

У 1967 році С.А. Кшановський захистив докторську дисертацію, а в 1972-ому йому було присвоєно звання професора. За час роботи опублікував 133 наукові праці. Основний напрямок досліджень присвячений ефективності лікування хворих на туберкульоз, питанням клініки, лікування, профілактики, епідеміології та статистики туберкульозу, організації боротьби з туберкульозом на селі та історії фтизіатрії, узагальнював досвід робіт із вдосконаленням методів імунопрофілактики.

У роки роботи в інституті працював з відомими вченими та науковцями того часу. Понад 20 років виконував обов'язки головного фтизіопедіатра України. Виступаючи з доповідями на з'їздах та науково-практичних конференціях фтизіатрії, педіатрів, пульмонологів, при проведенні занять на базі керуваної ним клініки, а також під час чисельних виїздів до областей на консультації хворих він щедро ділився з колегами багатим досвідом.

С.А. Кшановський був дописувачем галузевих часописів, на сторінках наукових журналів порушував різні захворювання туберкульозом.

Станіслав Адольфович пішов з життя 26 лютого 1990 року та похований на Байковому кладовищі, поряд із садньою інституту, у якому він працював 31 рік.

ФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ, ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З МАРКЕРАМИ ЗАПАЛЕННЯ

Галютіна О.Ю., Гуменюк О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,
НДІ реабілітації інвалідів (нілк) ВНМУ ім.М.І.Пирогова

Вступ. Останнім часом в виникненні та прогресуванні патології серцево-судинної системи значну роль відводять ендотеліальній дисфункції, яка напряму асоціюється з маркерами запального процесу. Ревматоїдний артрит (РА), характеризується практично постійною присутністю аутоімунного запального процесу, що не може не викликати певних змін і в функції ендотелію.

Мета дослідження. Метою даного дослідження було вивчення функції ендотелію у хворих на РА, її зв'язку з маркерами запалення.

Матеріали і методи. Обстежено 142 хворих на РА (108 жінок і 34 чоловіків) віком 25 – 65 років (середній вік – 46,9±9,1 років). Діагноз РА встановлювали на основі АCR-критеріїв (1987). Контрольну групу склали 50 практично здорових осіб відповідного віку і статі. Вміст фактору некрозу пухлини - альфа (ФНП- α) та СРП визначали імуноферментним методом.

Для визначення функції ендотелію проводили триплексне дослідження плечових артерій (ПА) та комплексу інтима-медіа загальної сонної артерії (КІМ ЗСА) на апараті SonoAce 6000 С фірми Medison.

Результати дослідження. У хворих на РА має місце уповільнення реакції судин ПА на компресію (на 76,7% на 60 сек. реактивної проби), збільшення товщини КІМ ЗСА (на 16,9%) та збільшенням кількості атеросклеротичних

бляшок в ЗСА в порівнянні з контрольною групою. Ендотеліозалежна вазодилатація ПА мала тісні зворотні кореляційні зв'язки з СРП ($r=-0,43$) та ФНП- α ($r=-0,42$). В той же час, спостерігалися прямі кореляційні зв'язки товщини КІМ ЗСА та показниками запалення, а саме СРП ($r=0,36$), ФНП- α ($r=0,37$).

Висновок. Отже, у хворих на РА має місце уповільнення реакції судин ПА на компресію, збільшення товщини КІМ ЗСА, яке асоціюється з підвищенням вмістом в крові СРП та ФНП- α .

ЕФЕКТИВНІСТЬ АД'ЮВАНТОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

Глубоченко О.В., Гончар Л.В., Глубоченко В.Г.

Буковинський державний медичний університет,
міська клінічна лікарня №3 м. Чернівці

Лікування ревматичних захворювань є одним із проблемних питань сучасної медицини. В останні роки достатньо велика увага надається альтернативним методам лікування ревматичних захворювань, у тому числі і гомеопатичним. Застосування препаратів цієї групи дозволяє покращити загальні результати лікування, зменшити вираженість і частоту побічних дій базисних лікувальних засобів, а в перервах між медикаментозними курсами підтримувати досягнуті позитивні результати лікування.

