

дом менструального циклу, безпліддям та іншими симптомами. Причини розвитку синдрому полікістозних яєчників в даний час невідомі, однак передбачається, що певну роль у розвитку хвороби грають спадкові чинники, дальні захворювання статевих органів та ін.

Ускладнення СПКЯ проявляється утворенням кіст. У випадку загрози їх розриву або розриву виникає потреба хірургічного лікування, яке здійснюється у стаціонарі та вимагає певного фармакотерапевтичного супроводу. Нами проведено дослідження призначення лікарських засобів (ЛЗ) пацієнткам із розривом кіст яєчника, ускладнених кровотечею (13), апоплексією яєчників (3) та больовими формами полікістозу яєчників (6).

Для опрацювання результатів дослідження вибрали 22 листки лікарських призначень (ЛЛП) хворих із зазначеним вище діагнозом, які оцінювали, відповідно до клінічних рекомендацій. Серед аналізованих нами призначень ЛЗ – базисні становили 72,6% (69), а допоміжні – 27,4% (26) серед загального числа (95) ЛЗ.

Встановлено, що базисними ЛЗ, поряд із знеболюючими є антибіотики, похідні імідазолу, а також протигрибкові та протимікробні ЛЗ для місцевого використання у формі супозиторіїв, які застосовувались для попередження ускладнень при хірургічному втручанні. Зазначені групи належать до життєво необхідних та необхідних (V, E) ЛЗ, без яких фармакотерапія (ФТ) не може бути ефективною.

Залежно від патогенетичного виду ендокринного порушення пацієнтки у постхірургічній фазі ФТ отримували естрогени, комбіновані з гестагенами та прогестероном. Хірургічний супровід вимагав застосування знеболювальних та не стероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), які окрім протизапальної виявляють супутню болюетамувальну дію.

Проаналізовано компоненти вагінальних супозиторій і виявлено, що більшість із них володіють однонаправленою дією, а в даному випадку є необхідність впливати відразу на кілька ланок патогенезу. Призначення у постхірургічний період великої кількості ЛЗ із різних фармакотерапевтичних груп призводить до фармако-нагрузки та збільшення частоти прояву побічних ефектів.

У зв'язку з цим перспективою є створення МЛЗ із багатонаправленою дією, вітчизняного виробництва. Нами обрані наступні діючі речовини:

Клотримазол - спектр дії включає дерматофіти, дріжджові гриби, грампозитивні (стафілококи, стрептококи) і грамнегативні бактерії (*Bacteroides spp.*, *Gardnerella vaginalis*), а також *Trichomonas vaginalis*, *Malassezia furfur*, *Corynebacterium minutissimum*.

Метронідазол - активний відносно *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Gardnerella vaginalis*, *Giardia intestinalis*, *Lambia spp.*, та деяких грампозитивних мікроорганізмів (*Eubacterium spp.*, *Clostridium spp.*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*)

Ібупрофен - нестероїдний протизапальний засіб, похідне пропіонової кислоти. Володіє вираженими анальгетичними, жарознижувальними та протизапальними властивостями.

Прогестерон - необхідний для утворення нормального секреторного ендометрію у жінок, даючи поштовх переходу слизової оболонки матки з фази проліферації у секреторну, а після запліднення сприяє її переходу у стан, потрібний для розвитку заплідненої яйцеклітини. Прогестерон знижує збудженість і скорочення мускулатури матки й маткових труб.

Таким чином, створення МЛЗ із багатонаправленою дією є своєчасним та необхідним, оскільки тенденції до зниження хірургічних втручань у гінекологічній практиці на жаль немає.

УДК 616.37-002.3-06

Должковий С.В., Шейко В.Д., Весніна Л.Е., Шликова О.А., Куценко Н.Л.

## ГЕНЕТИЧНО ОБУМОВЛЕНІ ОСОБЛИВОСТІ TLR-4 У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКОЮ ФОРМОЮ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,

Розвиток гнійно-септичних ускладнень (ГСУ) у хворих на тяжкий гострий панкреатит (ТГП) призводить до зростання показників смертності, значно збільшує тривалість знаходження хворих на стаціонарному лікуванні та його вартість.

Поглиблення уявлення про механізми вродженого імунітету та виявлення низки спеціальних білків-рецепторів широкої специфічності закономірно привернуло увагу дослідників до вивчення даного класу структур при гнійно-запальних захворюваннях. В першу чергу до таких рецепторів відносяться Toll-подібні рецептори (TLR). Великий практичний інтерес становить вивчення функціонування Toll-подібного рецептору 4 (TLR4), який є медіатором відповіді на ліпополісахарид клітинної стінки грамнегативних бактерій.

Метою даного дослідження було виявити наявність корелятивних зв'язків між генотипом і експресією TLR4 та розвитком ГСУ у хворих на ТГП.

До дослідження було включено 24 пацієнта, чоловіків було 13, жінок — 11. Середній вік пацієнтів складав  $45,2 \pm 18,24$  років. Розвиток ГСУ у хворих на ТГП зазвичай припадає на 3-4 тиждень від початку захворювання, тому забір біоматеріалу пацієнтів (венозна кров) для визначення поліморфізму та експресії TLR4 проводили на 7 добу від початку захворювання.

