИНЦИПИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Полторацкий В.Г., Яковцов И.З., Курсов С.В., Яцына Г.С.  
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Основной целью оказания помощи пострадавшим на догоспитальном этапе состоит в том, чтобы транспортировать пострадавшего в стационар как можно быстрее, не усугубляя состояния пациента, а также в обеспечении жизненно важных функций. Кроме того, необходимо обеспечение оптимальной сортировки и адекватной

евакуації, а також мобілізація ресурсів, использование которых необходимо и достаточно.

Основные задачи на месте происшествия следующие:

Оценка места происшествия: безопасность прежде всего!

Выявление и немедленное начало лечения опасных для жизни состояний.

Определение ведущей патологии и сортировка.

Предотвращение вторичных повреждений (в первую очередь избежать гипоксии и гипотензии).

Обеспечение безопасной и быстрой транспортировки.

Правильная сортировка и госпитализация в специализированный стационар.

При диагностике опасных для жизни повреждений важно как можно раньше начать лечение и избежать догоспитальной задержки при транспортировке. Правильная сортировка является признаком хорошей системы оказания помощи при травмах.

Основная задача при оказании первичной помощи — не допустить развития артериальной гипотензии, гиповентиляционных нарушений, поскольку эти осложнения значительно увеличивают летальность, усугубляют прогноз как на начальных этапах лечения, так и в более поздние сроки.

Обструкция дыхательных путей является основным фактором, способствующим гибели людей в результате травмы. Ранняя интубация трахеи и ИВЛ являются первоочередными мероприятиями при оказании помощи пострадавшим с наиболее тяжелыми повреждениями.

В обязательном порядке и как можно раньше, пострадавшим в результате ДТП и кататравмы накладывается воротник Шанца, иммобилизирующий шейный отдел позвоночника.

Будучи одним из проявлений острого поражения мозга вследствие ЧМТ, психомоторное возбуждение и судорожный приступ требуют адекватного пособия в ходе подготовки и осуществления транспортировки пострадавшего.

Все проводимые мероприятия преследуют своей целью наиболее раннее выявление и устранение вторичных повреждающих головной мозг факторов и наиболее ранняя транспортировка пострадавшего в специализированный стационар.

#### **АНАМНЕЗ ЖИТТЯ, ЯК ФАКТОР ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО- СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ШКОЛЯРІВ, НАРОДЖЕНИХ НЕДОНОШЕНИМИ**

*Попов С.В., Бокова С.І.*

*Сумський державний університет, м. Суми, Україна*

Передчасне народження дитини впливає на її подальший розвиток у різні вікові періоди. Вже відомі дослідження, які вказують на зміни різного ступеня у функціонуванні центральної нервової та серцево — судинної систем. Більш проблемним це питання стає у шкільному віці. Інтенсифікація росту, зростання фізичних та психоемоційних навантажень у школярів, що народились недоношеними, зазвичай співіснують із гіршим рівнем ментального розвитку та фізичної підготовки, проблемами із зором чи слухом. Дані авторів свідчать про зростання у таких дітей ознак вегетативних дисфункцій та збільшення вірогідності розвитку гіпертонічних станів, що може мати негативні наслідки у більш зрілому віці та сприяє

формуванню патологічних станів. Вже відомо, що 46% школярів України мають нижчий від середнього показник функціонального резерву серцево — судинної системи (ССС), а 32% — середній.

Водночас, ситуацію погіршують різноманітні фактори, такі як несприятливий перебіг перинатального періоду, спадкові захворювання, часті гострі респіраторні захворювання, заміщення фізичної активності психоемоційною тощо. Зміна стилю життя сучасного школяра, якості харчування, популяризація новітніх інформаційних технологій, які займають основну увагу дитини накладають свій негативний відбиток. Найбільш виразний ефект від дії таких факторів спостерігається при їх комбінації, а діти, що народилися недоношеними є більш чутливими до них.

Метою дослідження стало вивчення особливостей факторів анамнезу життя дітей 10 — 12 років, що народилися в терміні гестації 34—36 тижнів, у поєднанні із змінами функціонального стану ССС.

Нами вивчено особливості стану здоров'я матерів до та під час вагітності, пологів, а також параметри, що характеризують образ життя дітей. Функціональний стан ССС досліджувався за допомогою доплерографії до та після виконання навантажувального тесту. Було вивчено показники внутрішньо серцевої та центральної гемодинаміки. В основну групу увійшли школярі 10—12 років, народжені в терміні гестації 34—36 тижнів. Контрольну групу склали однолітки, що народилися в строк. Всі діти на момент дослідження не мали будь — яких патологій, що б вплинули на результат дослідження.

Отримані дані вказали на більш нижчі показники скоротливої здатності міокарда у дітей основної відносно контрольної групи. Нижчими також виявились і показники швидкостей максимального кровотоку магістральних судин. Водночас, нами встановлений зв'язок між деякими факторами анамнезу і змінами функціонального стану ССС. Так, серцево — судинні захворювання матері збільшували шанс діастолічної дисфункції шлуночків. Випадки невиношування попередніх вагітностей та невиношування в сім'ї мали той же ефект. Це може свідчити про значний вплив генетичних факторів, як на вірогідність невиношування, так і на формування особливостей відповіді ССС на навантаження. Вірогідність більш низьких значень фракції викиду виявилася достовірною у випадках ускладненої гестозом вагітності, що може приводити до тривалої гіпоксії плода і негативно впливати на подальше зростання та розвиток.

Загалом можна зауважити, що шанси розвитку змін функціонального стану ССС у дітей основної групи зростали у поєднанні із деякими факторами, такими як спадкова схильність до передчасного народження та серцево-судинних захворювань, перенесення тривалої гіпоксії, часті гострі респіраторні та алергічні захворювання.

#### **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

*Попов С.В., Бокова С.І.*

*Сумский государственный университет, г. Сумы,  
Украина*

Рост и развитие организма ребенка предъявляет значительные требования к уровню функционирования

сердечно — судинної системи. Потреба інтенсивного обміну речовинами в органах і тканинах, особливо в періоди прискореного росту, можуть визначати високу навантаження в певній ступені невідповідну можливостям відповідного органу. Це може проявлятися зміною характеристик його роботи, відображаючи функціональне перенапруження, у деяких дітей призводить до формування функціональних розладів, які є етапом розвитку власне захворювань.

Метою дослідження було вивчення стану кровного тиску в легочній артерії непрямим способом у дітей в віці від 1 до 16 років. Всього було досліджено 135 дітей, основним методом служила доплерокардіографія. Для визначення середнього тиску в легочній артерії використовувалося співвідношення АТ/ЕТ, запропоноване Kitabatake A., виходячи з простоти отримання вихідних даних і отримуваної високої точності.