Хоміоревман – комплексний гомеопатичний лікарський препарат, у склад якого входить: колхікум, актеа, спірея ульнарія, бріонія, рута у низьких розведеннях. Складові препарату забезпечують комплексну дію на організм хворого, доповнюють і потенціюють дію одне одного. Важливою особливістю препарату є сполучення протизапального і гіпоурікемічного ефектів.

Проведено лікування 11 пацієнтів з хронічним рецидивуючим подагричним полі-/олігоартритом та 4 пацієнтів з гострим подагричним артритом. Вік пацієнтів становив від 35 до 56 років. Тривалість захворювання від 2 до 7 років. У хворих переважало ураження суглобів стоп, гомілково-стопних, колінних суглобів, у одного хворого відмічений ліктьовий бурсит. При рентгенологічному дослідженні відмічалися зміни, які відповідали I-II стадіям рентгенологічним стадіям, порушення функції суглобів відповідало I-II стадіям. У чотирьох хворих відмічався синовіт, у всіх хворих реєструвалась гіперурикемія. Хоміоревман призначали три рази на день по 10 крапель до їжі протягом 16 днів на фоні стандартної протиподагричної терапії (дієта з пониженим вмістом пуринів, аллопуринол 100-200 мг/добу, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)). Ефективність застосування гомеопатичного препарату оцінювалась по стандартними клінічним критеріям: рівень болю в спокої, при рухах і в нічні години; болючість суглобів по 10-бальній візуальній аналоговій шкалі (ВАШ), кількість болючих суглобів, число набряклих суглобів, об'єм рухів в уражених суглобах. Для оцінки ступеня вираженості запального процесу використовували лабораторні показники: рівень ШЗЕ, рівень лейкоцитів, лейкоцитарна формула, С-реактивний білок, рівень сечової кислоти, серомукоїду, ДФА-тест, також досліджували рівень загального

білірубину, рівень АСТ, АЛТ. Клініко-лабораторні дослідження виконували на початку і по завершенні 16 денного курсу лікування.

Аналіз отриманих результатів лікування виявив позитивну протизапальну і обезболюючу дію хоміоревмана. На 16 день прийому препарату спостерігали зменшення вираженості болю по ВАШ – в спокої у 7 пацієнтів, при рухах – у 8 пацієнтів, у нічні години у всіх пацієнтів. У 13 пацієнтів спостерігалось зменшення кількості болючих суглобів, набрякості. У 12 пацієнтів констатувалось збільшення об'єму активних рухів в уражених суглобах. Рецидивів синовіту не відмічалось. Зниження лабораторної активності відмічено у 13 хворих, зниження рівня сечової кислоти у 10 і нормалізація у 4 пацієнтів. Поєднання основного лікування і ад'ювантного дозволило знизити у частини хворих середньодобову дозу НПЗП порівняно із контролем. У контрольній групі спостерігалась менш виражена позитивна динаміка клінічно-лабораторних показників. Крім того, у контрольній групі було відмічено рецидивування синовіту у двох хворих, що потребувало локального застосування гормональних препаратів.

Таким чином клінічна ефективність комбінації хоміоревмана і базисної терапії у хворих на подагру виявилась більш вираженою порівняно з терапією у контрольних групах.

ПОКАЗНИКИ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

Гуляга О.І., Полянська О.С., Ташук В.К.
Буковинський державний медичний університет

Ініціатором процесів пероксидного окиснення є різні фактори, в першу чергу, гіпоксія, імунні реакції, властиві гострому коронарному синдрому, складові компенсаторно-приспосувальних реакцій. Протидію активації ПО виконують системи антиоксидантного захисту (АОЗ), які, в основному, представлені ферментами, що інактивують активні форми кисню на різних етапах ланцюгової реакції пероксидації. Саме порушення співвідношення між про- та антиоксидантними системами є важливим чинником розвитку і прогресування інфаркту міокарда (ІМ).

