

желчного пузиря. Результати. У всіх больних производилася вертикальний разрез через пупок довжиною 2,0-2,5 см через пупок. В брюшну порожнину встановлювався порт EndoCone Carl Storz з інструментами S-portal по Dargi, виконувалася типична ХЕ. Середня тривалість операції складала 44 мин. В 18 випадках потребувався перехід (конверсія) к стандартній ЛХЕ (чотирьохпортової), из-за виражених сращених в області шийки пузиря (n=9), анатомічних особливостей гепато-дуоденальної зони (5), а також у пацієнтів (4) с індексом маси тіла, перевищавшим 30%. Осложнених во время операції не було. Тільки у 18 (17,3%) пацієнтів произведено дренирование брюшної порожнини. Активизация пацієнтів проводилася на наступні сутки после операції. Через 2 дні виконувалось УЗІ послеоперационної зони, отмечено у 11 (10,6%) незначительное скоплення рідини в підпеченочному просторі не требующее пункції. Выводи Конверсія при однопортової ХЕ с использованием стандартного лапароскопического доступа является необхідною мірою і повинна виконуватися в ситуаціях, затрудняющих верифікацію анатомо-топографических ориентиров.

ХРОНІЧНИЙ ЕНДОМЕТРИТ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК

Кравчук А.І.

Наукові керівники: проф. Авраменко Н. В., к.мед.н. Кабаченко О.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО

Актуальність: В останні роки спостерігається тенденція до збільшення частоти ХЕ, що пов'язано з широким використанням ВМК, зростанням числа різноманітних внутрішньоматкових маніпуляцій, зокрема ендоскопічних методів обстеження. Хронічний ендометрит займає перше місце в структурі патологічних змін ендометрія, його розповсюдженість у жінок з безпліддям варіює від 2,8 до 68%, досягаючи максимуму при трубно-перитонеальному факторі безпліддя. Доля жінок з внутрішньоматковими синехіями на фоні хронічного ендометриту складає від 2 до 13%. У пацієнок з невдалими спробами екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) в анамнезі частота хронічного ендометриту – 30 – 60%, поліпів ендометрія – 13%, гіперплазії ендометрія – 10%. Серед пацієнок з ХЕ 97,6% складають жінки репродуктивного періоду, що підкреслює особливе значення даної патології з точки зору впливу на репродуктивну функцію. Мета роботи: проаналізувати роль хронічного ендометриту як фактору ризику мимовільного переривання вагітності, розвитку безпліддя для можливості профілактики репродуктивних втрат. Матеріали та методи дослідження: досліджені були 155 історій вагітних жінок, поділених на дві рандомізовані групи. Першу склали 135 жінок із мимовільним перериванням вагітності і 20 випадків вагітностей, що закінчилися пологами. Крім того було обстежено 33 жінки з гіперплазією ендометрія в віці від 23 до 38 років, які були розподілені на 2 рандомізовані групи: I гр. – 20 жінок з первинним безпліддям, II гр. – 13 жінок з вторинним безпліддям. В обох групах проводилось клінічне обстеження, УЗД органів малого таза, а також проводились гістероскопія, гістологічне дослідження і визначення експресії рецепторів естрогенів і прогестерона імуногістохімічним методом. Результати: Звичне невиношування склало всього лише 7,41% (10 жінок). В контрольній групі перша вагітність закінчилась пологами в 74,66% (52). Жінок, які мали в анамнезі декілька вагітностей (пологи і аборти), було майже однаково в обох групах, трохи менше половини: в основній групі – 40,74% (55), в контрольній – 35%; мали тільки пологи – 15,56%, (21), в контрольній – в 2 р більше – 30%. Жінки, які мали тільки аборти, вагітність частіше ніж в 5 разів закінчилась пологами – в 35%, проти 6,67% (9) в основній групі. Гінекологічний анамнез обтяжений в I групі у 129 (96%) жінок, в контрольній – достовірно менше – у 15 (75%). При цьому ранній початок статевого життя, що є фактором ризику запальних захворювань статевої сфери, відмічено більше ніж у половини жінок обох груп (відповідно 61,54%, 60,00%). Гінекологічний анамнез був обтяжений майже у всіх жінок із безпліддям хронічним двостороннім сальпінгофоритом, кольпітом (I гр. – 85%, II гр. – 76,92%). Лейоміома матки виявлена у 3 жінок (15%) із первинним безпліддям, 4 (30,77%) – із вторинним. Висновки: 1. Згідно наших досліджень відмічається тенденція зростання мимовільного переривання вагітності, що визначає актуальність цієї проблеми і потребує більш глибокого вивчення. 2. В 97% випадків вагітність переривається до 12 тижнів, питома вага завмерлих вагітностей складає 43,7%. 3. Провідним фактором репродуктивних втрат в 1 триместрі вагітності є хронічний ендометрит, який підтверджується гістологічно у 84 44% випадків. 4. Хронічний ендометрит є фактором ризику розвитку первинного і вторинного безпліддя, клінічними проявами якого є порушення менструальної функції, відповідними ехографічними і гістероскопічними змінами. 5. При хронічному ендометриті спостерігається пригнічення рецепторів естрогенів і в меншому ступені рецепторів прогестерона.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ЧИННИКИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ПЕРЕБІГУ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ І ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Крайдашенко О.О.

Науковий керівник : проф. Доценко С.Я.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра внутрішніх хвороб 3

Приєднання до стенокардії напруги (СН) на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС) хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) може змінювати клінічну картину та наявність чинників кардіоваскулярного ризику (ЧКВР). Мета дослідження - вивчити особливості стенокардії напруги та ЧКВР

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 Сіетльським 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 AS та частоти нападів AF. 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., Беленічев 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.