

5. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. и др. Хирургическая коррекция репродуктивной функции при миоме матки // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2005. – №5 (2). – С. 74 -76.

6. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреусенко В.Г. и др. Эндоскопическая миомэктомия: за и против // Вопр. акуш. гин. и перинатол. – 2007. – № 6(1). – С. 57-60.

Кавуля Е. В.

*аспірант кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ КОАГУЛЯЦІЙНОГО ГЕМОСТАЗУ ТА АКТИВНОСТІ СИСТЕМИ ФІБРИНОЛІЗУ-ПРОТЕОЛІЗУ В ПЛАЗМІ КРОВІ ХВОРИХ НА ДИСТЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

З метою вивчення коагуляційних властивостей крові досліджували рівень фібриногену (ФГ) в плазмі крові, активність антитромбіну III (АТ III), XIII фактора, Хагеман-залежний фібриноліз (ХЗФ) та потенційну активність плазміногену (ПАП) у хворих на ДЕ та ФП.

Концентрація ФГ у пацієнтів з ДЕ достовірно перевищувала показники контрольної групи на 37,5%. Показники ФГ у пацієнтів з ДЕ та ФП на 70,8% вірогідно перевищували контроль та на 24,2% показники ФГ у групі з ДЕ, що, власне, характеризує надмірне тромбоутворення та погіршення реологічних властивостей крові при ФП.

Активність АТ III вірогідно зменшувалась в обох групах. При ДЕ зниження цього показника щодо контролю складало 13,7%. У групі хворих на ДЕ з ФП активність АТ III була на 25,3% нижчою за контроль та на 10, 2% - нижче за дві групи з ДЕ.

Зменшувалась і активність XIII фактора (фібринази), щоправда достовірним було зменшення тільки в групі з ДЕ та ФП – на 8,2% ($p \leq 0,05$ відносно контролю).

Показник ХЗФ статистично значуще подовжувався на 16,6% при ДЕ та на 49,7% при ДЕ з ФП. Наявність ФП поглиблювала цю відмінність – на 28,5% порівняно з групою ДЕ.

ПАП вірогідно зменшувалась – на 14,3% в пацієнтів з ДЕ, на 37,6% - у хворих на ДЕ з ФП. Різниця між групами пацієнтів, які страждали ДЕ та ДЕ з ФП, склала 20,4% в групі з ФП.

Наступний етап нашого дослідження полягав у вивченні показників коагуляційного гемостазу залежно від стадії та наявності ФП.

Зміни концентрації ФГ були достатньо вираженими, при цьому різниці відносно контролю були високовірогідними в усіх групах. Зростання відбувалося проградієнтно стадіям розвитку ДЕ та наявності ФП, із зростанням досліджуваного показника впродовж ДЕ I-II стадій на 29,2% та на 41,7% відповідно, впродовж ДЕ I-II стадій з ФП на 66,7% та на 79,2% відповідно. Наявність ФП поглиблювало відмінності на 26,5% при ДЕ I з ФП достовірно вище за ДЕ I ($P < 0,05$), на 29% при ДЕ II з ФП вище за ДЕ II ($P < 0,01$). В усіх

групах рівень ФГ був суттєво вищим, ніж у практично здорових осіб, що, характеризує надмірне тромбоутворення та погіршення реологічних властивостей крові при ДЕ та ДЕ із ФП.

Активність АТ ІІІ у хворих на ДЕ із ФП була вірогідно нижчою, ніж у хворих на ДЕ без ФП – на 10,6% при ДЕ І та на 9,7% при ДЕ ІІ, а також суттєво відрізнялася від показників контрольної групи – на 22,1% та 28,6% у пацієнтів на ДЕ І з ФП та ДЕ ІІ з ФП відповідно. У хворих досліджуваних груп без ФП зниження активності АТ ІІІ склало 10,5% при ДЕ І та 17,2% при ДЕ ІІ. Вищезазначене є свідченням недостатності фізіологічної антикоагулянтної системи організму таких хворих.

Цілком очікуваним було й зниження активності ХІІІ фактора у всіх групах відносно контролю. Вірогідніше ($P \leq 0,05$) зниження спостерігалось в пацієнтів з ДЕ ІІ стадії – на 5,7% та при ДЕ ІІ асоційованій з ФП – на 9,2% нижче за контроль.

Зростання ХЗФ щодо контролю було перманентним впродовж стадій розвитку ДЕ та наявності ФП. Так, при ДЕ І ново складало 9,9%, при ДЕ ІІ – 22,9%, при ДЕ І з ФП – 39,9%, при ДЕ ІІ з ФП – на 59,2% вірогідно вище за контроль. ФП поглиблювала ці зміни – на 27,3% при ДЕ І та на 29,6% при ДЕ ІІ по відношенню до відповідних груп без ФП. Недостатню активність цього фактора можна пояснити його певною утилізацією у процесі гіперкоагуляції, оскільки фактор ХІІ бере участь у першій фазі тромботичного синдрому – утворення протромбінази.

