



речовин, що обумовлюють склеювання формених елементів крові, формування з них агрегатів, відбувається значне сповільнення кровотоку в мікросудинах, що призводить до стійкої ішемії.

Метою дослідження стало вивчення взаємозв'язку дисфункції ендотелію (ДЕ) і змін протеїназо-інгібіторного гомеостазу в хворих із коморбідним перебігом ішемічної хвороби серця (ІХС) і хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Обстежено 113 хворих на хронічну ІХС. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. З метою дослідження клініко-патогенетичних особливостей перебігу ІХС у поєднанні з ХОЗЛ обстежені були розподілені за групами: I група складалася з 63 хворих на ІХС; II група – 50 пацієнтів із поєднаним перебігом ІХС і ХОЗЛ. Оцінювали протеолітичну (за лізисом низькомолекулярних (ЛНБ) і високомолекулярних білків (ЛВБ) плазми крові) і колагенолітичну активність плазми (КАП) крові, сумарну фібринолітичну активність (СФА), її ферментативну (ФФА) та неферментативну (НФА) ланки. ДЕ визначали за рівнем ендотеліну-1 (ЕТ-1) у плазмі крові за допомогою імуоферментного аналізу з використанням наборів реагентів «Biomedica» (Австрія).

Результати дослідження підтвердили дисбаланс в системі протеолізу та фібринолізу плазми крові в обох групах пацієнтів порівняно з групою контролю, що виражався у вірогідному зниженні ЛНБ ($p < 0,0001$), ЛВБ ($p < 0,0001$) і КАП крові ($p < 0,0001$). Наявність ХОЗЛ поглиблює патогенетичні зрушення, підтвердженням цьому є вірогідне зниження ЛНБ і КАП крові порівняно з хворими на ІХС без супутньої патології. Дослідження фібринолітичної активності встановило зниження СФА у пацієнтів I і II груп порівняно з групою контролю ($p < 0,0001$), при чому в групі хворих на ІХС проходить за рахунок зниження НФА, в той час як у хворих на ІХС з супутнім ХОЗЛ НФА переважає над ФФА. Проведений кореляційний аналіз між показниками протеолітичної і фібринолітичної активності та ДЕ встановив зворотній кореляційний зв'язок між ЕТ-1 та ЛНБ ($r_s = -0,6$, $p < 0,05$), між ЕТ-1 та КАП ($r_s = -0,5$, $p < 0,05$), кількістю ЕТ-1 та НФА ($r_s = -0,5$, $p < 0,05$) у пацієнтів II групи.

Отримані результати свідчать про дисбаланс протеїназо-інгібіторної системи та функціонального стану ендотелію у пацієнтів на ІХС. Зазначені зрушення мають взаємостимулюючий характер, основна роль в яких належить ЕТ-1: зростання його рівня потенціює розлади протеолітичної та фібринолітичної активності (зменшення лізису низькомолекулярних протеїнів, лізису колагену та пригнічення неферментативної ланки фібринолізу), як наслідок - погіршення мікроциркуляції, прогресування ремоделювання серця та судин, порушення вентиляційно-перфузійних процесів, дестабілізація та прогресування обох нозологій. Встановлені зміни вимагають призначення адекватної медикаментозної терапії з метою розірвання патогенетичного ланцюга та припинення каскадності патологічних змін.

Бачук-Понич Н.В.

ІМУНОТОН ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Порушення функціонування вегетативної нервової системи і, як наслідок, формування вегето-судинної дистонії (ВСД) знижує якість життя, є частою причиною працездатності, дезадаптації в професійній діяльності і повсякденному житті. Крім того, симптоми порушення вегетативної регуляції, які свосчасно не були кореговані, можуть призвести до розвитку цереброваскулярної патології, що є однією з провідних причин смертності та інвалідації, зокрема серед осіб працездатного віку. Серед медикаментозних чинників для лікування ВСД використовуються транквілізатори, антидепресанти, ненаркотичні анальгетики, седативні засоби, ноотропи. Однак переважна більшість перелічених препаратів має небажані побічні реакції, що стримує їх використання, тому, останнім часом усе більша увага приділяється засобам рослинного походження, які комплексно впливають на основні функції організму і мають значно менше побічних реакцій.

