

УДК:616.24-002.5-08

Філатова О.В., Бойко М.Г.

«МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ»

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Стандарт надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз розроблений з метою забезпечення громадян України медичною допомогою при захворюванні на цю недугу.

Його задачі: встановлення єдиних вимог до профілактичних, діагностичних, лікувальних заходів мед.забезпечення хворих на хіміорезистентний туберкульоз, оптимізація мед. допомоги хворим, визначення оптимальних обсягів, доступності і якості мед. допомоги, яка надається хворому на хіміорезистентний туберкульоз в протитуберкульозних закладах та інших закладах охорони здоров'я.

Хіміорезистентний ТБ є феноменом, пов'язаним з втручанням людини, хоча резистентність МБТ до протитуберкульозних препаратів — природний феномен властивий всім бактеріям, який відбувається спонтанно в процесі їх розмноження. При застосуванні антибіотиків відбувається селекція саме резистентних штамів (тому, що чутливі гинуть під дією протитуберкульозних препаратів), особливо при поширених деструктивних процесах, з дуже великою кількістю мікроорганізмів. Стандартизоване лікування хворих з новими випадками лікування туберкульозу під безпосереднім контролем медичних працівників протягом основного курсу хіміотерапії запобігає розвитку вторинної медикаментозної резистентності МБТ. Своєчасна діагностика хворих на мультирезистентний туберкульоз легень та адекватне лікування запобігають передачі інфекції та виникненню нових випадків захворювання з первинною медика медикаментозною стійкістю.

УДК 616.12-005.4-008.331.1-009.72

Шапошник О.А.

ВПЛИВ ПОПЕРЕДНЬОЇ СТЕНОКАРДІЇ НА ОБМІН ПРОЗАПАЛЬНИХ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ, ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА.

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

Фрагмент ініціативної теми (державний реєстраційний №0106U001649) "Значення прозапальних, проаритмічних, дисметаболических факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування".

Відомо, що захисну передустановку серця до ішемії визначають як результат дії одного або більше короткочасних епізодів ішемії. Посередниками такої захисної передустановки міокарда на ішемію, реперфузію вважають вплив внутрішньоклітинних іонів кальцію і мембранних потенціалів мітохондрій, та гострозапальних білків, активізацію протизапальних факторів, а саме інтерлейкіну 10 (IL-10) та прозапальних (С- реактивний білок).

Метою дослідження було вивчення впливу попередньої стенокардії на обмін прозапальних та протизапальних цитокінів, перебіг гострого інфаркту міокарда.

Матеріали та методи. Обстежено 47 хворих з них у 37 (79 %) діагностовано гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з підйомом сегмента ST та глибоким зубцем Q або комплексом QS та у 10 (21%) – гострий інфаркт міокарда без підйому сегменту ST та глибокого зубця Q або комплексу QS, 35 (74,5%) з них мали ускладнений перебіг, 12 (25,5%) неускладнений. Обстежені хворі в залежності від наявності в анамнезі стенокардії були поділені на дві групи, перша група без стенокардії в анамнезі (n=35), друга зі стенокардією в анамнезі (n=12). Діагноз ГІМ визначали згідно консенсусу ESC/ACC/ANA/WHF, 2007р. та відповідно до стандартів надання допомоги кардіологічним хворим за наказом № 436 Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.2006 р.

Для визначення стану прозапальних процесів використовували твердофазний імуноферментний метод, за допомогою набору реагентів: ProCon IL-10 (С.-Петербург), hsCRP ELISA (США), для С- реактивного білка.

Результати. Як показали результати проведеного дослідження у обстежених рівень IL-10 значно підвищився в першій групі (P=0,044) в порівнянні з другою групою. Визначено значне підвищення рівня лейкоцитів 1-ої та 3-ої доби ГІМ в першій групі (P=0,027) ніж в другій групі, проте загальною було підвищення (СРП).

