

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ПЕЧІНКИ ТА ІМУННА ВІДПОВІДЬ ДІТЕЙ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ МОНОНУКЛЕОЗІ. <i>Кульмінська І.Ю.</i>	287
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УСКЛАДНЕНОЇ СЕЧОСТАТЕВОЇ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК <i>Кухта О.П.</i>	289
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПМР <i>Лаврик А. А., Орешина И.А., Забиронина Н.Н., Калашник О. С.</i>	289
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОЧАГА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ <i>Мамедалиева С.А.</i>	290
ВПЛИВ НУКЛЕІНАТУ В КОМПЛЕКСІ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ У ШКОЛЯРІВ. <i>Марусик У.І.</i>	291
ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У КУРИЛЬЩИКОВ С РАЗЛИЧНЫМ СТАЖЕМ <i>Мельников С.И.</i>	292
ХАРАКТЕР АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НЕКОРОНАРОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МИОКАРДА <i>Мирмунинова З. М., Крутиков Е.С.</i>	293
СТРУКТУРА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ <i>Михайлов В. Б., Здесенко И. В.</i>	293
РОЛЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РАЗВИТИИ «НЕМЫХ» ИНФАРКТОВ <i>Мищенко Т.С., Дмитриева Е.В., Деревецкая В.Г.</i>	294
СТАН ВІТАМІННОГО СТАТУСУ ТА ОКРЕМИХ ЛАНОК ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ. <i>Москаленко С.В.</i>	295
ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ TNF-А В КУЛЬТУРАЛЬНОЙ СРЕДЕ КУЛЬТУРЫ КЛЕТОК МОНОНУКЛЕАРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ <i>Нгема Э.Н.</i>	295
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРЕПАРАТОМ „ХОФИТОЛ” МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ПОРУШЕНЬ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ НА ТЛІ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ <i>Нікульченко О.В., Гузовата О. М., Науменко О.В., Левінська Ю.В.</i>	296
ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, – СЛЕДСТВИЕ РИСКОВАННОГО ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ <i>Орешина И.А., Тодорова Т.Д., Калинычева Г.Н., Стерпул Г.И.</i>	297
АБДОМІНАЛЬНЕ ОЖИРНІННЯ – КЛЮЧОВА ЛАНКА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ <i>Петринич О.А., Казанцева Т.В.</i>	298
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. <i>Петров А.В., Алексеева А.А., Доля Е.М.</i>	298
ПОКАЗНИКИ ФАГОЦИТОЗУ, ЯК МАРКЕРИ МОНІТОРИНГУ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ОКЛЮЗІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК. <i>Пиптюк В.О.</i>	299
ОСНОВНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ ПРИ ТТ-ВІРУСНОМУ ГЕПАТИТІ <i>Пісковацька В.П.</i>	300
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНАУ. <i>Пісоцька О.В., Реміняк І.В., Харіна К.В., Джандосєва Н.Ш.</i>	301
АКТИВНОСТЬ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА <i>Пластун М.Ю., Зорин В.Н., Келеджиева Э.В., Пузако В.И., Яцкевич Т.В.</i>	301
ТИРЕОТОКСИКОЗ: ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН КИШЕЧНИКУ <i>Полянська І.І., Федів О.І.</i>	302
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ <i>Пономаренко О.М.</i>	303
УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ <i>Приходько Н.М., Пришляк О.Я., Нікіфорова Т.О., Мазурок У.Я.</i>	303
ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КАРДІОГЕННОГО ШОКУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ <i>Приходько Н.П.</i>	304
ПЕРВИЧНАЯ СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ С ПОМОЩЬЮ DRVVT-ТЕСТА <i>Прохоров Д.В.</i>	305
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЕПАРАТУ МІАСЕР <i>Пурденко Т.Й.</i>	305
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ/СНІД АСОЦІЙОВАНИХ ОСІБ <i>Рева О.А., Бойко М.Г.</i>	306
ЭКСПЕРТНАЯ СИСТЕМА ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ МОБИЛЬНОГО ДЕТЕКТОРА СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ <i>Руденко Т. А., Резниченко Е. К.</i>	306
СТАН КИСЛОТУТВОРЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКУ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ <i>Рум'янцева М.О.</i>	307
БИОЛОГИЧЕСКИЕ МОДИФИКАТОРЫ ИММУННОГО ОТВЕТА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ <i>Рыбак Т.А., Бабурина Е.А., Герасимова Н.А.</i>	307

УДК: 611.778:616.5+616-08:615

ПЕРВИЧНАЯ СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ С ПОМОЩЬЮ dRVVT-ТЕСТА

Прохоров Д.В.