Отримані дані показали, що найбільш часто ознаки підвищеного тиску в легочній артерії спостерігалися у дітей молодшого віку і найбільш часто в віці до року. У них підвищення середнього тиску було зафіксовано в 25% випадків. У групі дітей 1-3 років ця частота знижувалася практично в 2 рази, залишаючись на одному рівні до підліткового віку. В останньому виявленні підвищеного середнього тиску в легочній артерії відзначалося лише у 5% дітей.

Таким чином, частота підвищеного тиску в легочній артерії носить негативну залежність від віку і, очевидно, є ознакою адаптивних реакцій розвиваючого дитячого організму.

### КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ ПОЛІМОРФНИХ ДІЛЯНОК ГЕНА СЕРОТОНІНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ 5-HTR2A A1438-G ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ.

*Процюк Л.О.*

*Вінницький національний медичний університет ім. Н.І.Пирогова, м. Вінниця, Україна*

Дослідження рівня вираженості тривожних і депресивних проявів у пацієнтів з ревматоїдним артритом (РА) є досить актуальною проблемою, зокрема через те, що ця патологія уражає переважно людей молодого і середнього віку, призводить до психосоціальної дезадаптації, зумовленою больовим синдромом, обмеженням активності з втратою працездатності і соціальних зв'язків.

**Метою дослідження було** з'ясувати особливості психологічного стану хворих на РА з різними варіантами поліморфних ділянок промоторного регіону гена 5-HTR2A A1438-G залежно від статі.

**Матеріали та методи.** Обстежено 120 хворих на РА, з них: 90 жінок (75,0%) і 30 чоловіків (25,0%), у віці від 18 до 75 років, які перебували на лікуванні у Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М.І.Пирогова. Середній вік хворих на РА жінок складав  $51,6 \pm 12,0$  роки, а чоловіків —  $49,2 \pm 11,8$  роки. Встановлення і верифікація раніше встановленого клінічного діагнозу РА проводилась згідно критеріїв ACR/EULAR. Розподіл частоти генотипів гена рецепторів 2A серотоніну HTR2A A1438-G визначали у 100 хворих на РА. Поліморфні ділянки A1438-Г промоторного регіону

гена 5-HTR2A визначали шляхом ПЛР. Оцінку тривожності проводили за шкалою реактивної (РТ) і особистісної тривожності (ОТ) Спілбергера. Для оцінки депресивного стану та вимірювання ваги депресії використана шкала Гамільтона (HDRS). Статистична обробка результатів проведена в пакеті Statistica for Windows v.8.0. з використанням параметричних і непараметричних методів.

**Результати та обговорення.** Дослідження розподілу частоти генотипів гена рецепторів серотоніну HTR2A A-1438-G у хворих на РА встановило, що як гетерозиготний генотип AG, так і гомозиготні AA і GG серед хворих жінок і чоловіків зустрічалися з майже однаковою частотою. Відхилення частот генотипів від рівноваги Харді-Вайнберга не спостерігалося. Проведений аналіз між групами хворих на РА жінок і чоловіків з різними генотипами локусу A-1438-G гена виявив лише тенденцію до збільшення частоти генотипу AG ( $p=0,054$ ) у чоловіків в порівнянні з чоловіками із генотипом AA. Визначення частоти з якою зустрічалися алелі у хворих на РА у локусі A-1438-G гена виявило переважання алеля G, як у хворих на РА чоловіків так і жінок, у порівнянні з алелем A. Слід зауважити, що алель G майже у 1,5 рази частіше зустрічався за алель A серед хворих на РА жінок ( $p=0,0087$ ). Встановлено, що середні показники РТ за шкалою тривожності Спілбергера у хворих на РА жінок як з генотипом AG ( $45,0 [37,0;49,0]$ ) проти  $39,5 [33,0;45,0]$  балів,  $p=0,0003$ ) так і з AA ( $47,0 [44,0;52,0]$ ) проти  $38,5 [34,0;42,5]$  балів,  $p=0,0002$ ), і GG ( $47,0 [42,0;54,0]$ ) проти  $38,0 [32,0;45,0]$  балів,  $p=0,0002$ ) виявились вірогідно вищими у порівнянні із чоловіками, тоді як між групами хворих жінок і чоловіків з генотипом AG показники ОТ виявились на рівні помірних ( $44,0 [35,0;49,0]$ ) проти  $40,0 [36,0;44,0]$ ) без вірогідної різниці між показниками, у жінок з генотипом AA рівень ОТ виявився вищим  $48 [42,0;53,0]$  у порівнянні із чоловіками,  $40,0 [36,0;43,0]$ , без вірогідної різниці, тоді як у хворих з генотипом GG рівень ОТ ( $41,0 [36,0;47,0]$ ) проти  $34,0 [30,0;36,0]$  бали,  $p=0,05$ ) виявився достовірно вищим у жінок ніж у чоловіків. Визначення середніх показників депресивних розладів у хворих на РА жінок і чоловіків, за шкалою депресії Гамільтона, показало, що як у хворих жінок так і у чоловіків з генотипом AG, AA та GG характерними виявились ознаки легких депресивних порушень без вірогідної різниці між показниками.

**Висновки.** У хворих на РА жінок з генотипом AG, AA і GG встановлені високі рівні РТ та ознаки легких депресивних розладів, що вказує на наявність у них вираженого психоемоційного напруження, тоді як у хворих жінок з генотипом AA вищими виявились показники ОТ, що свідчить про формування у цих хворих стійкої риси характеру, яка проявляється постійною тривожністю.

### МЕТАБОЛІЧНА АКТИВНІСТЬ СИРОВАТКИ КРОВІ ЯК ПОКАЗНИК ПРИХОВАНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

*Сіренко О.В., Кучеренко Е.О., Журова Т.Е.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна.*

Актуальною задачею сучасної медичної науки і практики є удосконалення діагностичних заходів, у тому числі таких, які дозволяють реєструвати дозозологічні зрушення у здоров'ї людини. Дія зовнішніх агресивних факторів або розвиток патологічних станів супроводжується змінами

хімічного стану біологічних рідин, у тому числі, сироватки крові, а зміни високодинамічного зв'язку компонентів такого складного біоколоїду як сироватка крові, віддзеркалює функціональний стан організму в цілому.

Це обумовило доцільність розробки високоінформативного неспецифічного способу діагностики наявності прихованої інтоксикації шляхом визначення метаболічної активності сироватки крові, який дає можливість преморбідної діагностики інтоксикації організму шляхом оцінки впливу агресивних чинників і метаболітів на ліпідні та білкові компоненти сироватки крові, динаміка яких віддзеркалює активність вільнорадикального окиснення (ВРО) та процесів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ). Поставлену задачу вирішували шляхом оцінки метаболічної активності сироватки крові, реєструючи інтенсивність спалаху індукованої БХЛ, кінетику реакції та показники інтенсифікації фосфоресценції зразку сироватки крові, після чого порівнювали отримані результати з контрольними значеннями. Досліджували сироватку крові групи працівників шкідливих виробництв, які контактують з різними найменуваннями багатоконпонентних органічних сумішей на основі поліетиленгліколей.