Висновки. Попередня стенокардія виступає як захисна передустановка серця до ішемії, у хворих з неускладненим перебігом не - Q ГІМ. В інших випадках попередня стенокардія сприяла виникненню ускладненого ГІМ, тобто виступала як «фактор сенсibiliзації», підвищення чутливості до аутоімунного компоненту запалення.

УДК: 616.248-053.7: 616-233-07

Шахова О.О., Максимова К.М., Середюк М.М., Бурянчук Д.М.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Актуальність проблеми та наукова новизна роботи. Бронхіальна астма (БА) – є одним з найпоширеніших захворювань у дітей, в основі якого лежить хронічне алергічне запалення, що сприяє розвитку бронхіальної гіпер-

реактивності дихальних шляхів (ГРДШ). Останню розглядають як стан, котрий характеризується підвищеною реакцією бронхів на різноманітні стимули, що призводять до обструкції при потужності впливу, яка не викликає подібної реакції у більшості здорових осіб.

У переважній більшості хворих по мірі дорослішання клінічна тяжкість бронхіальної астми зменшується, що призводить до призупинення контролюючого лікування. Разом із тим, збереження субклінічної бронхіальної гіперчутливості та хронічного алергічного запалення в дихальних шляхах можуть супроводжуватися розвитком важкого перебігу захворювання вже в дорослому житті. Разом із тим, невіршеним достеменно залишається питання зворотності ГРДШ та ГРДШ за відсутності загострень захворювання впродовж певного часу.

Мета дослідження. Дослідити показники лабільності бронхів у дітей підліткового віку, які хворіють на бронхіальну астму середньотяжкого і тяжкого ступенів.

Методи та результати досліджень. Проведене комплексне обстеження 27 підлітків на базі алергопульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні №1 м. Чернівці, яке включало спірографічне дослідження з дозованим фізичним навантаженням і пробую з короткодійними β_2 -агоністом. Сформовано 2 клінічні групи порівняння: I група – 13 пацієнтів, в яких діагностовано бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості, II група -14 дітей підліткового віку з тяжким перебігом захворювання.

Аналіз отриманих результатів показав, що в дітей із середньотяжкою БА, індекс бронходилатації (ІБД) за об'ємом форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) у середньому дорівнював $13,0 \pm 3,1\%$, на рівні дрібних бронхів (МОШ₂₅) – $36,6 \pm 6,4\%$, на рівні середнього калібру бронхів (МОШ₅₀) – $35,6 \pm 7,1\%$. Середній показник індексу бронхоспазму (ІБС) за ОФВ1 – $5,75 \pm 2,1\%$, за МОШ₂₅ – $9,25 \pm 3,4\%$, МОШ₅₀ – $10,0 \pm 3,5\%$. Водночас, в дітей з тяжкою БА показники лабільності бронхів виявились дещо нижчими, зокрема, ІБД (ОФВ1) – $6,5 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$), ІБД (МОШ₂₅) – $24 \pm 5,5\%$ ($p > 0,05$), ІБД (МОШ₅₀) – $17,4 \pm 5,2\%$ ($p > 0,05$). Аналогічними були і показники ІБС (ОФВ1) – $7,1 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$), ІБС (МОШ₂₅) – $12,3 \pm 3,2\%$ ($p > 0,05$), ІБС (МОШ₅₀) – $13,0 \pm 3,7\%$ ($p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, у підлітків з тяжким неконтрольованим перебігом бронхіальної астми порівняно з пацієнтами, у яких відмічався середньотяжкий перебіг захворювання, показники лабільності бронхів виявились нижчими за рахунок виразних змін індексу бронхоспазму і відносно невеликих показників індексу бронходилатації. Можливо, це пов'язано з особливостями запального процесу в дихальних шляхах і процесами ремоделювання бронхів.

УДК 616.125-085.357+613.268

Шевельок А.М.