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

В последнее время дерматологи интенсивно изучают проблему новообразований кожи. Особый интерес представляют меланомы, так как меланома кожи является своеобразной злокачественной опухолью, поскольку по гистогенезу, биологическим особенностям возникновения и роста, тяжелому клиническому течению, иногда непредсказуемому исходу опухолевого процесса существенно отличается от новообразований другого происхождения.

В лабораторной диагностике для определения наличия волчаночного антикоагулянта используют методику определения времени свертывания разбавленного яда гадюки Рассела (dRVVT-тест) – это первичный скрининговый тест, широко используемый при исследованиях гемостаза. Яд гадюки Рассела активизирует напрямую факторы X и V, запуская тем самым механизм свертывания, минуя активацию факторов XII, XI, IX, VIII или VII. dRVVT – это фосфолипидзависимый клоттинговый тест. В настоящее время проблеме антифосфолипидного синдрома уделяется повышенное внимание. Волчаночный антикоагулянт (ВА) – это группа сходных ингибиторов свертывающей системы крови, которые в основном принадлежат к иммуноглобулинам класса M и G. Волчаночный антикоагулянт определен как антитело, которое ингибирует фосфолипид – зависимые коагуляционные тесты в отсутствии специфических ингибиторов факторов свертывания.

Нами было проведено определение dRVVT-теста в крови 32 больных с первичной меланомой кожи, контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. При выполнении работы использовались тест системы dRVVT-тест (НПО «Ренам», г.Москва, Россия). Установлено, что в контрольной группе показатель составил в среднем 27, 31 секунды, у больных с первичной меланомой кожи показатель dRVVT-теста был выше нормы и составил 31, 87 секунды (+ 14, 31%). Это косвенно указывает на гиперактивность тромбоцитарного звена гемостаза и, соответственно, на риск тромбообразования. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего всестороннего изучения состояния системы гемостаза у больных с первичной меланомой кожи.

УДК 616.8:615

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЕПАРАТУ МІАСЕР

Пурденко Т.Й.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вегетативні порушення є однією з актуальних проблем сучасної медицини, що перш за все обумовлено їх значною розповсюдженістю. За даними епідеміологічних досліджень, 80% осіб в популяції страждають тими чи іншими порушеннями, які клінічно проявляються у вигляді вегетативної дисфункції.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу препарату Міасер на вегетативні розлади у хворих із синдромом вегетативної дистонії (СВД).

Для вирішення поставлених завдань проведено обстеження 40 пацієнтів у віці 25-39 років (середній вік 29,06±2,8 років) із СВД травматичного та інфекційного генезу, які знаходились на лікуванні в неврологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні. Всі обстежені були розподілені на 2 групи: контрольна – пацієнти з СВД (15 осіб), які поряд з традиційною терапією отримували вегетотропні препарати (α - та β -адреноблокатори – піроксан, анаприлін) в загальноприйнятних дозах; основна – пацієнти з СВД (25 осіб), які на фоні традиційного лікування отримували препарат Міасер в дозі 15 мг на ніч на протязі 1 місяця.

Хворим проводилось клініко-неврологічне обстеження з детальним дослідженням вегетативного статусу.

Синдром вегетативної дистонії діагностували з урахуванням результатів анкет двох типів: „Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін”, що заповнює хворий та „Схеми дослідження для виявлення ознак вегетативних розладів”, що заповнює лікар.

Стан вегетативної нервової системи оцінювали за основними характеристиками: вегетативний тонус, вегетативна реактивність та вегетативне забезпечення діяльності. Всі обстеження реєструвались до та після проведеної терапії (через 30 днів).

Застосування препарату Міасер у хворих із СВД сприяє вірогідному зниженню кількості балів згідно карти-опитника в основній групі на 52,8%, в контрольній – на 34,83%, артеріального систолічного тиску на 12,5% та 11,3% відповідно, артеріального діастолічного тиску на 19,11% та 16,38% відповідно. Така динаміка показників вегетативного тону вказує на зменшення активності ерготропних впливів, що підтверджується вірогідним зменшенням ВІ в обох клінічних групах: на 50,93% в основній та на 49,54%

в контрольній.

