

3. Журнал «Медицина світу»: Синдром Гійена-Барре. Скорочений вміст. Dana L., Newswanger, Charles R. Warren Am Fam Physician 2004 ; 69:2405-10 [www.msvitu.com].

4. Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач»: Современное представление о синдроме Гиена-Барре в детской неврологии. – В.М. Студеникин, В.И. Шелковский [http://www.lvtach.ru/].

5. Синдром Гийена-Барре. Конспект Врача. Медицинская газета. – 2001. – № 6 [www.rusmedserv.com].

6. МКБ 10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра [http://mkb-10.com/].

Петриченко И. И.
студент

Старов К. П.
студент

Стоянова Ю. Д.
студент

*Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина*

ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, поражающее преимущественно лиц молодого, трудоспособного возраста и приводящее к постепенному развитию стойкой негрудоспособности. По статистическим данным распространённость рассеянного склероза прогрессивно увеличивается. Так, преобладающее число больных (80%) составляют женщины в возрасте от 20 до 35 лет [1, с. 22–24]. Таким образом, в связи с широкой распространённостью РС у женщин репродуктивного возраста, изучение особенностей течения беременности у женщин с данным заболеванием является актуальным.

При ретроспективном исследовании было установлено, что беременность оказывает благоприятное влияние на течение многих аутоиммунных заболеваний, в том числе и РС. В результате повышения синтеза эстриола, 17-бета-эстридиола, прогестерона и пролактина происходит угнетение синтеза провоспалительных цитокинов и лимфоцитарной продукции, в результате чего заболевание протекает более мягко. Согласно данным Московского центра рассеянного склероза выявлено, что у большинства рожавших женщин течение РС менее агрессивное, однако позже переходит в стадию вторичного прогрессирования (по сравнению с нерожавшими пациентками), они дольше остаются трудоспособными, позже теряют социальную адаптацию. При этом наблюдается об-

ратная корреляция между количеством родов и степенью прогрессирования заболевания [2, с. 38–45]. У женщин, больных РС, не имевших беременностей риск перехода во вторично-прогрессиентное течение заболевания в 3,2 раза выше, чем у женщин, имевших беременности [3, с. 17–21].

Таким образом, беременность является фактором, повышающим общесистемную устойчивость организма к патологическим процессам, развивающимся при рассеянном склерозе. Дальнейшее изучение данного вопроса, на наш взгляд, может дать начало новым направлениям лечения рассеянного склероза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко А.Н., Гусев В.И. Современные подходы к лечению рассеянного склероза. // Журнал «Неврологический вестник» им. В.М. Бехтерева, т. XLII, вып. 1. Казань, 2010. – С. 156–157.

2. Григорова И.А. Неврология // Учебник для медицинских ВУЗов III-IV уровней аккредитации.

3. Попова Т.Е., Оконешникова Л.Т., Николаева Т.Я. Семейный рассеянный склероз. Материалы X Всероссийского съезда неврологов с международным участием, 2012. – 239 с.

Плеш І. А.
доктор медичних наук, професор

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

Борейко Л. Д.
кандидат медичних наук, доцент

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

Костів М. І.
лікар

*Обласна дитяча лікарня
м. Чернівці, Україна*

НОВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ У ХВОРИХ НА ЕГ І СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД СТРУКТУРИ ДОБОВОГО РИТМУ АТ

ВДНЗУ України «Буковинський державний медичний університет»

Відомо, що швидкість прогресування есенційної гіпертензії (ЕГ) залежить від ступеню вираженості немодифікованих та модифікованих факторів ризику. До перших відносять вік та стать. До модифікованих відносять, в першу чергу, підвищений або високий рівень артеріального тиску [1, с. 62–63]. Вищезгадані фактори ризику підлягають детальному аналізу з використанням модифікованої шкали SCORE та встановлення ступеню ризику (низький, помірний, високий і дуже високий) та прогнозу фатальних наслідків на наступні 10 років. Одним з основних модифікованих факторів ризику є рівень артеріаль-

ного тиску [1, с. 384, 2, с. 192]. На жаль, таблиця SCORE враховує тільки одну величину – систолічний АТ (САТ) та його офісне визначення [5, с. 96].

Суттєвіше значення мають середні величини САТ, ДАТ та СДТ визначені методом добового моніторингу АТ, окремо за денний та нічний періоди. Співвідношення цих величин дозволяє встановити особливості циркадіанного ритму АТ. Комплексна оцінка відомих за стадією та добовим ритмом АТ дозволить суттєво доповнити шкалу SCORE та встановити ступінь ризику з урахуванням – підгруп «D», «ND», «NP» та «OD» [4, с. 13–18]. Нами обстежено 182 хворих на ЕГ I–III ст. за класифікацією (ВООЗ, 2011 р.) На ЕГ I ст. – 17, що становить біля 10% від загальної кількості хворих. Усім проведено ДМАТ з визначенням значної кількості середніх показників та величин варіабельності. Встановлено, що більше половини 9 (52,9%) хворі з нормальним добовим ритмом АТ («D»), «не діпери» («ND») та «NP») склали 7 хворих (41,7%) і 1 хворий (5,9%) – «OD». Таким чином у хворих на ЕГ I ст. незважаючи на практично нормальні показники ДМАТ як у активний так і пасивний періоди доби значна частина (40%) були з недостатнім зниженням середнього рівня АТ за нічний період та перевагою нічного рівня над денним.