Метою дослідження було вивчення терапевтичної ефективності препарату рослинного походження «Імунотон» у хворих на ВСД за гіпотензивним типом. Обстежено 30 осіб віком 19-21 рік, серед них 10 склали групу порівняння, які не отримували лікування, 10 – основну групу, які отримували препарат Імунотон (Галичфарм, Україна) по 3 чайні ложки двічі на день після їди в першій половині дня впродовж 10 днів. Крім загальноклінічних методів дослідження пацієнтам проводилась реєстрація самопочуття, настрою, працездатності та інших суб'єктивних відчуттів у динаміці лікування. Позитивними вважали зникнення симптомів захворювання чи зменшення їх вираженості більше ніж на 50%. Для оцінки вегетативної регуляції використовували «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін» за Вейном А.М.

Результати дослідження свідчать про добру переносимість Імунотону. У хворих основної групи після лікування виявлено покращення загального самопочуття, зменшення кардіалгій, серцебиття, відчуття дискомфорту в серці, покращення розумової працездатності (покращилась концентрація уваги, запам'ятовування), зменшення головного болю, головокружіння. Аналізуючи стан вегетативної регуляції виявлено, що у контрольній групі та у досліджуваних пацієнтів до лікування індекс Кердо становив -11, що вказує на переважання у них парасимпатичного тону. У процесі лікування цей показник зростав і на 10-ту добу лікування становив -4, після припинення курсу лікування спостерігалось деяке зниження індексу, і на 14-ту добу після лікування він становив -7, що потребує більш тривалого його застосування. Препарат мав позитивний вплив на показники артеріального тиску у хворих із гіпотензивним синдромом – систолічний АТ



підвищувався на 5-10 мм рт.ст у порівнянні з вихідними значеннями. У пацієнтів з ознаками нормокардії Імунотон не впливав на показники АТ. Побічних реакцій при застосуванні препарату не виявлено.

Отже, застосування Імунотону призводить до зменшення клінічних проявів ВСД, покращення вегетативного забезпечення серцевої діяльності, що вказує на нормалізацію адаптаційно-компенсаторних механізмів регуляції системи кровообігу.

Безрук Т.О.

ЕТАПНІСТЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ З ГОСТРИМ АБО РЕЦИДИВОМ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Інфекції сечової системи (ІСС) є суттєвою проблемою для фізіологічної гестації плоду людини. Пацієнтки із загостренням хронічного пієлонефриту під час вагітності складають групу ризику щодо внутрішньоутробного інфікування дітей; у даного контингенту жінок є висока ймовірність розвитку фетоплацентарної недостатності, яка призводить до хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плоду та затримки його розвитку [Меленчук Л.М., 2012].

Найчастіше гострий пієлонефрит розвивається у третьому триместрі вагітності і післяпологовому періоді – гострий пієлонефрит вагітних; в деяких клінічних випадках ІСС у вагітних може маніфестувати як безсимптомна бактеріурія. Враховуючи анатомо-фізіологічні зміни з боку сечовидільних шляхів, пієлонефрит у вагітних слід розглядати як ускладнений. Серед етіологічних чинників пієлонефриту вагітних *E.coli* складає 70% випадків, *Enterobacter spp* та *Klebsiella spp.* - 3%, *Proteus spp.* - 2%, *Streptococcus* групи В -10% випадків [Guidelines on Urological Infections - European Association of Urology, 2013]. Застосування антибактеріальних препаратів під час вагітності надзвичайно складна та зумовлена їх можливою побічною дією – тератогенність, ембріотоксичність, фетотоксичність.

На сьогоднішній день в Україні уніфіковано критерії та підходи до лікування ІСС у вагітних [Колесник М.О. та співав., 2012] (табл.).