ПАП вірогідно зменшувалась, як у хворих на ДЕ І (на 6,4%), так і на ДЕ ІІ (на 22,7%) по відношенню до контролю. На фоні ФП відмінності поглиблювались – на 28,6% при ДЕ І, на 46,9% при ДЕ ІІ достовірно нижче за контрольну групу. Порівнюючи групи по наявності ФП бачимо, що при ДЕ І ФП поглиблює цей показник на 20,8%, при ДЕ ІІ – на 19,7% по відношенню до відповідних груп без ФП ($p \leq 0,001$).

Результати вивчення протеолітичної та фібринолітичної активності плазми у дослідних групах з ДЕ та ФП наведено нижче.

В досліджуваних групах показники лізису високомолекулярних білків (ЛВБ), лізису низькомолекулярних білків (ЛНБ) та лізису колагену (ЛК) переважали показники контрольної групи. При цьому статистично значущим було переважання ЛНБ в групі хворих на ДЕ з ФП - на 19,6% вище за контроль ($p \leq 0,05$) та на 13,3% вище за групу хворих на ДЕ ($p \leq 0,01$).

Оскільки процеси протеолізу та фібринолізу в організмі є фізіологічно пов'язаними, зміни торкнулись і фібринолітичної активності плазми. Найбільш достовірним було зниження ферментзалежної фібринолітичної активності (ФФА) у пацієнтів з ДЕ на 12,9% нижче контролю та у хворих на ДЕ з ФП на 33,9% нижче контролю. Різниця між хворими на ДЕ та супутньою ФП складала 18,6% зниження ФФА у групі з ФП.

Наступний етап нашого дослідження полягав у вивченні показників протеолітичної та фібринолітичної активності плазми залежно від стадії та наявності ФП.

В групі хворих з ДЕ І та ФП лізис високомолекулярних білків за реакцією з азоказеїном вірогідно переважав показник контрольної групи на 11,8%. В цій ж

групі лізис колагену за реакцією з азоколом статистично значуще перевищував групу пацієнтів з ДЕ I та ФП на 13,9%.

Зміни протеолізу низькомолекулярних білків за реакцією з азоальбуміном мали достовірніші відмінності. Цей показник в групі хворих з ДЕ I був вище за контроль на 4,3%. В групі з ДЕ I та ФП переважання склало 8,6% вище за попередню групу з ДЕ I. Показник ЛНБ у пацієнтів хворих на ДЕ II та ФП перевищував групу з ДЕ II на 17,5% ($p \leq 0,05$).

Дослідження змін показників гемостазу та активності системи фібринолізу-протеолізу показало, що для всіх хворих на дисциркуляторну енцефалопатію характерно значне посилення гемокоагуляції, яке супроводжується зростанням протеолізу низько- та високомолекулярних білків, зниженням колагенолітичної активності плазми.

Приєднання фібриліції передсердь суттєво обтяжує систему гемостазу хворих. Вірогідно зростає активність основних прокоагулянтних факторів, знижується ферментзалежна фібринолітична активність.

Карвацька Н. С.

доцент, к. мед. н.

Рудницький Р. І.

доцент, к. мед. н.

Савка С. Д.

Юрченко О. С.

доценти і асистенти кафедри нервових хвороб

психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

В умовах зростання рівня соціально-психологічного дистресу, поглиблення демографічної кризи та погіршення показників здоров'я населення України, питання охорони здоров'я, безумовно, є одним із найактуальніших у суспільстві.

Суттєве погіршення показників здоров'я населення, збільшення рівня захворюваності і смертності, зменшення середньої тривалості життя, а також мисова зміна поведінкових реакцій, емоційні зриви, інші порушення психічного стану, суїцидальні спроби та суїциди викликають стурбованість медиків та громадськості [3, 52 с.].

Нагальні потреби населення України в медико-психологічній допомозі обумовили необхідність створення медико-психологічної служби на рівні обласних, міських і районних лікувально-профілактичних закладів. Для держави економічно доцільним є надання медико-психологічної допомоги пацієнтам на ранніх стадіях захворювання та й просто у складних життєвих ситуаціях шляхом запровадження посад лікарів-психологів у мережі лікувальних установ різного профілю. Саме своєчасне виявлення і сучасна діагностика захворювань має вирішальне значення для успішної терапії і сприятливого прогнозу захворювань.