



**Львівська
медична
спільнота**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СВІТОВА МЕДИЦИНА:
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ
ТА ФАКТОРИ РОЗВИТКУ»**

08-09 лютого

Львів 2013

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Абрамова Н.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ В СИРОВАТЦІ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ6

Мазуров В.И.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ РИТУКСИМАБОМ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА SF-369

Акентьев С.О.

ПЛАЗМОСОРБЦІЯ ПРИ СИНДРОМІ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В УМОВАХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ13

Перцева Т.Г.

РОЛЬ ГУМОРАЛЬНИХ ЗАПАЛЬНИХ ФАКТОРІВ У ПАТОГЕНЕЗІ ТА ПРОГНОЗІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ16

Бербець А.М.

ЗМІНИ ГОРМОНАЛЬНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, ЩО ФОРМУЄТЬСЯ, У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ВИКИДНЯ В І ТРИМЕСТРІ20

Тодоріко Л.Д.

ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПЕРЕШКОД ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОНТРОЛЬОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ З НИЗЬКОЮ ПРИХИЛЬНІСТЮ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОДОЛАННЯ22

Буряк В.В.

РОЛЬ МЕТАБОЛІЧНИХ ФАКТОРІВ В ПРОЦЕСІ ПОРУШЕННЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ПЕРФУЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІОЮ26

Височанська Т.П.

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ МАКРО- Й МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У БІОСУБСТРАТАХ ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ – МЕШКАНЦІВ РІЗНИХ ФІЗИКО-ГЕОГРАФІЧНИХ РАЙОНІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ30

Булик Т.С.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ПОЛОГИ В СВІТЛІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ33

Гречко С.І.

ЕРГОМЕТРИЧНІ ТА ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДСІО НАПРУЖЕННЯ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІОЮ36

Ілюшина А.А.,

ПОКАЗНИКИ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ПІД ВПЛИВОМ АТОРВАСТАТИНІВ40

Література:

1. Бербець А.М. Перебіг вагітності і пологів у жінок із комплексним лікуванням децидуально-трофобластичних порушень при невиношуванні в ранні терміни гестації / А.М.Бербець // Клін. та експерим. патол. - 2005. - Т. 4, № 1. - С. 9-15.
2. Жук С.И. Невынашивание беременности: новый взгляд на старую проблему / С.И.Жук, Я.В.Калинка, В.М.Сидельникова // Здоров'я України. - 2007. - № 5/1. - С. 3-5.
3. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Невиношування вагітності». Наказ МОЗ України №624 від 03.11.2008. - Офіц.вид. - К.: М-во охорони здоров'я України, 2008. - 41 с. (Нормативний документ МОЗ України, Клінічний протокол).
4. Ларичева И.П., Витушко С.А. Гормональная диагностика нарушенной адаптации плода у беременных с экстрагенитальной и акушерской патологией и принципы их коррекции // Акуш. и гин. - 1990. - №12. - С. 22 - 25.
5. Сидельникова В.М. Гормональные аспекты невынашивания беременности / В.М.Сидельникова // Мед. аспекты здоровья женщины. -2007.- № 4. - С. 19-22.

Тодоріко Л.Д.

д.мед.н., професор

Бойко А.В.

к.мед.н., доцент

Шаповалов В.П.

к.мед.н., доцент

кафедра фтизіатрії та пульмонології

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ПЕРЕШКОД ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОНТРОЛЬОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ З НИЗЬКОЮ ПРИХИЛЬНІСТЮ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Оцінюючи рівень захворюваності та результати лікування, ми спостерігаємо небажання хворих звертатися за допомогою, обстежуватися, лікуватися та всілякі спроби уникати контакту з лікарем. Однією з основних причин такого негативного та безвідповідального ставлення до свого здоров'я є ігнорування

особистості, порушує міжособистісні взаємовідношення. Втрата віри у сприятливий кінець захворювання створює перепони для адекватної терапії, соціальна дезадаптація проявляється в нехтуванні правилами особистої гігієни. Для підвищення ефективності лікування хворого на туберкульоз необхідна його психологічна корекція [2].

Погана прихильність до лікування у хворих на туберкульоз – це недотримання призначеного стандартного режиму хіміотерапії протягом фіксованого терміну (пропуск добових доз ПТП, передчасне завершення лікування (перерване лікування), самовільна відміна прийому окремих ПТП). У зв'язку з наявною проблемою несистематичного лікування хворих, в усьому світі багато уваги приділяють питанню формування прихильності до лікування хворих на туберкульоз [6].