В усіх випадках значення БХЛ сироватки крові працівників, які протягом тривалого часу контактували з органічними сумішами, вірогідно перевищували контрольні. Своєчасне визначення відхилень показників метаболічної активності сироватки крові від оптимальних дозволяє оцінити стан гомеостазу організму і поліпшити донозологічну діагностику екологічної патології.

#### **ВМІСТ ДЕЯКИХ МІКРО- ТА МАКРОЕЛЕМЕНТІВ У ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ**

*Сміян О. І., Мозгова Ю. А., Бинда Т. П., Горбась В. А.  
Сумський державний університет*

Підтримання нормального складу мікро- та макроелементів дитячого організму є однією з найважливіших умов його функціонування. Роль хімічних елементів в етіології та патогенезі захворювань серцево-судинної системи, є актуальним питанням на сучасному етапі.

**Метою дослідження** було вивчення вмісту мікроелементів заліза, цинку та макроелементів калію, магнію у дітей з ураженнями серцево-судинної системи на тлі хронічного тонзиліту.

Було обстежено 32 дитини віком від 13 до 17 років, хворих на вторинну кардіоміопатію на тлі хронічного тонзиліту. Визначення концентрації мікроелементів цинку, заліза та макроелементів калію, магнію проводилось методом атомно-абсорбційної спектроскопії.

Так, у хворих на вторинну кардіоміопатію на тлі хронічного тонзиліту виявлено зниження концентрації заліза до  $(15,01 \pm 1,01)$  мкмоль/л та цинку до  $(9,57 \pm 0,58)$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ) порівняно з показниками практично здорових дітей ( $(20,28 \pm 1,37)$  мкмоль/л), однак їх рівень знаходився у межах вікових норм. Крім цього, встановлено, що концентрація калію відповідала результатам контрольної групи ( $(4,45 \pm 0,10)$  ммоль/л та  $(4,47 \pm 0,17)$  ммоль/л відповідно) ( $p > 0,05$ ), проте рівень магнію знижувався до  $(0,79 \pm 0,05)$  ммоль/л, на відміну від значень практично здорових дітей ( $(1,13 \pm 0,08)$  ммоль/л) ( $p < 0,05$ ).

Отже, у дітей з ураженнями серцево-судинної системи на тлі хронічного тонзиліту виявлено зниження концентрації заліза, цинку та магнію, що слід враховувати при профілактиці та виборі тактики лікування дітей з даною патологією.

#### **ДИНАМІКА КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ В ДІТЕЙ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ НА ФОНІ СИНБІОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

*Сміян О. І., Плахута В. А., Попов С. В., Романюк О. К.,  
Січненко П. І.  
Сумський державний університет*

Стан мікробіоцинозу кишківника у дітей залишається актуальним питанням у сучасній педіатрії враховуючи його вплив на становлення імунної системи взагалі та розвитку місцевих факторів захисту під час інфекційного процесу, особливо на фоні захворювань органів дихання. У роботі практичного лікаря динаміка клінічної симптоматики — основний показник ефективності лікування. Саме тому метою нашого дослідження було встановити ефективність застосування синбіотичного препарату, що містить бактерії *Bifidobacterium BB-12* та фруктоолігосахарид, в клінічній картині гострого обструктивного бронхіту (ГОБ) з супутньою тимомегалією (ТМ).

У дослідженні приймало участь 32 пацієнта з ГОБ та ТМ, які, залежно від проведеного лікування, були розподілені на групи: групи I становили пацієнти, які одержували стандартну терапію та до складу II групи увійшли діти, до лікування яких було додано біопрепарат за схемою, зазначеною в інструкції (по 1 саше 1 раз на добу впродовж 2 тижнів).

Оцінювання динаміки клінічних симптомів у дітей II групи показало, що прояви загальної слабості зникали на 0,98 доби раніше, кашель — на 1,72 доби, катаральні явища — на 0,90 доби раніше порівняно із хворими I групи ( $p < 0,05$ ). Достовірно швидше зникали скарги на зригування, здуття живота та нестійкість випорожнень ( $p < 0,05$ ).

Отже, синбіотичний препарат, що містить бактерії *Bifidobacterium BB-12* та фруктоолігосахарид, позитивно впливає на клінічну картину гострого обструктивного бронхіту та потребує подальшого дослідження, у ході якого може бути включений до схеми лікування.

#### **ОСОБЕННОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

*Снопкова Л. В., Кандыба Л. И., Сыкал И. Н., Черепова В. И.  
Харьковская медицинская академия последипломного образования  
г. Харьков, Украина*

В настоящее время одной из актуальных и серьезных медицинских проблем является метаболический синдром, который характеризуется многоликими клиническими проявлениями: висцеральное ожирение, инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе, артериальная гипертензия, дислипидемия, микроальбуминемия и представляет высокий риск развития осложнений, приводящих к инвалидности и смертности.

На протяжении последних десятилетий была сформулирована ключевая роль сочетания и взаимосвязанности

инсулинорезистентности и ожирения среди патологических факторов в генезе метаболического синдрома. Инсулинорезистентность — это устойчивость к метаболическим эффектам инсулина, снижение восприимчивости жировой и мышечной ткани к инсулину, что и приводит к гиперинсулинемии и каскаду дисметаболических нарушений.

При ожирении главным очагом, поддерживающим инсулинорезистентность, считается именно висцеральная (интраабдоминальная) жировая ткань.

В возрастной группе от 20 до 50 лет метаболический синдром наблюдается чаще у мужчин, а с наступлением менопаузы частота у женщин возрастает и опережает таковую у мужчин, в связи с чем была выдвинута концепция менопаузального метаболического синдрома, который имеет отличительные особенности как в патогенезе, так и в тактических подходах. Для этого переходного этапа в жизни женщин, с одной стороны, характерны возрастные обменные изменения: андройдное ожирение с преобладанием висцеральной жировой ткани и, с другой стороны, метаболические эффекты, обусловленные дефицитом эстрогенов, которые начинают проявляться еще до наступления менопаузы.

В связи с распространенностью и высоким риском летальных исходов метаболического синдрома в менопаузе особую важность в практике семейного врача приобретают следующие факторы: осведомленность о метаболическом синдроме и его особенностях в менопаузе; информированность о современных методах клиничко — лабораторного обследования и прогнозирования; своевременное выявление и совместно с акушер — гинекологом рациональное ведение.

Компоненты лечения метаболического синдрома: немедикаментозные: диета, физическая активность, модификация образа жизни; медикаментозные: симптомная коррекция клинических проявлений метаболического синдрома, половые гормоны.

На сегодняшний день имеется широкий спектр гормональных препаратов.

Всемирной ассоциацией Акушер — гинекологов по менопаузе разработаны рекомендации: эстрогены и гестагены должны быть натуральными; гестагены «метаболически» чистыми; при выраженном метаболическом синдроме путь введения предпочтительно трансдермальный, вагинальный, внутриматочный, без систематического метаболического воздействия; из пероральных препаратов рекомендуется сочетание 17βэстрадиолас дидрогестероном, спиронолактоном; снижение дозы на 50% после 60 лет.

