

Мета роботи: покращити безпосередні та віддалені результати лікування хворих з хронічними анальними тріщинами, зменшити кількість ускладнень післяопераційного лікування шляхом використання внутрішньотканинного електрофорезу.

Матеріали і методи дослідження: внутрішньотканинний електрофорез у поєднанні з Диоксизоль гелем, використовуючи апарат «Поток-1», виконували для підготовки до оперативного лікування та протягом 5 днів після реконструктивно-пластичного операційного лікування хронічної анальної тріщини (починаючи з 2 доби після операції) з силою струму 0,025 мА/см², тривалістю 60 хв.

Результати: проліковано 64 хворих з хронічними анальними тріщинами віком від 21 до 72 років. З них 6 відмовились від подальшого оперативного лікування в зв'язку з загоєнням тріщини. 58 пацієнтам після реконструктивно-пластичного хірургічного лікування хронічної тріщини прямої кишки за методикою кафедри в післяопераційному періоді проводилась гальванізація з диоксизоль гелем. Кількість післяопераційних ускладнень зменшилась на 26±0.2% в порівнянні із контрольною групою хворих, які лікувались без застосування внутрішньотканинного електрофорезу. За даними сфінктерометрії, на ряду з швидким купуванням больового синдрому, відмічали і прямопропорційну нормалізацію показників тону анального сфінктера. Застосування запропонованого методу комбінованого хірургічного лікування анальних тріщин достовірно підвищує рівень якості життя хворих після операційного лікування.

Висновки: застосування внутрішньотканинного електрофорезу з диоксизоль гелем у комплексному лікуванні ускладнених тріщин прямої кишки дозволяє покращити результати операційного лікування та зменшити кількість післяопераційних ускладнень. Аналгезія гальванічного струму призводить до зняття спазму сфінктера, покращує процеси регенерації в ділянці анальної тріщини, що сприяє швидшому загоєнню. Запропонований метод простий і доступний у використанні, немає вікових обмежень та особливих протипоказів, може застосовуватись амбулаторно та у хірургічних стаціонарах різного рівня.

УДК 616.12-005.4-008.331.1-002

Кудря І.П.

ЗВ'ЯЗОК ПРОЗАПАЛЬНОГО ІНТЕРЛЕЙКІНУ З ЦИРКАДНИМИ КОЛИВАННЯМИ ЧАСТОТИ СЕРЦЕВИХ СКОРОЧЕНЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ішемічна хвороба серця (ІХС) та гіпертонічна хвороба (ГХ) є головною медико-соціальною проблемою сьогодення [Дорогой А. П., 2010]. У хворих з ІХС в поєднанні з ГХ частота серцевих скорочень (ЧСС) є предиктором загальної та серцево-судинної смертності незалежно від кількості інших факторів ризику. Висока ЧСС - самостійний фактор ризику атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, серцево-судинної захворюваності та смертності [Fox K., 2009]. У сучасній кардіології високу ЧСС у спокої розглядають як незалежний прогностичний фактор, індукуючий розрив бляшки, ішемію міокарда та гострі коронарні події, що призводять до смерті. Особливе значення надається запальному синдрому, який лежить в основі патогенезу атеросклеротичного ураження судин [Libby P., 2011], що призводить до морфо-функціональних змін при ІХС та ГХ. Визначення зв'язку прозапального інтерлейкіну з циркадними коливаннями ЧСС у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ є актуальною проблемою кардіології.

Метою дослідження було визначення зв'язку прозапального інтерлейкіну з циркадними коливаннями частоти серцевих скорочень у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ як передумова до корекції лікування.

Об'єктом дослідження були 35 хворих на ІХС в поєднанні з ГХ. Вік досліджених - 61,63±1,26; 7,83; 59,06-64,19 (M±SEM; SD; 95% CI), максимум - 72, мінімум - 44 роки. ГХ II ст. була супутнім захворюванням у 20 (57,1%) із 35, ГХ III ст., постінфарктним кардіосклерозом у 15 (42,9%) із 35. За статтю хворі розподілилися таким чином: 27 (77,1 %) - чоловіків, 8 (22,9 %) - жінок.

Обстеження досліджених проводилось згідно стандартам України, в тому числі визначення рівня прозапального цитокіну - інтерлейкіну - 8 (ІЛ-8) людини в сироватці крові твердофазним імуноферментним методом, за допомогою набору реагентів: «ІЛ-8 - ИФА - БЕСТ» (Новосибірськ). Статистичний аналіз отриманих результатів проводився параметричними та непараметричними методами.