Таблиця

Етапність надання медичної допомоги вагітним з гострим або рецидивом хронічного пієлонефриту

Нижня частина протоколу	Об'єднувальна	Необхідні дії
1. Догоспітальний етап		
1. У 20-40% з ББ під час вагітності розвивається пієлонефрит 2. Вагітним жінкам з наявністю рецидивуючої ІСС до вагітності слід призначати постійну профілактику	1. Під час першого звернення вагітної жінки до лікаря або у першому триместрі вагітності необхідно призначити бак посів сечі та виключити наявність ББ. <i>(Рівень доказовості А) (КН IV 1)</i> 2. З метою зниження ризику розвитку ІСС всім вагітним жінкам з наявністю рецидивуючої ІСС до початку вагітності рекомендована постійна профілактика <i>(Рівень доказовості В) (КН IV 3)</i>	1. Призначення бакпосів сечі всім вагітним жінкам під час першого звернення до лікаря або з 12 до 16 тижня вагітності. 2. Збір аналізу (виключення рецидивуючої ІСС до вагітності). 3. Вагітним жінкам з наявністю рецидивуючої ІСС до вагітності слід призначити постійну профілактику літродурантовим 100 мг або нефлуксимом 125 мг, за винятком останніх 4 місяців вагітності
2. Госпіталізація		
1. За умов незначних проявів та уважного спостереження лікування пієлонефриту під час вагітності може здійснюватись амбулаторно. 2. Госпіталізація до 20 тижня вагітності здійснюється до нефрологічного або терапевтичного стаціонару. Після 20 тижня вагітності – до акушерського стаціонару	1. Лікування пієлонефриту під час вагітності може здійснюватись амбулаторно, за умов незначних клінічних проявів та уважного спостереження. <i>(Рівень доказовості А) (КН IV 1)</i>	Оцінити важкість перебігу пієлонефриту та визначити необхідність госпіталізації до спеціалізованого стаціонару.
3. Діагностика		
Системна діагностика з лікування пієлонефриту дозволяє знизити частоту передчасних пологів та народження немовлят з малою масою тіла	1. У вагітної жінки без клінічних ознак ІСС бактеріурія вважається значущою при одержанні росту бактеріальних культур у сечі $\geq 10^5$ КУО/мл в двох послідовних зразках або в одній порції сечі, отриманої за допомогою катетеру <i>(Рівень доказовості А) (КН IV 1)</i> 2. У вагітної жінки з симптомами ІСС діагностично значущою є бактеріурія $\geq 10^4$ КУО/мл <i>(Рівень доказовості В) (КН IV 1)</i> 3. За необхідності додаткового обстеження, з метою вилучення анатомічних чи функціональних порушень у вагітних повинні використовуватись УЗД та/або МРТ (щоб уникнути радіаційного ризику для плоду) <i>(Рівень доказовості В) (КН IV 4 1)</i>	Збір аналізу (виключення рецидивуючої ІСС до вагітності), фізикальне дослідження, ЗАС, - Бакпосів сечі, - УЗД широк; МРТ (за необхідністю). - За наявності показань – консультація уролога
4. Лікування		
Антибактеріальне лікування пієлонефриту у вагітних є обов'язковим	Оптимальним вважається 14-денний курс. <i>(Рівень доказовості С) (КН IV 4)</i>	1. Призначення одного з наступних антибактеріальних лікарських засобів: цефтріаксон, азтреонам, піперацилін-тазобактам, нефлем, імпінем-циклостатин, ампіцилін+, гентаміцин. 2. Після завершення лікування, через 10-14 днів, переколатись у ерадикації збудників.
5. Випишка з рекомендаціями на післягоспітальний період		
Вагітні з пієлонефритом вимагають комплексного диспансерного спостереження протягом вагітності та післянародження дитини	Після закінчення антибактеріального лікування обов'язковим є підтримання ерадикації збудника за допомогою бакпосіву сечі. <i>(Рівень доказовості А) (КН IV 4)</i>	1. Диспансерне спостереження повинно здійснюватись нефрологом і акушером-гінекологом. 2. У разі появи клінічних ознак ІСС – бакпосів сечі та ЗАС.

У той же час слід наголосити, що незважаючи на уніфікацію критеріїв та підходів до лікування пієлонефриту під час вагітності, проведення медикаментозного лікування, в т.ч. призначення антибактеріальних препаратів вимагає індивідуального підходу, враховуючи клінічну ситуацію та аспекти можливої побічної дії фармпрепаратів на дитячий організм.