Крім цього, слід відзначити, що за середніми величинами АТ в нічний період підгрупи хворих на ЕГ I стадії – «ND» та «NP» мали переверщення середнього САТ в нічний період при нормальних величинах ДАТ. Порівнюючи дані ДМАТ у цих хворих з такими ж у хворих на ЕГ II стадії підгрупи «D» – встановлено багато спільних ознак. Зокрема, середньодобове навантаження високим АТ, часта ніщода підвищенням АТ у них відповідає категорії хворих на ЕГ II ст. з варіантом циркадіанного ритму «D». За даними УЗД серця спостерігається ранні ознаки гіпертрофії стінок лівого шлуночка та його маси міокарда, як у хворих на ЕГ II ст. з варіантом ДІ – «D».

Отже, беручи до уваги середній за добу показник САТ та ДАТ у хворих на ЕГ I стадії («ND») та «NP») виявлено суттєво вищий ступінь ризику у цих підгрупах ніж у групі «D» з нормальним ДІ (10–20%).

Таким чином хворі на ЕГ I стадії з низьким добовим індексом (< 10%) мають вищий ступінь ризику прогресування ЕГ I за своєю гемодинамічною характеристикою можуть бути прирівняні до ЕГ II стадії з нормальним циркадіанним ритмом – «D».

Прогностично у них слід сподіватись прискореного переходу до стабільної стадії (ЕГ II стадії), формування на фоні виражених функціональних і органічних змін серця та судин. Останнє обґрунтовує для них раннє застосування розширеного комплексу немедикаментозної терапії та можливої «малої» фармако-терапії, більш динамічного спостереження та лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багрий А.Э., Дадык О.И., Жаринов О.И. Артериальная гипертензия и сердечно-сосудистый риск / А.Э. Багрий, О.И. Дадык, О.И. Жаринов и др. // Под ред. Ю.Н. Сиренко, О.И. Жаринова. – К.: Четверта хвиля. – 2009. – С. 384.
2. Власова С.Н., Ильченко М.Ю., Казакова Е.В., и др. Дисфункция эндотелия и артериальная гипертензия. // Под ред. П.А. Лебедева // Самара, ООО «Офорт», – 2010, – С. 192.

3. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань : поширеність і контроль / І.М. Горбась // Здоров'я України. – 2007. – № 11. – С. 62–63.

4. Купновицька І.Г., Дзвізяцька О.Ф. Циркадні профілі серцевого ритму та артеріального тиску як фактори ризику ускладнень у осіб з артеріальною гіпертензією / І.Г. Купновицька, О.Ф. Дзвізяцька // Укр. мед. часопис. – 2005. – № 2. – С. 13–18.

5. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: популяционная стратегия и индивидуализированные программы (на основе Европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике 2012). – К.: МОРИОН. 2013. – С. 96.

Преутесей В. В.
лікар-хірург

*Новоселицька центральна районна лікарня
м. Новоселиця, Чернівецька область, Україна*

АЛГОРИТМ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Вступ. Питання вчасної інформативної діагностики, профілактики і адекватного лікування ранніх післяопераційних ускладнень відносяться до найбільш значимих у сучасній абдомінальній хірургії [3, с. 11, 5, с. 5, 7, с. 919]. У світі спостерігається постійне зростання числа оперованих на органах черевної порожнини [1, с. 15, 9, с. 533]. Це зумовлюється, з одного боку, невпинним збільшенням кількості планових операцій, з іншого – сталою значною поширеністю та захворюваністю на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини, при яких більшість пацієнтів потребує хірургічних втручань [6, с. 2]. Це обумовлює постійну увагу до вирішення цих складних питань вітчизняних та зарубіжних вчених.

З метою вдосконалення лікувальної тактики запропоновані різноманітні способи прогнозування перебігу захворювань [3, с. 12], методи діагностики ускладнень [5, с. 7], їх профілактики [4, с. 10, 9, с. 540] і лікування [1, с. 16, 8, с. 528, 7, с. 920]. Однак найбільш раціональним є комплексний підхід до вирішення таких питань.

Матеріал і методи дослідження. 125 пацієнтів прооперованих з приводу абдомінальної патології. З них, на гострий апендицит 17 хворих, гостру кишкову непрохідність – 12, перфоративні гастродуоденальні виразки – 11, гострий холецистит – 21, мезентеріальний тромбоз – 6, защемлені грижі – 13, криваві виразки – 6, гострий панкреатит – 6, хронічний холецистит – 24, неускладнені грижі 9 хворих.

У 26 пацієнтів після операції виникли ускладнення. Серед них неспроможність швів 5 випадків, інтраабдомінальний інфільтрат 3, абсцес 2, післяопе-