При дослідженні вегетативної реактивності у пацієнтів контрольної групи спостерігали тенденцію до підвищення приросту ЧСС при проведенні проби Дан'їні-Ашнера ($-6,5 \pm 0,37$ уд/хв до лікування, $-7,6 \pm 0,26$ уд/хв після лікування), тоді як в основній групі – достовірне підвищення приросту ЧСС з $-6,1 \pm 0,29$ уд/хв до $-8,1 \pm 0,23$ уд/хв відповідно, що говорить про нормалізацію вегетативної реактивності та вірогідне зменшення явищ симпатикотонії.

При дослідженні стану вегетативного забезпечення діяльності відмічається вірогідне зниження приросту ЧСС при проведенні ортостатичної проби в обох клінічних групах – на 42,58% в основній та на 36,96% в контрольній, що вказує на зменшення напруги адаптаційних процесів в серцево-судинній системі.

Таким чином, використання препарату Міасер за даними показників вегетативної регуляції дозволило знизити активність ерготропних вегетативних впливів, відмічена нормалізація адаптаційних можливостей серцево-судинної системи, що вказує на значні позитивні зміни функціонування вегетативної нервової системи та дає змогу забезпечити в необхідній мірі компенсаторно – пристосувальні реакції організму.

УДК 616.24 – 002.5 : [616.98 : 578.828 ВІЛ]

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ/СНІД АСОЦІЙОВАНИХ ОСІБ

Рева О.А., Бойко М.Г.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність проблеми: В останні роки проблема ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу набуває значну актуальність. Мало вивчений перебіг туберкульозу на фоні ВІЛ/СНІД, недостатній досвід застосування поєднаної протитуберкульозної та антиретровірусної терапії.

Нами обстежено 22 хворих. Обстежених поділили на 2 групи: 1 група – 12 осіб зі СНІД, де туберкульоз був як ускладненням; 2 група – 10 хворих на СНІД, у яких туберкульоз був первинним захворюванням.

Отримані результати: у 1 групі СНІД/ТБ переважали дисеміновані (70%) та інфільтративні (30%) форми туберкульозу із гострим початком швидким прогресуючим перебігом. Клінічно відмічалися значно виражені симптоми інтоксикації, неврологічні порушення, діарея, схуднення (на 20% і більше), з приєднанням кандидозу (20%), токсоплазмозу (2%), вираженою поліаденією (37%). Рівень CD4-клітин складав 200 в мм^3 і менше. Специфічна терапія в 50 % випадків була ефективною.

У хворих 2 групи також переважали дисемінований та інфільтративний туберкульоз. Клінічно були виражені легеневі симптоми (кашель, хрипи в легенях, ДН). При прогресуванні ВІЛ-інфекції підсилювалися інтоксикаційний та астеничний синдроми. Рівень CD4-клітин складав 350 в 1 мм^3 .

Висновки: У першій групі хворих характерний гострий, швидко прогресуючий початок, тяжкий перебіг захворювання з вираженим інтоксикаційним синдромом та імуносупресією. У другій групі хворих переважала легенева симптоматика та менш агресивний перебіг.

УДК 616.8

ЭКСПЕРТНАЯ СИСТЕМА ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ МОБИЛЬНОГО ДЕТЕКТОРА СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Руденко Т. А., Резниченко Е. К.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность работы. Производительность, функциональность и чувствительность современных малогабаритных устройств диагностики на основе микропроцессорных систем постоянно совершенствуются, поэтому в настоящее время все большей популярностью пользуются мобильные системы дистанционного мониторинга пациентов. Подобные системы обычно состоят из двух подсистем – малогабаритного узла регистрации и удаленной компьютеризированной системы анализа и диагностики. Узел регистрации включает в себя микропроцессорное устройство управления, датчики биосигналов и GPRS-модем, обеспечивающий передачу оцифрованных биосигналов по радиоканалу в компьютер для дальнейшей обработки и анализа.

Цель и задачи работы. Рассматривается построение экспертной системы диагностики в составе биотелеметрического комплекса, осуществляющего длительный мониторинг состояния пациента. Биосигналы считываются электрокардиографическим датчиком, шестью электроэнцефалографическими датчиками, двумя датчиками температуры и влажности, датчиком перемещения, датчиком объема и частоты дыхания.

Материалы и методы исследования. Для определения синкопальных состояний используется нейронечеткая система классификации. Построение экспертной системы, её отладка и предварительное