Эффект лечения оценивается клиническим и лабораторным мониторингом. Метаболический синдром у женщин наименее изучен, но при составлении лечебной программы необходимо учитывать не только особенность течения метаболического синдрома у женщин, но и фармакологических подходов с персонализацией в выборе препаратов в зависимости от выраженности инсулинорезистентности и других проявлений метаболического синдрома.

Таким образом, участие семейных врачей в оказании помощи этой категории женщин совместно с акушер — гинекологами позволит добиться уменьшения, реже исчезновения клинических проявлений, метаболических нарушений, улучшения «качества» жизни и снижения риска инвалидизации и летальных исходов.

## К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПО ДАННЫМ УЗИ

*Сыкал И.Н., Кандыба Л.И., Снопкова Л.В., Черепова В.И.  
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Несмотря на принятое в мировой практике стремление акушеров к самостоятельному ведению родов у беременных с рубцом на матке, частота повторных операций из — за страха перед разрывом матки составляет 90%. При этом отсутствие достоверных доказательных данных о состоятельности послеоперационного рубца привело к категорическому отказу беременных с рубцом на матки рожать через естественные родовые пути.

На формирование рубца на матке влияет большое количество факторов, к которым относятся: состояние макроорганизма, техника наложения шва на матку, используемый материал, длительность операции и кровопотеря, течение послеоперационного периода. Основными предпосылками для хорошей регенерации тканей и формирования полноценного рубца, являющиеся потимальные условия кровоснабжения, исключающие развитие ишемии и гипоксии тканей в области шва и минимальная воспалительная реакция, которая определяется шовным материалом.

Оптимальный срок для изучения рубца на матке считаются 32 — 37 недель. В этом сроке нижний сегмент достаточно сформирован, подлежащая часть еще не прижата ко входу в малый таз, количество вод достаточно для ведения исследования. Ультразвуковое исследование на сегодняшний день является наиболее доступным методом оценки состоятельности рубца, позволяющий оценить форму, толщину нижнего сегмента матки, эхоструктуру миометрия в данном отделе матки, характер контура ее передней стенки. Исследование лучше проводить влагаллищным датчиком. Признаки несостоятельности рубца проявляются в виде деформации наружного контура матки в нижнем отделе матки и на уровне перешейка, втяжение серозной оболочки, резкое истончение миометрия (менее 2,8 мм), наличие ниши со стороны полости матки или деструктивных изменений зоны рубца с формированием множественных полостей в миометрии.

Как правило, ни пациентка, ни врач, не готовы принять решение на основе ультразвукового исследования. Для достоверности диагноза о состоятельности рубца на матке, нами было применено доплерометрическое исследование маточных артерий, производимое влагаллищным датчиком.

Отсутствие полноценного кровообращения в нижнем сегменте матки при несостоятельности послеоперационного рубца приводит к повышению давления в маточных артериях. При доплерометрическом исследовании это проявляется в увеличении показателей кривых кровотока и прежде всего в повышении систоло-диастолического (С/Д) показателя и индекса резистентности (IR). По нашим данным значение С/Д более 3,01±0,08 и IR 0,81±0,02 свидетельствует о несостоятельности рубца на матке. Во время операции кесарево сечение в случаях повышения показателей кривых кровотока накануне операции, было выявлено: истончение нижнего сегмента до 1—1,8 мм, выраженные рубцовые изменения миометрия с полным замещением мышечной ткани соединительно-тканной

структурой, и в 2-х случаях отсутствие мышечной ткани на промежутке 1,5—2,2 см («окошко»).

На основании вышеизложенного нами был сделан вывод: дополнение ультразвукового исследования доплерометрическими исследованиями маточных артерий у беременных с рубцом на матке с большой вероятностью помогает практическим врачам делать вывод о состоятельности рубца на матке.

### **ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ — СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Ткач С.И., Боровик И.Г., Захаров А.Г.,  
Никулина Г.Л., Багмут В.В.*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина*

Реформирование системы здравоохранения Украины проходит в условиях многообразия форм собственности и необходимости внедрения страховой медицины. При этом особого внимания заслуживают вопросы оказания медицинской помощи населению трудоспособного возраста, в том числе работающему в условиях воздействия вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса.

В настоящее время в системе высшего медицинского образования и последипломного обучения важная роль отводится подготовке врачей общей практики — семейной медицины, именно поэтому среди выпускников медицинских институтов и университетов преобладают специалисты данного профиля.

Вот почему весьма целесообразным является привлечение врача общей практики — семейной медицины не только к оказанию медицинской помощи, но и к проведению предварительных и периодических медицинских осмотров работающих. Ведь одной из важных задач врача общей практики — семейной медицины является оценка состояния здоровья каждого члена семьи, а, следовательно, уточнения всех факторов (наследственно детерминированных, бытовых, производственных, социальных и пр.), влияющих на формирование здоровья. Среди вышеперечисленных факторов, воздействующих на здоровье работающих, особая роль принадлежит производственным факторам. Поэтому важно умение врача общей практики — семейной медицины принимать оптимальное решение о профессиональной пригодности работника во время его предварительного либо периодического медицинского осмотра, то есть решать вопрос о возможности работать либо продолжать работу в условиях воздействия конкретных факторов производственной среды и трудового процесса с учетом состояния здоровья работающего.

Поэтому врачу общей практики — семейной медицины необходимы знания и определенные практические навыки по профессиональной патологии. Такие знания врач может получить на циклах тематического усовершенствования в системе последипломного образования, которые проводятся на кафедрах профессиональных заболеваний, в том числе и на кафедре гигиены труда и профессиональной патологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. В процессе обучения на таких циклах тематического усовершенствования врачи общей

практики — семейной медицины овладевают умением правильно анализировать данные профессионального анамнеза, условия труда работающего, особенности влияния вредных производственных факторов на организм и возможность возникновения профессиональной патологии; проводить диагностику и дифференциальную диагностику наиболее распространенных профессиональных заболеваний (пневмокониозов, кониотуберкулеза, хронического обструктивного заболевания легких, бронхиальной астмы, токсического гепатита, вибрационной болезни, нейросенсорной тугоухости и др.). Кроме того, врачи общей практики — семейной медицины осваивают основные аспекты определения профессиональной пригодности, экспертизы трудоспособности, а также лечения, реабилитации и профилактики профессиональных заболеваний.

Таким образом, тематическое усовершенствование врачей общей практики — семейной медицины по профессиональной патологии позволяет качественно решать вопросы оказания медицинской помощи работающим во вредных и опасных производственных условиях, включая профилактические медицинские осмотры, раннюю диагностику, лечение и профилактику профессиональных заболеваний.