Першу групу пацієнтів (n=11) склали хворі з ГСУ, другу (n=13) — з асептичним перебігом захворювання. У I групі гетерозиготний генотип TLR4 AG виявлено у 23,0% випадків, у II групі — у 7,1% випадків. У I групі експресія TLR4 складала  $4,9 \pm 1,86$ ; в II групі —  $2,5 \pm 1,32$ . Отримані дані дозволяють припустити наявність більш високого вихідного рівня експресії генів TLR4 у пацієнтів з ГСУ. Можливо, виявлена особливість аносить певний внесок в

розвиток імунної відповіді за «гіперергічним» типом з подальшим розвитком ГСУ. Таким чином, вивчення особливостей функціонування системи TLR4 у пацієнтів з ТГП, є перспективним напрямом досліджень.

УДК 616-056.5-089

*Краєвіч М.І., Лігоненко О.В., Ляховський В.І., Люлька О.М., Саяді Недžad Сам*

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ БАРІАТРИЧНОЇ ХІРУРГІЇ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Згідно даних експертної оцінки ВООЗ, ожиріння виявляють майже у 400 млн. людей у світі і воно є найбільшою сучасною загрозою здоров'ю та життю людства. Ожиріння характеризується не тільки накопиченням жирової тканини, але й численними гормонально-метаболічними порушеннями, які обумовлюють розвиток метаболічного синдрому (МС). Найбільш стійкими критеріями якого є абдомінальне ожиріння, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, інсулінорезистентність та порушення вуглеводного обміну. В 90% випадків консервативні методи лікування мало ефективні та не дозволяють досягти стійкого позитивного результату. Питання про вибір методу баріатричних операцій при лікуванні морбідного ожиріння залишається актуальним. Пошук ідеальної баріатричної операції не увінчався успіхом.

Мета нашої роботи - вибір методу баріатричної операції при лікуванні хворих на морбідне ожиріння (МО) (індекс маси тіла - ІМТ понад  $40 \text{ кг/м}^2$ ), на основі аналізу наукових літературних джерел.

Матеріали та методи проведений аналіз наукових статей медичних баз даних "Medline", "Medscape", "Pub-Med", використовуючи ключові слова "obesity surgery" та "bariatric surgery".

Результати та обговорення. На сучасному етапі чітко сформовані показання до баріатричної хірургії, але залишаються дискусійними показання до виконання того чи іншого способу втручання. На жаль, в даний час вибір способу баріатричної операції залежить більшою мірою від географічного положення і традицій хірургічної школи, досвіду хірурга, технічного забезпечення та форми власності клініки, обізнаності та бажання пацієнта, а також другорядних причин, що, по суті, не повинно впливати на вибір. Серед найпоширеніших операцій, що застосовуються для лікування МО можна виділити наступні: ендоскопічний спосіб (інтрагастральний балон (ІГБ)), рестриктивні (регульоване бандажування шлунку, вертикальна інвагінаційна гастроплікація, поздовжня (рукавна) резекція шлунку), шунтуючі (єюно-ілео шунтування, гастро шунтування, біліопанкреатичне шунтування) та різноманітні комбінації цих методів. За даними H. Buchwald, баріатричні операції в 24 країнах, що входять до Міжнародної федерації хірургії ожиріння та метаболічних порушень розподілені наступним чином: шунтування шлунка - 65,5%; бандажування шлунка - 24,41%; вертикальна гастропластика - 5,43%; біліопанкреатичне шунтування - 4,85%. Можна констатувати, що найбільш популярними баріатричними втручаннями в даний час стали шунтування шлунка в Північній Америці і бандажування в Європі, Південній Америці та Австралії.

У проведенні аналізу ми спирались на наступні дані пацієнтів: ІМТ, вік, тип ожиріння, наявність супутньої патології (МС - цукровий діабет 2 типу, дисліпідемія, тощо), особливості харчового стереотипу (синдром "ласуна"), явищ дихальної недостатності, серцевої та печінково-ниркової дисфункції, необхідність виконання симультанної операції. Для оцінки результатів баріатричних операцій аналізували ефективність (% втрати надлишкової маси тіла), безпеку (летальність, ранні ускладнення, віддалені ускладнення); вплив на супутню патологію; якість життя.

У США та Австралії основними факторами, які впливають на вибір способу баріатричних операцій, були безпека та міні-інвазивність. Хоча, безсумнівно, таких чинників і їх складових значно більше. Результати порівняння найбільш поширених методів лікування ожиріння свідчать, що кожен із застосовуваних методів має різну ефективність і характеризується неоднаковим рівнем ускладнень. ІГБ у більшості випадків не є самостійним методом лікування МО, але може розглядатися як метод передопераційної підготовки. «Чисті» гастро-рестриктивні операції ефективні у більшості хворих, але у окремих категорій хворих (наприклад при суперожирінні - ІМТ понад  $50 \text{ кг/м}^2$ ) не можуть вирішити проблему МО. Найбільш ефективними залишаються комбіновані методики, але вони супроводжуються великою кількістю ускладнень, особливо в ранньому післяопераційному періоді. Беручи до уваги значні відмінності в загальному стані пацієнтів МО, важко забезпечити ефективне лікування всіх категорій хворих однією ідеальною операцією. Здійснити це можливо при комплексному використанні баріатричних операцій, шляхом максимальної індивідуалізації вибору способу втручання на підставі висновків анестезіолога і необхідних суміжних консультантів.

Висновки. На даний час не існує єдиної ідеальної операції, яка була б найбільш ефективною і безпечною для всіх категорій хворих МО. Вибір оптимального методу баріатричних втручання ґрунтується на максимальному врахуванні індивідуальних особливостей загального стану хворого (ІМТ та наявності МС), можливостях і забезпеченні хірургічної клініки. Більшість методів баріатричних втручання потребують осмислення та вдосконалення, що мотивує проведення подальших досліджень.