Метою роботи було: визначити основні перешкоди для проведення контрольованого лікування хворих на туберкульоз з низькою прихильністю до антибактеріальної терапії та шляхи їх подолання.

Об'єктом дослідження були: 210 медичних карт хворих на туберкульоз (що були зареєстровані для лікування у 2010-2011 рр.) (форма № 081/0); журнал реєстрації хворих на туберкульоз (форма № 03-ТБ/0); статистичні карти вибулих із стаціонару (форма № 066/0); медичні карти лікування хворих на туберкульоз (форма № 01-ТБ/0); медичні карти стаціонарних хворих (форма № 003/0); щорічні звіти Чернівецького обласного протитуберкульозного диспансеру.

Обстежувані пацієнти, в основному, скаржилися на постійний кашель з виділенням харкотиння, підвищення температури тіла (37,4-38,9° С), періодичну задишку, схуднення, загальну слабкість. У 69,7 % обстежуваних пацієнтів був задовільний загальний стан, середньої важкості – в 23,3% та в 7% – важкий.

Серед загальної кількості хворих 36 % мали супутні алкоголізм чи (та) наркоманія, третина – не мали сім'ї, 6% – перебували у місцях позбавлення волі, 18% – без певного місця проживання, 22% – мали супутній синдром набутого імунodefіциту. При цьому 91,2 % були у працездатному віці.

Проводився облік результатів за показниками дотримання основного курсу, тривалості лікування та його загальної ефективності. Використовували наступні критерії ефективності лікування: явне клінічне покращання стану, знебацелення (або, принаймні, значне зменшення масивності бактеріовиділення), істотна позитивна рентгенологічна динаміка.

Усі хворі були поділені на групи. Першу групу склали пацієнти, з якими проводили інформаційно-просвітню роботу в протитуберкульозних закладах, другу – пацієнти, які отримували інформацію про туберкульоз традиційним методом (самостійно із засобів масової інформації, від пацієнтів, друзів та родичів) і третю – хворі, які перервали основний курс лікування. При аналізі використовувалися такі критерії перерваного лікування: виписка із стаціонару за самовільне припинення лікування або порушення лікарняного режиму

При аналізі прихильності хворих до лікування було з'ясовано, що хворі залишали стаціонар або починали зловживати алкоголем і (або) психотропними засобами. Повертало цих хворих до стаціонару лише прогресування туберкульозу, легенева кровотеча, легенево-серцева недостатність. Найчастіше хворі залишали стаціонар у перші 1-2 місяці. Так, у термін до двох місяців залишили стаціонар майже 12 % хворих; від 2 до 3 місяців – ще 7%; від 3 до 4 місяців – близько 2 %.

При проведенні опитування 159 досліджуваних пацієнтів було з'ясовано, що середня освіта та нижча за середню була у 51% респондентів, середня технічна – у 36%, незакінчена та закінчена вища освіта – у 11%. Соціальний портрет склався наступним чином: робітники – 34%, фахівці – 8%, службовці – 6,6%, медичні працівники – 1%, підприємці 5,6%, непрацюючі (пенсіонери, інваліди, безробітні, домогосподарки) – 46%. Місце проживання: м. Чернівці – 35,5%, область – 65,5%.

Соціальний портрет осіб (51), які достроково припинили лікування, склався таким чином: 68,2 % – непрацюючі, 56,2 % – зловживали алкогольними напоями, 35,1 % – в минулому знаходились у місцях позбавлення волі, 5,1 % – не мали постійного місця проживання.

Після анкетного опитування пацієнтів (51), які переривали лікування, виявили наступні основні причини дострокового припинення лікування: необхідність заробляти кошти на прожиття – 25% (треба заробляти гроші, необхідність бути на роботі); недостатнє проведення медико-санітарного інформування хворих на туберкульоз – недостатні знання про туберкульоз та його лікування – 13,5% (вважають себе здоровими); відсутність комфортних умов перебування в цілодобових протитуберкульозних стаціонарах – 21,4%; сімейні обставини (довготривале відлучення від сім'ї на період лікування, незмога залишити домашнє господарство) – 9%; зловживання спиртними напоями (замість ліків віддають перевагу алкоголю) – 29%; не бажають лікуватися без пояснення причин – 2,1%.