ВПЛИВ ОМЕГА-3 ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ НА ДИСПЕРСІЮ Р-ХВИЛІ У ХВОРИХ З ПАРОКСИЗМАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака, м. Донецьк

Актуальність проблеми. Дисперсія Р-хвилі ($R_{дисп}$) стандартної електрокардіограми (ЕКГ) є предиктором розвитку пароксизмів фібриляції передсердь (ФП). Застосування традиційних антиаритмічних препаратів у хворих з ФП може призводити до зменшення $R_{дисп}$, проте їх використання лімітоване невисокою ефективністю та можливістю розвитку серйозних проаритмогенних ефектів. У зв'язку з цим актуальним є пошук препаратів, які можуть служити доповненням до стандартної антиаритмічної терапії. Серед них особлива роль відводиться омега-3 поліненасиченим жирним кислотам (ПНЖК).

Наукова новизна роботи. У даній роботі вперше на основі вивчення впливу омега-3 ПНЖК на $R_{дисп}$ представлено патогенетичне обґрунтування призначення цих препаратів для профілактики рецидивів ФП.

Мета - вивчити вплив омега-3 ПНЖК на часові параметри Р-хвилі стандартної ЕКГ у хворих з пароксизмами ФП.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходився 71 пацієнт (47 чоловіків та 24 жінки, середній вік $57,2 \pm 7,4$ років) з ішемічною хворобою серця (ІХС) (стенікардія напруги не вище II функціонального класу (Канадська асоціація кардіологів)), артеріальною гіпертензією (АГ) і компенсованою (не вище II функціонального класу (NYHA)) хронічною серцевою недостатністю, які мали пароксизми ФП в анамнезі та синусовий ритм на момент початку дослідження. Пацієнти регулярно приймали інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, бета-блокатори, статини, антикоагулянти, антитромбоцитарні та антиаритмічні препарати III класу. Всі хворі були розділені на дві групи: 1-у ($n=43$) склали пацієнти, які протягом 6 міс отримували тільки стандартну терапію, у 2-й ($n=32$) - додатково був призначений капсульований препарат високоочищених довголанцюгових омега-3 ПНЖК в дозі 1 г на добу. Всім пацієнтам на початку та в кінці дослідження реєстрували стандартну ЕКГ з оцінкою мінімальної ($R_{мін}$) і максимальної ($R_{макс}$) тривалості Р-хвилі та її дисперсії.

Результати. При аналізі вихідних даних істотних відмінностей за величиною $R_{мін}$ ($73,8 \pm 9,7$ мс - у 1-й групі та $72,1 \pm 8,8$ мс - в 2-й), $R_{макс}$ ($124,8 \pm 8,1$ мс та $126,3 \pm 9,2$ мс відповідно) і $R_{дисп}$ ($52,6 \pm 14,6$ мс та $50,4 \pm 11,5$ мс відповідно) між групами не було ($p > 0,05$). За період спостереження часові параметри Р-хвилі у пацієнтів 1-ї групи суттєво не змінилися ($R_{мін}$ - $69,8 \pm 10,4$ мс, $R_{макс}$ - $122,3 \pm 9,6$ мс, $R_{дисп}$ - $49,4 \pm 12,2$ мс ; $p > 0,05$ у порівнянні з вихідними даними). Навпаки, в 2-й групі відзначено значуще ($p < 0,05$) зменшення $R_{дисп}$ ($39,6 \pm 9,7$ мс) за рахунок зниження тривалості $R_{макс}$ ($114,6 \pm 10,3$ мс). При цьому рецидиви ФП були зареєстровані у 20 (49%) хворих 1-ї групи і лише у 6 (20%) - 2-ї ($\chi^2 = 5,00$; $p = 0,025$).

Висновки. Застосування омега-3 ПНЖК на додаток до стандартної терапії пароксизмальної ФП призводить до суттєвого зменшення $R_{дисп}$ і пов'язаного з цим зниження частоти рецидивів аритмії.