### **АРТРОПАТИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Филонова Т.А., Елоева З.В., Кривошей А.В.*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования  
г. Харьков, Украина*

С целью изучения особенностей клинической картины и течения реактивных артритов (РеА) у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани (ДСТ) проведен анализ клинических наблюдений 63 детей (36 мальчика, 27 девочек), больных РеА, в возрасте 2—15 лет. Проводились унифицированные методы клинико-лабораторного и инструментального обследования больных. Развитие заболевания в возрасте до 6 лет отмечалось у 1/3 детей. Преобладал моноолигоартикулярный тип поражения суставов нижних конечностей. Превалировало острое течение заболевания с продолжительностью артрита до одной недели, с минимальной или умеренной степенью активности патологического процесса и более продолжительным болевым синдромом у детей со средним и высоким уровнем стигматизации. Затяжное течение артрита отмечено у 14,3% детей, у 19% — отмечались рецидивы суставного синдрома на первом году болезни, что коррелировало со степенью тяжести дисплазии. Как проявление висцеральных диспластических маркеров практически у всех детей отмечались малые аномалии развития сердца, у половины пациентов — аномалии желчного пузыря, которые часто сочетались с его дискинетическими нарушениями; у ¼ части пациентов — изменения в почках (преимущественно по данным УЗИ) в виде умеренной солевой инкрустации, гидроколиккоза, различных вариантов изменений формы коллекторной системы почек. Таким образом, РеА у детей на фоне ДСТ ассоциируется с множественными диспластическими аномалиями со стороны внутренних органов, что требует углубленного обследования пациентов и комплексного, индивидуального подхода для выбора оптимальной лечебной тактики.



## РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ РЕСВЕРАТРОЛУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Чекаліна Н.І., Казаков Ю.М., Борисова З.О.,  
Бурмак Ю.Г., Боряк В.П.

Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава, Україна

**Мета роботи:** вивчення впливу біофлавоноїду ресвератролу на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС). До дослідження було залучено 24 хворих на ІХС стенокардію напруги стабільну, I-II ФК віком 48-65 років. 15 хворих отримували стандартну терапію, 15 — додатково приймали ресвератрол у дозі 100 мг на добу протягом 2 місяців. Контрольну групу склали 16 здорових осіб. Обстеження: визначення загального холестерину (ХС), ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ХС ЛП високої щільності (ЛПВЩ), інтерлейкіну-1 $\beta$  (ІЛ-1 $\beta$ ) та ІЛ-10 у сироватці крові.

Систолічну функцію лівого шлуночку (ЛШ) оцінювали за фракцією викиду (ФВ) ЛШ, діастолічну — за співвідношенням потоків діастолічного наповнення ЛШ (Е/А) та часом уповільнення потоку раннього діастолічного наповнення ЛШ (DT) при ехокардіографії. Під впливом ресвератролу більш суттєво покращився суб'єктивний стан хворих: зменшилася кількість болювих епізодів, підвищилася працездатність. Виявлено зниження рівня загального ХС сироватки крові на 24%, ХС ЛПНЩ на 18%, рівень ХС ЛПВЩ суттєво не змінився. У хворих на ІХС рівень ІЛ-1 був вищий, ніж у контрольній групі, на 11%, ІЛ-10 — на 34%. У хворих, що приймали ресвератрол, ІЛ-1 та ІЛ-10 були вищими, ніж у контрольній групі, на 5% і 18% відповідно, та вірогідно відрізнялися від групи порівняння. Це характеризує зменшення активності системного запалення при збереженні балансу про- та протизапальних цитокінів.

У хворих на ІХС визначено зниження ФВ ЛШ ( $49 \pm 4\%$ ), ознаки діастолічної дисфункції ЛШ I типу (Е/А складало  $0,72 \pm 0,21$ , DT —  $218 \pm 23$  мсек), під впливом ресвератролу ФВ ЛШ дорівнювала  $54 \pm 4\%$ , Е/А —  $0,84 \pm 0,17$ , DT —  $204 \pm 12$  мсек, що свідчить про покращення центральної гемодинаміки. Таким чином, ресвератрол може бути рекомендований для застосування при ІХС.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Шкурат А.Н., Яковцов И.З., Лыхман В.Н., Яцина Г.С.  
Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Введение.** Острая эмпиема плевры является одной из актуальных проблем торакальной хирургии. Среди причин развития осложнений и неэффективности лечения острой эмпиемы плевры пункционным методом преобладают ошибки и неточности диагностики. Важным моментом в лечении данной патологии является максимальная эвакуация плеврального отделяемого при гнойном выпоте. Исследования же ряда авторов указывают на то, что ультразвуковое исследование позволяет получить достаточный объем информации о плевральной полости, состоянии плевры и субплевральных зон легочной ткани.

**Целью** данного исследования явилось изучение возможности применения ультразвукового исследования

плевральной полости в комплексе диагностических мероприятий у больных с острой эмпиемой плевры.

**Материалы и методы исследования.** Нами изучены результаты лечения 38 больных с острой эмпиемой плевры, в комплексе диагностических мероприятий которых использовалось ультразвуковое исследование плевральной полости. У всех пациентов лечение острой эмпиемы проводили пункционным методом. Первым этапом диагностики было выполнение полипозиционного рентгенологического исследования. В дальнейших исследованиях применяли ультразвуковое исследование (УЗИ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Ультразвуковое исследование плевральной полости позволяет успешно диагностировать выпот как большого количества (200 мл и более), так и малого количества (10 мл). При наличии в плевральной полости 200 мл и более жидкости — данные УЗИ и рентгенографии совпали. В случаях же малого осумкования данные УЗИ оказываются более информативными по сравнению с рентгенологическим методом. К положительным сторонам ультразвукового исследования плевральной полости следует отнести возможность проведения дифференциальной диагностики между спаечным процессом и выпотом в плевральной полости. При УЗИ также можно выявить жидкость среди спаечного процесса, что позволяет ее эвакуировать пункционным методом. К положительным сторонам ультразвукового исследования следует отнести определение расстояния между грудной стенкой и жидкостью в плевральной полости. Сочетание ультразвукового исследования плевральной полости с рентгенологическими методами диагностики и компьютерной томографией в динамике лечения мы применяли у 26 больных. У 12 пациентов рентгенография органов грудной клетки была выполнена только при поступлении, дальнейший динамический контроль плевральной полости осуществляли только ультразвуковым методом.

### Выводы:

1. УЗИ плевральной полости является высокоинформативным диагностическим методом в комплексе диагностики острой эмпиемы плевры. Его применение показано для определения границ, структуры, локализации осумкования; определения места пункции плевральной полости; проведения дифференциальной диагностики между спаечным процессом и свободной жидкостью плевральной полости.
2. Сочетанное применение рентгенологического и ультразвукового исследования плевральной полости повышает эффективность диагностических мероприятий и позволяет снизить лучевую нагрузку на больных. Применение ультразвукового исследования у больных с острой эмпиемой плевры является перспективным методом диагностики данного заболевания.