За результатами нашого дослідження спостерігали зв'язок між рівнем ІЛ-8 та ЧСС удень у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ. За даними непараметричного кореляційного аналізу встановлено зворотний кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-8, пг/мл (непараметричний за Psw=0,0001, де Psw - визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro-Wilk) та максимальною ЧСС удень, уд./хв. (параметричний за Psw=0,003) - R=-0,506, PR=0,007, де R - кореляція за Спірменом, PR -P-достовірність кореляції за Спірменом; зворотний кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-8, пг/мл (непараметричний за Psw=0,0001) і мінімальною ЧСС удень, уд./хв. (параметричний за Psw=0,927) - R=-0,506, PR=0,007; зворотний кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-8, пг/мл (непараметричний за Psw=0,0001) та середньою ЧСС удень, уд./хв. (параметричний за Psw=0,109) - R=-0,387, PR=0,029.

Для хворих на ІХС у поєднанні з ГХ характерна залежність між рівнем ІЛ-8 та ЧСС уночі. За даними непараметричного кореляційного аналізу встановлено зворотний кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-8 та мінімальною ЧСС уночі; зворотний кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-8 і середньою ЧСС уночі; зворотний кореляційний зв'язок (середня сила зв'язку) між рівнем ІЛ-8 та максимальною ЧСС уночі.

Таким чином, встановлено зворотний кореляційний зв'язок між рівнем інтерлейкіну-8 та циркадними коливаннями частоти серцевих скорочень у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ, що свідчить про прогресування хронічного запального процесу в судинах, поглиблює мембранодеструктивні порушення в клітинах та є передумовою до корекції лікування.

УДК: 616.24-002.5-08:615.357

Куліш М.В.

ВПЛИВ КОРТИКОСТЕРОЇДІВ НА СПІВВІДНОШЕННЯ ГОРМОНІВ КОРИ НАДНИРНИКІВ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Гормони кори наднирників – кортизол і альдостерон – мають протилежно спрямовану дію. Глюкокортикоїди (кортизол) здійснюють протизапальну дію, а мінералокортикоїди (альдостерон) потенціюють запальний процес, чим формують особливості перебігу патологічного процесу. В літературі співвідношення кортизолу і альдостерону у хворих на туберкульоз та його зміни в процесі лікування не висвітлені.

Метою роботи було визначення співвідношення кортизолу і альдостерону у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень та вивчення його змін в процесі лікування і під впливом глюкокортикостероїдних препаратів.

Під нашим спостереженням перебувало 38 хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, які були розподілені на дві групи. Група ПТП+П – 23 хворих – отримували стандартну хіміотерапію (ПТП) з додатковим призначенням в інтенсивну фазу преднізолону (П) з урахуванням добового біоритму функції наднирників (по 20 мг через день, зранку, одноразово, протягом не менше 2 місяців, з відміною препарату одноразово, без зниження фармакотерапевтичної дози). Група ПТП – 15 хворих – отримували тільки хіміотерапію. За статтю, віком, клінічними формами і тяжкістю туберкульозного процесу групи були ідентичними. Контрольну групу склали 11 здорових добровольців. Рівень гормонів у хворих визначали до початку лікування, через 2-3 місяці (після закінчення інтенсивної фази лікування) і перед випискою із стаціонару.

Результати дослідження показали, що до початку лікування співвідношення кортизол/альдостерон у хворих обох груп (ПТП+П - $2,87 \pm 0,13$ і ПТП - $3,15 \pm 0,25$, $p > 0,05$) було значно вищим, ніж в контрольній групі ($1,42 \pm 0,13$, $p < 0,05$). Через 2-3 місяці лікування співвідношення кортизол/альдостерон у хворих обох груп зменшилося (ПТП+П - $2,51 \pm 0,18$ та ПТП - $2,56 \pm 0,2$, $p > 0,05$). Наприкінці лікування у хворих групи ПТП спостерігалось різке зниження співвідношення кортизол/альдостерон ($1,77 \pm 0,07$), порівняно з даними групи ПТП+П - $2,8 \pm 0,05$, $p < 0,001$. При детальному аналізі особливостей перебігу хвороби у цих пацієнтів було з'ясовано, що у більшості хворих з найнижчим показником співвідношення кортизолу до альдостерону довше зберігалися інфільтративні зміни в легенях, що сприяло більш низькій ефективності лікування хворих, які приймали тільки протитуберкульозні препарати.

Таким чином, додаткове призначення екзогенних кортикостероїдів з урахуванням добового біоритму функції наднирників до комплексного лікування хворих з вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень не пригнічує, а здійснює помірну стимулюючу дію на функцію кори наднирників, яка проявляється більш повільною нормалізацією співвідношення кортизолу і альдостерону, чим сприяє скороченню термінів та підвищенню ефективності лікування.

УДК 616.831-005 -056.5

Литвиненко Н.В., Паленка О.Є.

ОДНОНУКЛЕОТИДНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ Q223R ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛЕПТИНА У ПАЦІЄНТІВ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ІІ СТАДІЇ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Однією з найбільш важких проблем для багатьох цивілізованих країн є висока частота ожиріння серед населення. Ожиріння – незалежний фактор ризику серцево-судинних захворювань, що приводить до виникнення артеріальної гіпертензії, дисліпидемії, цукрового діабету та інше. В теперішній час все більше уваги приділяється ви-