Вивчення факторів, що впливають на ставлення до лікування вперше виявленого хворого на туберкульоз, спонукало на пошук засобів, які б скоротили дострокову виписку пацієнта із стаціонару, та були б основою для розробки системи формування інформаційного поля пацієнта. Нами розроблений матеріал освітнього спрямування для хворих на туберкульоз «Видужання – краща профілактика у боротьбі з туберкульозом». В даній методиці фактором впливу на пацієнта є інформація, яка містить всю логічну модель картини хвороби. Щотижнево з хворими проводились заняття, в структурі яких 70% займало вербальне навчання – надання інформації та 30% інтерактивне спілкування – відповіді на питання пацієнта, анкетування. Вся лікувальна інформація надавалась вербальним та візуальним засобами (наочні матеріали, фільми, брошури). На кожному занятті обговорювались питання щодо працевлаштування, бесіди щодо корекції сімейних стосунків. До початку

діагностичного комплексу для виявлення осіб з підвищеним ризиком відриву від лікування. На основі тестування була виділена група з низькою прихильністю до лікування. З цими пацієнтами проводилась додаткова індивідуальна робота у вигляді бесід по 10-15 хвилин з метою закріплення інформації. Програма навчання включала загальні поняття про захворювання та детальне висвітлення питань лікування, правил профілактики, поведінки хворого в стаціонарі та в сім'ї.

При наданні інформаційно-консультативної допомоги хворим відмічається скорочення строків лікування. Кількість пацієнтів, які повністю завершили лікування в строки до 7 місяців, була вищою в групі хворих, з якими проводили індивідуальне навчання (43,5 %) порівняно з даними іншої групи (32 %).

Висновки:

1. Особи з асоціальною поведінкою, що хворіють на туберкульоз легень, представляють контингент, який істотно впливає на формування резервуару туберкульозної інфекції, оскільки більшість не дотримуються навіть основного курсу протитуберкульозної терапії. При дотриманні хоча б основного курсу лікування досягається покращання у 70,6 % пацієнтів із числа зазначеного контингенту.

3. Розуміння проблем, з якими зустрічається хворий на туберкульоз в період хіміотерапії, може поліпшити організацію протитуберкульозної допомоги хворим. Серед пацієнтів, які достроково припиняють лікування, значну частку складають уразливі та соціально дезадаптовані групи населення: 68,2 % – непрацюючі, 56,2 % – зловживачі алкогольними напоями, 35,1% – в минулому знаходились у місцях позбавлення волі, 5,1 % – не мали постійного місця проживання.

5. На прихильність до лікування хворих туберкульозом найбільше впливають особливості психологічного та соціального статусу. Система інформаційного навчання пацієнтів дозволила підвищити рівень їх обізнаності до 92% при контрольному тестуванні проти 55% при традиційній системі інформування.

7. Доведено, що застосування системи інформаційного впливу на вперше виявлених хворих на туберкульоз легень дозволило зменшити кількість осіб, які порушують режим стаціонарного лікування в 2,5 рази, підвищити ефективність стаціонарного лікування за загосням порожнин деструкцій та негативацією мазка харкотиння методом простої бактеріоскопії.

Література:

1. Борисов, С. Е. Досрочное прекращение лечения в противотуберкулёзных стационарах [Текст] / С. Е. Борисов, Е. М. Белиловский, Ф. Кук, Ш. Шайкевич // Пробл. туб. – 2007. – № 6. – С. 17–25.
2. Гнездилова, Е. В. Фтиза-школа как способ психологической и социальной коррекции больных туберкулёзом лёгких [Текст] / Е. В. Гнездилова // Пробл.

3. Огородская, Е. М. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии [Текст] / Е. М. Богородская, И. Д. Данилова, О. Б. Ломакина // Пробл. туб. – 2007. – № 3. – С. 46–64.
4. Проблеми інтеграції програм для надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД - туберкульоз та наркотичну залежність [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Укр. Пульмонол. журн. – 2011. – № 1. – С. 5–12.
5. Фещенко, Ю. І. Перспективи контролю за туберкульозом в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, Л. В. Турченко, В. М. Мельник // Український пульмонологічний журнал. – 2005. – № 3. – С. 5–10.
6. Cuneo, W. D. Enhancing patient compliance with tuberculosis therapy [Text] / W. D. Cuneo, D. E. Snider // Clin. Chest. Med. – 1998. – № 10. – P. 375–380.
7. Chiang C-Y. Management of drug-resistant tuberculosis [Text] / C-Y Chiang, H. S. Schaaf // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2010. – Vol. 14 (6). – P. 672-682.

