

спірографії після пульмонектомії був достатньо високим і дорівнював 0,86, що підтверджує перспективність використання методу реографії для прогнозування функціональних втрат після пульмонектомії за допомогою реопневмографії. Висновки: 1. Показано, що для діагностики прихованих порушень легенів необхідно одночасне діагностування функції дихання і легеневого кровообігу. 2. Реопневмографія менш інформативна при вивченні функції окремих зон (часток) легень. Це можна пояснити особливостями взаємного розташування часток легені по відношенню одна до одної.

### **КОМПЛЕКСНАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТГОНОРЕЙНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА И ДРУГИМИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ**

Милус М.В.

Научный руководитель: проф. Федотов В.П.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии и эстетической медицины ФПО

Целью исследования было повышение эффективности лечения больных с постгонорейными поражениями мочевого тракта и другими урогенитальными инфекциями (УГИ), осложненными вторичным бесплодием, путем разработки дифференцированных показаний и методов комплексной терапии. Клиническими группами были мужчины репродуктивного возраста (21-47 лет): контрольная группа, три основные группы и группа сравнения. Основные группы включали в себя 88 мужчин, которые переболели гонореей и страдают экскреторно-токсическим бесплодием. Первая основная группа – УГИ нижних отделов мочевого тракта (25 мужчин), вторая основная – с осложнениями (42 мужчины), третья основная – с воспалительными заболеваниями верхних отделов мочевого тракта без ИППП (21 мужчина.) В наших наблюдениях учитывалась структура УГИ, показатели спермограммы, соотношения содержания гормонов в сыворотке крови и их взаимосвязь с показателями спермограммы, основные показатели иммунограммы, степень выраженности вегетативных нарушений. Терапию назначали дифференцировано в зависимости от принадлежности к той или иной группе, т.е. от характера и уровня патологических сдвигов. Комплексная дифференцированная, этиологическая, патогенетическая и реабилитационная терапия с использованием этиотропных препаратов (Метранидазол, Орнидазол, Фазижин, Азитромицин, Доксидиклин, Спирамицин, Вильпрафен); антигомтоксических препаратов на аутокрови (Траумель-С, Эхинацея-композитум, Мукоза-композитум); иммуномодуляторов (Циклоферон, Тиотриазолин, Амиксин, Протефлазид) способствовали сокращению продолжительности лечения, нормализации лабораторных показателей, «обратимости» приобретенного (вторичного) бесплодия у мужчин за счет восстановления фертильности эякулята, что благоприятствовало наступлению беременности и рождению здоровых детей у 20 из 88 семейных пар.

### **ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У СТАЦІОНАРНИХ ПАЦІЄНТІВ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Миронова О.І., Гріненко Т.Ю.

Науковий керівник: проф. Кривенко В.І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології факультету післядипломної освіти

Метою дослідження став аналіз коморбідної патології внутрішніх органів у стаціонарних хворих кардіологічного профілю. Було опрацьовано 586 історій хвороб пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні ННМЦ «Університетська клініка» протягом 2014 року. З них коморбідну патологію внутрішніх органів мало 69% хворих, у яких в подальшому проаналізовано віковий та гендерний склад, обчислено індекси коморбідності Kaplan–Feinstein та Charlson в балах. Статистична обробка проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (Stat Soft Inc, США). В результаті дослідження виявлено, що жінок та чоловіків з коморбідною патологією було порівну (по 50%). Згідно класифікації ВООЗ, віковий розподіл був наступним: молоді (25-44 роки) – 8,5%, середнього віку (45-60 років) – 41,5%, похилого віку (61-75 років) – 36%, старечого віку (76-90 років) – 13%, довгожителі (старше 90 років) – 1%. Згідно індексу Kaplan-Feinstein коморбідність легкого ступеню (0-14 балів) мала місце у 99% пацієнтів, середнього ступеню (15-24 бали) – у 1%, а важкого ступеня (25-36 балів) не спостерігалася. За індексом Charlson коморбідність легкого ступеню (0-14 балів) відзначалася у 100% пацієнтів, середнього (15-29 бали) та важкого ступеня (30-40 балів) не було зареєстровано. Необхідно зазначити, що індекс коморбідності важкого ступеню не сумісний з життям. Таким чином, 69% стаціонарних пацієнтів кардіологічного профілю мали коморбідну патологію внутрішніх органів переважно з індексом коморбідності легкого ступеню, що необхідно враховувати при визначенні тактики ведення і лікування таких хворих.