## ОСОБЛИВОСТІ СПЕКТРУ ПРИЧИН ГОСТРИХ ОТРУЄНЬ ІЗ ВИНИКНЕННЯМ СТАНУ КОМИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РОБОТИ МІСЬКОЇ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Яковцов И.З., Курсов С.В., Загуровський В.М., Яцина Г.С.,  
Шкурат А.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Вступ.** Статистика останнього десятиріччя свідчить, що гострі отруєння в 4-5% випадків є причинами виникнення

коматозних станів серед всіх хворих, що госпіталізуються в ургентному порядку в стані коми. За даними Національної науково-практичної спільноти швидкої медичної допомоги Російської Федерації, *на догоспітальному етапі частота спостережень коматозних станів сягає 5,8 на 1000 викликів*. При цьому догоспітальна летальність становить 4,4%. Найбільш же частими причинами розвитку коми є інсульт — 57,2%, та другому місці — передозування наркотиків — 14,5%. Алкогольна кома зустрічається у 1,3% випадків. Наш практичний досвід та наукові повідомлення українських авторів говорить про те, що в Україні має місце інша статистика гострих отруень, що супроводжуються формуванням коми. Метою дослідження стало вивчення особливостей причин виникнення екзотоксичної коми за даними служби екстреної медичної допомоги міста Харкова.

**Матеріали і методи.** Ми вивчили статистику функціонування відділення інтенсивної терапії (ВІТ) загально-профілю КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. Мещанінова» за 2009-2013 рр. Обчислено загальну кількість хворих, яким надавали спеціалізовану медичну допомогу в умовах ВІТ, кількість хворих, хто отримав медичну допомогу в умовах реанімаційної зали приймального відділення, кількість пацієнтів з гострими отруєннями, що супроводжувалися розвитком коми. Встановлено основні причини гострих отруєнь у пацієнтів, що знаходилися в стані коми. Проведено оцінку летальності.

**Результати роботи та їх обговорення.** Протягом останніх 5 років у ВІТ надавалася допомога 9126 пацієнтам. При цьому в умовах реанімаційної зали надано допомогу 6516 хворим. Пацієнтів, які знаходилися в стані коми, що була зумовлена гострим отруєнням виявилось 711. Це 7,8% від всіх хворих, що лікувалися у ВІТ та 10,9% контингенту, що пройшов через надання допомоги в реанімаційній залі. 447 випадків гострих отруєнь були викликані вживанням етанолу та його сурогатів (62,9% від загальної кількості гострих отруєнь). У 166 випадках причиною розвитку екзотоксичної коми стало вживання баклофену (23,3% від загальної кількості гострих отруєнь). Констатовано 86 випадків розвитку коми внаслідок вживання кодеїну (код-терпін) (12,1% від загальної кількості гострих отруєнь). Інших чинників виявлено 12 (1,7%). Всі гострі отруєння із розвитком коми були обумовлені метою досягнення стану алкогольно-наркотичного сп'яніння. Не зареєстровано жодного випадку суїцидального отруєння. Таким чином, серед всіх хворих у ВІТ за 5 років, алкогольна кома мала місце у 4,9% хворих. Серед всього контингенту пацієнтів ВІТ загального профілю було 1,8% пацієнтів із гострим отруєнням баклофеном та майже 1% хворих із гострим отруєнням опіатами. Зустрічалися і комбіновані гострі отруєння. Частіше за все вони були викликані одночасним вживанням етанолу і баклофену. Серед всіх 711 пацієнтів з гострими отруєннями нейротропними хімічними сполуками не було жодного випадку летальності. Отже екстрена медична допомога надавалася своєчасно та ефективно.

**Висновки.** На сучасному етапі в Україні найбільш частими причинами коми в результаті гострих отруєнь є вживання етанолу, баклофену і кодеїну з метою досягнення стану алкогольно-наркотичного сп'яніння. Сучасна система надання екстреної медичної допомоги дозволяє знизити летальність при отруєннях нейротропними хімічними сполуками до мінімальних показників.

## ПЕРФУЗІЙНИЙ ІНДЕКС ЯК ОРІЄНТИР ТЯЖКОСТІ РОЗЛАДУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Яковцов І.З., Курсов С.В., Загуровський В.М., Яцина Г.С., Шкурат А.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

**Вступ.** Хворі із значним погіршенням стану свідомості, що виникає на тлі погіршення перебігу дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ), на сучасному етапі представляють значний відсоток пацієнтів відділень інтенсивної терапії (ВІТ) ургентуючих клінік. Звичайно, такий контингент хворих госпіталізується із підозрою на розвиток мозкового інсульту (МІ) або кому неясного походження. Оцінка тяжкості стану хворих на догоспітальному та ранньому шпитальному етапі відбувається за неврологічним статусом, показниками компенсації функції зовнішнього дихання та за показниками серцевого ритму, частоти пульсу та артеріального тиску. Впровадження в практику роботи бригад ЕМД сучасних покращених фотоплетизмографічних технологій дозволяє отримати значно більше інформації про стан компенсації гемодинаміки пацієнтів, які потребують негайного проведення заходів інтенсивної терапії. Визначення величини перфузійного індексу сприяє покращенню орієнтування фахівців в строках активного проведення гемодинамічної підтримки, потреби в застосуванні певних об'ємів інфузійної терапії, доцільності корекції серцевого викиду, артеріального тиску, капілярного кровоплину. Метою дослідження стало вивчення діагностичних можливостей перфузійного індексу (ПІ) у визначенні тяжкості розладів центральної та церебральної гемодинаміки у пацієнтів з ДЕ, які знаходилися в стані сопору та помірної коми.

**Матеріали і методи.** ПІ визначали в процесі проведення пульсоксиметрії у 62 хворих на ДЕ, яких було госпіталізовано з підозрою на МІ до ВІТ багатопрофільної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги, разом з показниками артеріального тиску (АТ), центрального венозного тиску (ЦВТ), та лабораторними показниками стану гемоконцентрації (концентрація гемоглобіну, загального протеїну, гематокрит, щільність крові). Визначали стан компенсації мозкового кровообігу за величиною реографічного систолічного індексу реоенцефалограми (РЕГ).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Нормальними значеннями ПІ при визначенні його в горизонтальному положенні є 4—5%. У пацієнтів з ДЕ, яких доставляли до реанімаційної зали ПІ коливався в межах 0,5—2,0%. Чим меншою була величина ПІ, тим гірше був стан хворих. Звичайно, зменшення ПІ відбувалося паралельно зниженню системного АТ та ЦВТ. Основною причиною розвитку артеріальної гіпотензії була гіповолемія (90,32%). Отже, проведення інфузійної терапії в високому темпі покращувало ситуацію. У хворих разом із зростанням АТ та ЦВТ зменшувалася глибина депресії функції свідомості, покращувались показники функції зовнішнього дихання (насичення капілярної крові киснем) та зростав ПІ. Проте, в деяких випадках помірне зниження АТ до 110-120/70-80 ммHg (при оптимальних значеннях для хворих 140-150/90-100 ммHg) сполучалося із зменшенням ПІ до 0,5%. Це виявилось несприятливою прогностичною ознакою.

