

при її сполученні з ХОЗЛ. Матеріал та методи дослідження. Обстежено основну групу з 31 пацієнта із ІХС та СН ІІІФК в поєднанні з ХОЗЛ ІІ-ІІІ ст. в стадії ремісії (25 чоловік та 6 жінок, середній вік $58,3 \pm 1,7$ роки). Групу порівняння склали 30 хворих із ІХС та СН ІІІФК без супутнього ХОЗЛ, які були співставлені за віком і статтю. Оцінку СН проводили за Сієтлським опитувальником. Серед ЧКВР аналізували куріння (опитувальник ВООЗ), вживання алкоголю, прихильність до фізичної роботи, індекс маси тіла. Результати обробляли методами варіаційної і непараметричної статистики. Результати дослідження. Порівняльний аналіз показав, що в загальній групі хворих більш суттєво обмежувались прояви за шкалами: PL (фізичне обмеження) до $50,5 \pm 1,7\%$, TS (задоволеність лікуванням) до $56,3 \pm 1,9\%$ та DP (ставлення до хвороби) до $44,9 \pm 1,5\%$, проти відповідних величин в групі порівняння ($57,5 \pm 2,2\%$, $62,2 \pm 2,7\%$ та $52,5 \pm 2,3\%$, $p < 0,05$). Не знайдено відмінностей за шкалами стабільності нападів АС та частоти нападів АФ. Серед ЧКВР хворі першої групи частіше були курці (22 особи проти 15 особи 2-ї групи) із більш тривалим часом куріння, спостерігалось зниження прихильності до фізичної роботи ($42,8 \pm 1,9\%$ проти $47,9 \pm 1,8\%$, відповідно). Відсутніми були в групах порівняння відмінності за індексом маси тіла. Висновки. Виявлені більш суттєві фізичні обмеження із негативними змінами в ставленні до хвороби та задоволеності до лікування при коморбідному перебігу СН та ХОЗЛ, а також більш часте куріння та знижена прихильність до фізичної роботи серед ЧКВР, потребують додаткової корекції тактики лікування та профілактики даної категорії хворих.

НЕБАЖАНІ ПОБІЧНІ ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ (НПР) ПРИ КОМПЛЕКСНІЙ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ: ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ФАРМАКОНАГЛЯДУ

Крайдашенко О.В., Бєленічев І.Ф., Стець Р.В., Косогор Ю.А., Каптур Л.М.
Запорізьке регіональне відділення ДЗ «Державний експертний центр МОЗ України»

Оцінка безпеки лікарських засобів є надзвичайно важливою проблемою для практичної медицини. Своєчасне виявлення небажаних побічних реакцій (НПР) лікарських засобів і проведення відповідних заходів, спрямованих на їх попередження, в значній мірі сприятимуть підвищенню якості проведеного лікування і дозволять уникнути розвитку важких, іноді фатальних, побічних реакцій лікарської терапії. Велика проблема полягає ще й у тому, що при спостереженні пацієнтів на етапі амбулаторно - поліклінічної служби, дільничні лікарі призначають фармакологічні препарати потенційно взаємодіючі між собою. Складність полягає не у відсутності інформації про взаємодію (вона в достатній кількості), а в механізмі пошуку взаємодій. У корекції артеріальної гіпертензії використовується позитивний вид взаємодії шляхом призначення двох потенціюють препаратів. Найчастіше комбінують два антигіпертензивних препарату з різних груп, наприклад: діуретики, β -блокатори, інгібітори АПФ, блокатори кальцієвих каналів. Було виявлено саме таке комбінування з метою посилення гіпотензивного ефекту. Однак, багаторічний аналіз призначень виявив, що серед ефектів взаємодій антигіпертензивних препаратів присутні потенційно небезпечні для пацієнтів: посилений міорелаксуючий ефект, антагонізм по гіпоглікемічного дії. З кардіотропних ефектів можна відзначити посилення брадикардії, АВ блокаду, зупинку серця і серцеву недостатність. Багато з цих ефектів обумовлені підвищенням вмісту калію в крові. Не слід забувати про підвищення ризику кровотеч внаслідок антиагрегантної дії при призначенні ацетилсаліцилової кислоти та непрямих антикоагулянтів, наприклад, варфарину. Для підвищення ефективності фармаконагляду за НПР комплексної антигіпертензивної терапії необхідно скласти базу даних найбільш часто виписуються лікарських комбінацій і їхніх взаємодій, розробити алгоритм аналізу взаємодій лікарських препаратів на предмет наявності у них очікуваних НПР, розробити комп'ютерну програму, що здійснює моніторинг клінічно значущих взаємодій для запобігання призначення несприятливо взаємодіючих препаратів при проведенні комплексної антигіпертензивної терапії.

МИНИЛАПАРОСКОПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Краюшкина К.Г.
Научный руководитель: проф. Капшитарь А. В.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с уходом за больными

Цель исследования: улучшить диагностику и лечение неотложной патологии, используя лапароскопию и инструменты диаметром 5 мм. Материал и методы исследования. Минилапароскопия (МЛС) в хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2” выполнена у 38 пациентов по однопрокольной методике Кочнева О.С. (1988). Центральной частью инструментов была оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30 градусов. Результаты и их обсуждение. По данным МЛС пациентов разделили на 3 группы. I группу составили 25 (65,8%) больных с острыми хирургическими абдоминальными заболеваниями. Во II группу включили 5 (13,2%) пациентов с закрытой травмой живота и повреждением органов. III группа была представлена 8 (21%) больными, у которых неотложная абдоминальная патология была исключена. Оптимизирована хирургическая тактика. Лапаротомия с коррекцией острой хирургической абдоминальной патологии осуществлена у 18 (47,4%) пациентов первых двух групп и исключена у 12 (31,6%) - с асептическим панкреонекрозом, которым выполнена малотравматичная лечебная МЛС. Выводы: 1. МЛС позволила у 79% больных определить неотложную хирургическую патологию, у 21% - исключить, избежав напрасную лапаротомию. 2.