Буряк В.В.

к.мед.н.,

*асистент кафедри внутрішніх хвороб №2
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, Україна*

РОЛЬ МЕТАБОЛІЧНИХ ФАКТОРІВ В ПРОЦЕСІ ПОРУШЕННЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ПЕРФУЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

До теперішнього часу патологія серцево-судинної системи залишається основною причиною захворюваності і смертності серед дорослого населення у всіх країнах світу. У зв'язку з цим продовжується активний пошук нових факторів ризику, ідентифікація яких дозволила б впливати на рівень кардіо- та цереброваскулярної смертності. Сьогодні не викликає сумнівів той факт, що в патогенезі судинних пошкоджень та атеросклерозу важливу роль відіграють циркулюючі в крові фактори запалення та прокоагулянти.

У 1969 р. К. McCully вперше, спостерігаючи дітей з високим (більше 100 мкмоль/л) рівнем гомоцистеїну (ГЦ) крові, відзначив раннє виникнення важких форм ураження периферичних артерій. Виходячи з цього, було зроблено припущення про те, що високий рівень гомоцистеїнемії (гіпергомоцистеїнемія (ГГЦ)) являє собою фактор ризику розвитку як атеросклеротичного, так і тромbogenного ураження судин.

ГЦ – це сірковмісна амінокислота, яка утворюється в процесі гідролізу S-аденозилгомоцистеїну, що є продуктом метаболізму метіоніну та цистеїну, безпосередньо потрапляючи до організму у складі білка з їжею.

Останніми роками з'явилися численні дані, що вказують на ГЦ як незалежний модифікуємий фактор ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) [5, с. 1775-1781]. ГЦ в плазмі підлягає окисленню, в процесі якого утворюються вільні радикали, токсичні для клітин ендотелію, ініціюючи тим самим структурно-функціональні зміни судин. Наслідком пошкодження ендотеліального шару артерій є проліферація гладком'язових клітин, а також стимуляція тромбоцитів, лейкоцитів та активація коагуляційного каскаду [3, с. 21-29]. Процес окислення ГЦ сприяє й окисленню ліпопротеїдів низької щільності, що стимулює процеси атерогенезу [9, с. 5-7]. У зв'язку з цим останніми роками активно вивчаються метаболізм ГЦ та чинники, що впливають на нього.

Існують роботи, в яких представлені дані щодо вивчення взаємовідносин вмісту ГЦ з іншими факторами ризику розвитку атеросклеротичного процесу, наприклад артеріальною гіпертензією (АГ) [1, с. 340-343]. При цьому, ГЦ розглядається як можливий модулятор атеросклеротичного ураження артерій, який реалізує даний ефект через безпосередні механізми, що беруть участь в процесах розвитку і становлення АГ [7, с. 257-262]. Дане спостереження підтверджується роботами, в яких встановлені тісні кореляційні взаємозв'язки між концентрацією ГЦ плазми крові та систолічним артеріальним тиском (САТ) [8, с. 1105-1113].

Встановлено, що погіршення цереброваскулярної реактивності та зниження об'ємної мозкової перфузії у пацієнтів з АГ є валідними предикторами цереброваскулярних катастроф [6, с. 1440-1445]. При цьому в основі порушень ауторегуляції мозкового кровотоку при АГ можуть мати місце опосередковані механічними, нейрогуморальними, імунологічними і ліпідними впливами дисфункція ендотелію, процеси ремоделювання та оклюзивно-стенотичні ураження брахіоцефальних артерій (ОСУ БЦА). У дослідженнях на тваринах було продемонстровано посилення гіперплазії неоінтими після пошкодження судини на фоні ГГЦ [4, с. 253-258]. За даними низки авторів ГЦ є незалежним маркером високої смертності від ССЗ разом з САТ та рівнем С-реактивного протеїну [2, с. 591-595].

Метою даного дослідження було вивчення взаємозв'язку між станом мозкової гемодинаміки та плазмовим рівнем ГЦ у пацієнтів з АГ.

Матеріал та методи дослідження.

Під нашим спостереженням знаходилося 53 пацієнта з АГ та 15 практично здорових осіб у віці 34-67 років. Хворі були розподілені на дві групи. До складу першої групи (n=26) були включені хворі на гіпертонічну хворобу (ГХ) II ст., другої (n=27) - пацієнти з АГ, асоційованою з документованим асимптоматичним стенозом (атерома) БІА.