Тяжкість стану таких хворих, не зважаючи на відсутність тяжкої артеріальної гіпотензії, швидко погіршувалася. Погіршення відбувалося лише після застосування колоїдних плазмозамінників, що забезпечувало зростання ПІ до 2,0—2,5 %. При дослідженні мозкового кровоплину також констатовано, що реографічний систолічний індекс РЕГ у хворих на ДЕ був достовірно нижче за норму. Інфузійна терапія (особливо із включенням колоїдних розчинів) сприяла зростанню АТ, ПІ та систолічного індексу РЕГ. Відновлення функцій головного мозку відбувалося при забезпеченні величини ПІ не менше за 3,5 %.

**Висновок.** ПІ є додатковим інструментом, що допомагає оцінити тяжкість стану хворих на ДЕ, та орієнтує на проведення певних заходів ЕМД та інтенсивної терапії.

### ДИСЦИРКУЛЯТОРНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ, ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ КОМИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

*Яковцов І.З., Курсов С.В., Загуровський В.М., Яцина Г.С.,  
Білецький О.В.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків, Україна*

**Вступ.** Одним з тяжких проявів синдрому гострої церебральної недостатності (СГЦН) є виникнення коматозного стану. Найбільш частою причиною формування коми вже на догоспітальному етапі виступає мозковий інсульт (МІ). Згідно з даними Зозулі І.С. та Зозулі А.І. (2011) в Україні за рік реєструють близько 110 тис. МІ, з яких біля 40 тис. закінчуються летально. За період 2000—2010 рр. кількість МІ в Україні збільшилася у 1,6 рази, а всіх цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) — з 3,4 до 4,5 %. Ризик розвитку МІ зростає зі збільшенням віку. Так, у молодому віці він виникає у 1 з 30 тис. осіб, у віці 75—84 років — у 1 з 45 осіб. У осіб віком старше 25 років захворюваність і смертність від МІ підвищується у 2 рази з кожним десятиліттям. На сьогодні частка осіб пенсійного віку становить 23-25 % популяції, а згідно з прогнозами у 2025 р. — становитиме 30 % і, відповідно, збільшиться кількість осіб похилого віку з вікозалежною патологією головного мозку. Проте, останнім часом виявлено, що в процесі проведення ретельної нейровізуалізації попередній діагноз МІ все частіше не підтверджується. Причиною формування коми часто стає маніфестація дисциркуляторної енцефалопатії. Метою дослідження стало вивчення випадків розвитку стану коми на догоспітальному етапі в результаті прогресування дисциркуляторної енцефалопатії.

**Матеріали і методи.** Пацієнти з підозрою на МІ, яких було доставлено до реанімаційної зали КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги» з тяжкими проявами СГЦН, результати двократного ЯМРКТ-дослідження головного мозку, неврологічний стан та стан життєво важливих функцій організму пацієнтів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Протягом 2015 р. ми спостерігали 62 випадки тяжкої депресії функції свідомості у хворих, яких було доставлено в клініку з попереднім діагнозом «МІ», та яким подальше в процесі ретельного обстеження було встановлено діагноз «дисциркуляторної енцефалопатія III ступеня тяжкості». До реанімаційної зали, звичайно, доставлялись пацієнти з депресією функції свідомості за шкалою Глазго в межах 6—10 балів. В інших випадках показанням для перебуван-

ня в реанімаційній залі була значна артеріальна гіпотензія, що виникала на тлі загального зневоднення (декомпенсація цукрового діабету, тривала непритомність, відсутність догляду) або як наслідок зменшення продуктивності серця в умовах тахісistolічної форми фібриляції передсердь). Значна частка таких хворих знаходилась у стані глибокого оглушення. Кома, що розвивалася в результаті погіршення перебігу дисциркуляторної енцефалопатії ніколи не була глибокою. Наявність судом була визначена в 90,32 % хворих за даними бригад ЕМД та в 72,58 % за даними анестезіологів ВІТ. Їх в усіх випадках було успішно усунено за допомогою тіопенталу натрію в дозі  $1,7 \pm 0,2$  мг/кг. Сатурація крові киснем була знижена до  $91,7 \pm 0,3$  % ( $\sigma$ ). Отже, всі пацієнти потребували проведення оксигенотерапії. Для корекції серцевого ритму використовували аміодарон 150—300 мг в/в болісно, а надалі за допомогою тривалого крапельного введення. Для усунення дегідратації, відновлення обсягу циркулюючої внутрішньосудинної рідини та гемодинамічної підтримки згідно з Протоколами МОЗ України №602 (2012) та №34 (2014) був застосований 0,9 % розчин натрію хлориду. Нейровізуалізацію забезпечували двократно: негайно при надходженні хворих до реанімаційної зали, а згодом не раніше 16 годин після першого дослідження. При ЯМРКТ дослідженні, звичайно, констатували гіпотрофію кори головного мозку, розширення шлуночків головного мозку, наявність лейкоареозу, лакун.

**Висновок.** Дисциркуляторна енцефалопатія на сучасному етапі може бути одною з серйозних причин виникнення коматозного стану на догоспітальному етапі. ЕМД хворим надається за Протоколами МОЗ України, що розроблені для лікування пацієнтів з МІ.

### МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ

*Яковцов І.З., Курсов С.В., Загуровський В.М., Яцина Г.С.,  
Білецький О.В.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків, Україна*

**Вступ.** Розвиток коми у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) часто є зумовлений патологічним впливом не одного, проте цієї низки чинників, що сприяють зменшенню нейронального енергоутворення. Серед них: зменшення об'ємного мозкового кровообігу на тлі атеросклерозу мозкових судин (пришвидшують артеріальна гіпертензія та цукровий діабет), зменшення обсягу циркулюючої крові (зневоднення на тлі бракування догляду, хронічного застосування діуретиків, декомпенсації цукрового діабету, гіпопротеїнемії внаслідок дії несприятливих соціальних факторів), нестабільність мозкового кровообігу на фоні хронічних порушень серцевого ритму (тахісistolічна форма фібриляції передсердь), гіпергідратація інтерстицію головного мозку з обмеженням мозкового кровообігу в умовах гіперазотемії (хронічні захворювання нирок), тривале зниження насичення крові киснем та вуглекислим газом в умовах ядухи на тлі хронічного обструктивного захворювання легень, зменшення системного артеріального тиску при хронічних захворюваннях печінки та інше. Отже, якісна корекція життєво важливих функцій у пацієнтів з ДЕ в умовах ВІТ звичайно потребує участі та розумної взаємодії кількох фахівців.

**Метою дослідження** стало вивчення механізмів формування коматозного стану у хворих на ДЕ та відсоток їх спостереження у ВІТ багатопрофільної лікарні швидкої та невідкладної допомоги.