Лечебная лапаротомия осуществлена у 47,4% пациентов и лечебная минилапароскопия, при наличии асептического панкреонекроза - у 31,6%. 3. Диагностическая ценность минилапароскопии 100%, уменьшена травматичность, отсутствовали осложнения, высокий косметический эффект.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ДИСТАЛЬНОГО МІЖГОМІЛКОВОГО СИНДЕСМОЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОЧОК

Криворучко Є.А., Кожем'яка М.О.

Науковий керівник: проф. Головаха М.Л.

Запорізький державний медичний університет,

Кафедра травматології та ортопедії

Мета дослідження: поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з пошкодженням дистального міжгомількового синдесмозу при переломах кісточок шляхом експериментального і клінічного обґрунтування нової методики оперативного лікування. Матеріали і методи: Нами були вивчені найближчі результати хірургічного лікування хворих з переломами кісточок типу В (за класифікацією АО) у 44 хворих, що знаходилися на лікуванні у травматологічному відділенні КУ "ЗОКЛ" ЗОР у період з 2013 по 2014. В основній групі у 20 пацієнтів проводилося хірургічне лікування переломів кісточок з пошкодженням міжгомількового синдесмозу: відкрита репозиція перелому зовнішньої кісточки з послідуною фіксацією преформованою фігурною накістковою пластиною з поліаксальною стабільністю гвинтів оригінальної конструкції і 3,5мм блокованими гвинтами. На рівні 2см над дистальною суглобовою поверхнею великогомілкової кістки, через спеціальні отвори в пластині формували кістковий канал через всі кортикальні шари малогомілкової і великогомілкової кістки в напрямку ззаду наперед під кутом 300 паралельно дистальній суглобовій поверхні великогомілкової кістки. Плетену синтетичну нитку, №5 (Fiber Wire® Arthrex) проводили двічі через отвори в овальній металевій пластинці. В контрольній групі у 24 хворих проводили операцію при аналогічному характері перелому за методикою АО. Виконували відкриту репозицію перелому зовнішньої кісточки з наступною фіксацією 1/3 трубчатою накістковою конвенційною пластиною і 3,5мм гвинтами. На рівні 2см над міжгомільковим синдесмозом через отвори в 1/3 трубчатій пластині вводили позиційний 4,5 мм гвинт через три кортикальних шари в напрямку ззаду наперед під кутом 25-300 паралельно дистальній суглобовій поверхні великогомілкової кістки. Результати: Оцінку результатів проводили через 3, 6 і 12 міс. з моменту операції за шкалою AOFAS з максимальним значенням 100 та оцінювали рейтинг задоволеності пацієнтів через 1 рік після операції. Результати виявились кращими в основній групі (фіксація гвинтом: відмінно 27,8%, добре 38,9%, задовільно 22,20%, погано 11,10%; фіксація напруженою петлею: відмінно 38,9%, добре 50%, задовільно 11,10%). Висновки: Запропонований метод застосування напруженої петлі в комбінації з оригінальною пластиною з кутовою стабільністю гвинтів для лікування даних переломів дозволяє проводити анатомічну репозицію і стабільну фіксацію пошкоджених структур, забезпечує можливість раннього відновного лікування, мінімізує можливість втрати репозиції, міграції і перелому фіксаторів, не потребує проведення додаткового етапного хірургічного лікування, являється більш економічно ефективним в зв'язку зі скороченням строків непрацездатності.

ФАКТОРЫ РИСКА ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ИНФАРКТА МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кузнецов А.А., Безуглая М.В.

Научный руководитель: проф. Козелкин А.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней

Мозговой ишемический супратенториальный инсульт (МИСИ), сопровождающийся вторичным интраишемическим кровоизлиянием, является особенно трудным для диагностики и лечения видом инсульта. Целью исследования явилась оптимизация диагностических мероприятий у больных в острейшем периоде МИСИ на основании определения факторов риска геморрагической трансформации инфаркта мозга. Материал и методы исследования. В клинике нервных болезней ЗГМУ проведено комплексное клинично-инструментальное исследование 116 пациентов (50 мужчин и 66 женщин, средний возраст лет) в остром периоде МИСИ. Диагноз МИСИ устанавливался на основании клинично-компьютерно-томографических критериев. Первую группу составили 46 больных, у которых течение острого периода МИСИ сопровождалось развитием геморрагической трансформации инфаркта мозга (ГТИМ), вторую группу – 70 пациентов с МИСИ без ГТИМ. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и латерализации очага поражения. Результаты и их обсуждение. Структура коморбидных заболеваний в исследуемых группах была представлена следующим образом (1-я группа/2-я группа): постоянная форма фибрилляции предсердий (ПФФП) – 34,8%/44,2%, сахарный диабет (СД) 2 типа – 17,4%/25,7%, сочетание ПФФП и СД 2 типа – 21,7%/2,85%. Установлено, что сочетание ПФФП и СД 2 типа выступает комбинированным фактором риска ГТИМ супратенториальной локализации (RR=2,41, 95% CI 1,67-3,47, p<0,001; OR=9,44, 95% CI 1,96-45,44, p<0,01). Выводы. Сочетание ПФФП и СД 2 типа ассоциировано с повышенным риском ГТИМ в остром периоде заболевания, что необходимо учитывать при