У зв'язку з цим, нами досліджено стан про – та антиоксидантних систем у хворих на ІМ. Контрольну групу склали 10 осіб відповідного віку. Рівень ліпопероксидації оцінювали за вмістом у еритроцитах одного з вторинних продуктів ПОЛ – малонового альдегіду (МА). Інтенсивність пероксидації протеїнів визначали за рівнем окисної модифікації білків (ОМБ) плазми. Активність АО захисту оцінювали за вмістом у плазмі головного антиоксидантного ферменту крові – церулоплазміну (ЦП), каталази (К), глутатіонпероксидази, глутатіон-S-трансферази та SH-груп, основним донором яких є глутатіон, якому належить ключова роль у захисті клітин від реакційноздатних інтермедіатів кисню.

При аналізі цих показників у хворих дослідної групи порівняно з групою контролю виявлено, що рівень МА, як кінцевого продукту процесів ПОЛ,

зростає майже в 1,6 разів ($p < 0,01$). Це є доказом надмірної активації процесів ПОЛ у хворих на ІМ, яка є не тільки відображенням метаболічних розладів, а й проявом «кисневого вибуху», котрий вважається одним з неосмінних атрибутів будь – яких пристосувальних реакцій. Різка активація вільнорадикальної трансформації пов'язана із зростанням вмісту реакційноздатних форм кисню, джерелами яких є ендотеліальні клітини, стимульовані фагоцити, і може бути свідченням накопичення інших продуктів, що викликають ряд патологічних феноменів при ІМ (аритмогенний ефект, негативну іпотропу дію). Звертає на себе увагу, що рівень ОМБ зростає у хворих на ІМ в 1,8 разів ($p < 0,05$). З нашого погляду, виявлені зміни активності редокс-системи можуть бути однією з важливих складових розвитку ІМ, пов'язаних з ним порушеннями клітинного та тканинного метаболізму.

При аналізі систем антиоксидантного захисту виявлено значне, у 1,8 разів, зростання активності каталази у хворих на ІМ порівняно з контролем (з $7,23 \pm 0,33$ проти $13,38 \pm 0,49$ мкмоль/хв.л; $p < 0,01$). Активність ГП у хворих дослідної групи також в 1,87 рази переважала контрольні показники ($p < 0,01$). Активність глутатіон-S-трансферази при цьому зросла у 1,6 разів ($p < 0,01$) порівняно з контролем.

Відмінності у вираженості зростання активності ферментів глутатіонової системи у обстежених хворих можна пояснити тим, що ГП проявляє свою дію в цитоплазмі клітин, виділяючи пероксид водню за рахунок окиснення глутатіона, а глутатіон-S-трансфераза проявляє свою активність в плазмі крові. Зважаючи на те, що при цьому рівень SH-груп у хворих був на 32% більшим, ніж у контролі ($p < 0,01$), а основним донором їх є глутатіон, можна стверджувати, що однією з основних ланок АОЗ у хворих на ІМ є система глутатіона. Звертає на себе увагу, що активність церулоплазміна в плазмі крові, як одного зі складових АО системи, хоч і зростала (з $164,73 \pm 6,63$ до $218,73 \pm 13,55$ мг/л; $p < 0,05$), але менш виражено, ніж інші антиоксидантні ферменти, що, можливо, пов'язано з наявним при серцевій недостатності ураженням печінки, яка є основним джерелом церулоплазміну. Виявлений дисбаланс між про- та антиоксидантними системами є одним з механізмів пошкодження при ІМ. Все це свідчить про очевидну доцільність цілеспрямованої корекції виявлених порушень редокс-системи при лікуванні таких хворих.

ДИНАМІКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА НІЦД НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ РИТМОКОРОМ

Дзекан О.В., Биков А.В., Дзекан Л.В.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) є варіантом вегето-судинної дисфункції з переважними розладами серцево-судинної діяльності функціонального характеру. На сьогодні вважають, що існує високий ризик трансформування функціональних розладів у хворих на НЦД в соматичні захворювання, зокрема, ішемічну хворобу серця та гіпертонічну хворобу. З