**Матеріали і методи.** 62 пацієнта з ДЕ ВІТ КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги», яких було госпіталізовано з підозрою на гостре порушення мозкового кровообігу протягом 2015 року. Неврологічний статус, результати ЯМРКТ-дослідження головного мозку, показники центральної гемодинаміки, насичення капілярної крові киснем, рівня глікемії, концентрації протеїну, азотистих шлаків в плазмі крові, біохімічні печінкові проби.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всі пацієнти при надходженні до лікарні знаходилися в непритомному стані з оцінками депресії стану свідомості в межах 6-10 балів за шкалою коми Глазго. Показники артеріального тиску в більшості випадків були нижчими за ті, при яких пацієнти могли б бути контактними (95,16%). Найбільш поширеною причиною утворення артеріальної гіпотензії було загальне зневоднення (90,32%). Наявність гіперглікемії та одночасно причини для того, щоб зв'язати її наявність із зневодненням мали місце в 17,74% пацієнтів з ДЕ. Бракування професійного догляду та відповідна наявність дегідратації мали місце у 96,77% хворих. Більше за половину хворих певний час знаходилися в непритомному стані без надання будь якої допомоги, що також стало причиною зневоднення, гіповолемії, артеріальної гіпотензії та погіршення порушень мозкового кровообігу (53,23%). Після усунення дефіцити рідини в організмі шляхом проведення інфузійної терапії, гіпопротеїнемію було виявлено в 100% пацієнтів з ДЕ. Гіперазотемію на першу добу надходження хворих до клініки також було констатовано майже у всіх випадках (98,39%). Сатурація крові киснем у пацієнтів з ДЕ була знижена до  $91,7 \pm 0,3\%$  ( $\sigma$ ). Оксигенотерапію починали негайно в умовах реанімаційної зали. У 25,81% пацієнтів порушення мозкового кровообігу цілком могли бути зумовлені його нестабільністю на тлі прогресуючих порушень серцевого ритму. Покращення наступало в процесі проведення лікування антиаритмічними заходами (аміодарон). Порушення серцевого ритму, натомість, зустрічалися значно частіше (83,87%).

**Висновок.** Кома у хворих з ДЕ виникає внаслідок патологічної дії низки несприятливих факторів, а лікування потребує компетентної участі кількох фахівців.

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ ЗА ДАНИМИ КАРДІОХІРУРГІЧНОЇ УСТАНОВИ

Ячник А. І.

ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ, Україна

Однією із актуальних та соціально значимих проблем сьогодення є тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА). Підвищення тиску в легенях судин внаслідок ТЕЛА спостерігається при: гострій ТЕЛА (ГТЕЛА); рецидивуючому перебігу ТЕЛА внаслідок «повторних» тромбоемболій (РТЕЛА); хронічній посттромбоемболічній легеневої гіпертензії (ХПТЕЛГ) — у  $1/4$  хворих розвивається через

3-4 міс після першого епізоду ГТЕЛА, основна скарга всіх хворих — різного ступеню задишка.

Серед осіб, які вижили після ТЕЛА, у 0,1-0,5% формується ХПТЕЛГ, яку вважають єдиною потенційно виліковною формою ЛГ, частота її в межах 0,5 — 5%. Про її формування можна говорити при збереженні посттромбоемболічних змін в легенево-артеріальному руслі через 3 міс з моменту емболії. Серед причин легеневого серця на долю тромбоемболії приходить 4-10% випадків.

**Мета** даного дослідження — вивчення частоти розвитку різних форм емболії легеневої артерії за даними ретроспективного аналізу 245 історій хвороби хворих з ТЕЛА за 2013-2014 роки, оцінка показників різних методів дослідження та їх інформативності. Середній вік —  $(53,3 \pm 0,9)$  років. Тривалість захворювання —  $(25,2 \pm 4,3)$  днів (від 2 років до 12 годин), на 6-8% частіше — жінки. Відповідно до результатів проведених досліджень ГТЕЛА діагностована у 77,0% осіб (1-а група), РТЕЛА з частотою зареєстрованих епізодів ГТЕЛА від 2 до 4 — у 2,7% (2-а група), ХПТЕЛГ — 25 10,3% (3-я група) госпіталізованих осіб. Найбільш часта причина ТЕЛА — тромбоемболія вен ніг (75,1%), операції та переломи — 8,16%, пологи — (2,1%).

За даними ангіопульмонографії (АПГ) середній тиск в ЛА у групах становив:  $(34,2 \pm 1,1)$  мм рт. ст.,  $(47,0 \pm 3,0)$ ,  $(46,4 \pm 3,7)$ , відповідно. Менший, у порівнянні з РТЕЛА, ступінь ЛГ при ХПТЕЛГ може бути обумовлений включенням механізмів компенсації порушень легеневого кровообігу та впливом тривалого амбулаторного лікування антикоагулянтами. Імплантація кава-фільтру виконана у 55,5% хворих ГТЕЛА. Тромбendarтеректомія проведена у 8,5% з ТЕЛА, у 6,5% з РТЕЛА та у 12% — з ХПТЕЛГ. При ГТЕЛА частою є локалізація тромбозу в дольових артеріях, правих камерах серця, легенево-стовбурі. За даними АПГ у 61 особи відсутні ознаки ТЕЛА, діагноз в деяких випадках підтверджений даними радіоізотопного дослідження легеневої перфузії (інформативність — 100%). Для хворих з ХПТЕЛГ характерним є більший ступінь задишки. Тромболізис не призводить до повного відновлення рівня СТЛА в найближчі строки, висновки щодо ефективності лікування ГТЕЛА слід робити через 6—9 міс. В цій групі за даними ЕхоКГ показник ФВЛш був у межах норми з тенденцією до зменшення розміру лівого передсердя.

Розвиток ТЕЛА супроводжується змінами в системі фібринолітичної та системи зсідання крові, особливо при ХПТЕЛГ.

Пневмонія частіше (21,7%) ускладнює перебіг ГТЕЛА, в 8,0% при ХПТЕЛГ і у 6,26% при РТЕЛА. Плеврит діагностовано — у 1 групі 17%, в 2-й — в 13,8%, в 3-й — в 12% осіб. ГТЕЛА була причиною 5 летальних наслідків (2,66%), РТЕЛА — 2 (6,25%), ХПТЕЛГ — 2 (8,0%).

Результати проведених досліджень дозволяють стверджувати: ГТЕЛА є найбільш частою формою тромбоемболічного ураження судин малого кола кровообігу, спостерігається у осіб більш молодого віку. РТЕЛА і ХПТЕЛГ характеризуються більш тяжким перебігом, значними порушеннями фібринолітичної і системи зсідання крові, змінами легеневої гемодинаміки. Показники ЕхоКГ (особливо ЛШ серця), окрім величини тиску в легеневої артерії, у хворих з ГТЕЛА не віддзеркалюють адекватно зміни, які відбулися. ХПТЕЛГ можна розглядати в якості потенційно виліковної форми легеневої гіпертензії.