

Реферат

ЗНАЧЕНИЕ РЕМОДЕЛЯЦИОННЫХ, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ОСЛОЖНЁННОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Черевко О.А.

Ключевые слова: ремоделирование сердца, острый инфаркт миокарда, атеросклероз.

С целью определения ремоделяционных, воспалительных факторов в осложненном течении острого инфаркта миокарда исследовали 121 больных ОИМ в сочетании с ГХ III стадии, 15 больных прогрессирующей стенокардией напряжения в сочетании с ГБ II-III стадии, 33 здоровых лиц контрольной группы. По результатам клинического, инструментально-лабораторного анализа выяснено значение ремоделяционных, воспалительных факторов в осложненном течении острого инфаркта миокарда. Бивентрикулярный тип ремоделирования чаще наблюдали у больных с осложненным течением ОИМ - в 96,8% в отличие от неосложненного течения  $P = 0,0493$  за ТМФ. Изменения уровня лейкоцитов, эозинофилов, СОЭ отражают роль воспаления у больных ИБС с сопутствующим псориазом, и при наличии осложнения - синдрома Дресслера. Определено, что процессы асептического, аутоиммунного воспаления и активность коагулянтно-антикоагулянтной системы взаимосвязаны, что нашло отражение в изменениях АЧТВ и времени рекальцификации крови.

Summary

THE SIGNIFICANCE OF REMODELING AND INFLAMMATORY FACTORS IN COMPLICATED COURSE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Cherevko O. A

Key words: remodeling of the heart, acute myocardial infarction, atherosclerosis.

In order to determine remodeling and inflammatory factors in the complicated course of acute myocardial infarction (AMI) there have been studied 121 patients with AMI in combination with GC III stage, 15 patients with progressive exertional angina in combination with GB II-III phase, and 33 healthy individuals of the control group. According to the results of clinical, instrumental and laboratory inspections it has been found out the significance of remodeling and inflammatory factors in the complicated course of acute myocardial infarction. Biventricular type of the heart remodeling was more frequently observed in patients with complicated AMI (96,8%) in contrast to the uncomplicated course  $P = 0.0493$  for TMF. It has been determined that the aseptic processes, inflammatory processes and autoimmune activity of the coagulation-anticoagulant system are interrelated, as reflected by the changes in APTT and recalcification time of blood.

УДК : 152.3 : 615.225.2 : 617.7 – 007.681 – 08.

**Шепелюк Г. Г., Шепелюк Г. С.**

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД У ПІДБОРІ МІСЦЕВИХ ГІПОТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

*Топічні гіпотензивні препарати для лікування пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомою слід підбирати індивідуально, контролюючи динаміку внутрішньоочного тиску за допомогою безконтактної гонометрії вже після їх першої інстиляції.*

Ключові слова: відкритокутова глаукома, місцева гіпотензивна терапія

Глаукома в сучасному розумінні – мультифакторіальна хронічна нейропатія зорового нерва, яка асоціюється з підвищенням внутрішньоочного тиску (ВОТ) вище толерантного і проявляється структурними змінами зорового нерву, які призводять до апоптозу його клітин, витончення шару нервових волокон сітківки, глаукоматозної атрофії і незворотної втрати зорових функцій.

Імовірність захворювання на глаукому прогресивно зростає з віком, і у зв'язку із демографічними процесами постаріння населення значення глаукоми невпинно зростає. За даними Вінницького обласного медико-статистичного інформаційно-аналітичного центру, поширеність захворюваності населення Вінницької області на глаукому зростає з 35,18 на 10 тис. населення у 2000 році до 58,62 на 10 тис. населення у 2007 році. В Україні за три останні роки в структурі первинної інвалідності по зору глаукома переми-

стилась з 4-го на 2-е місце і склала 17,2%.

Один з небагатьох факторів ризику як виникнення, так і прогресування глаукоми, на який ми можемо вплинути, є внутрішньоочний тиск. Останні рандомізовані клінічні дослідження довели, що зниження ВОТ достовірно попереджує або щонайменше уповільнює розвиток глаукоми у пацієнтів з офтальмогіпертензією, а у хворих на первинну відкритокутову глаукому дозволяє призупинити прогресування захворювання. Доступне на сьогодні лікування спрямоване на зниження ВОТ спершу за допомогою місцевих гіпотензивних засобів у якості монотерапії або у комбінації препаратів. Препаратами першої лінії є  $\beta$ -адреноблокатори і аналоги простагландинів F 2 $\alpha$ , другої – топічні інгібітори карбоангідрази і симпатоміметики, третьої – міотики антихолінергічної і холіноміметичної дії. У разі неефектив-

вності консервативного лікування показано лазерне і хірургічне втручання.

Сьогодні не існує чітко окресленої методики індивідуального підбору місцевої гіпотензивної терапії для пацієнтів з відкритокутовою глаукомою. У багатьох випадках підібрані місцеві гіпотензивні засоби (високовартісні) не компенсують підвищення ВОТ, про що свідчить прогресування глаукомного процесу. Тому вкрай необхідним є адекватний підбір терапії під час виявлення захворювання.

Метою нашої роботи є підвищення ефективності лікування відкритокутової глаукоми шляхом індивідуального підбору місцевих гіпотензивних препаратів.

#### **Матеріали і методи**

Було обстежено 20 чоловік (36 очей) віком від 47 до 77 років, 6 чоловіків і 14 жінок. Діагноз відкритокутової глаукоми встановлений на основі стандартних методів офтальмологічного обстеження (візометрія, офтальмоскопія, біомікроскопія, статична комп'ютерна периметрія, проекційна периметрія, безконтактна тонометрія, оптична когерентна томографія). Критеріями діагнозу були: зміни поля зору (за даними комп'ютерної периметрії), асиметрія внутрішньочного тиску (ВОТ) (за даними тонометрії на тонометрі Торсоп СТ-80), асиметрія екскавації диску зорового нерву (за даними прямої і непрямої офтальмоскопії та оптичної когерентної томографії).

На безконтактному тонометрі Торсоп СТ-80 виконували три послідовних вимірювання ВОТ до початку лікування. Призначались місцеві гіпотензивні засоби першої лінії (β-адреноблокатор 0,5% тімолол, або аналог простагландину F2α траватан, або їх комбінації). Після інстиляції гіпотензивних крапель через одну і дві години, а також через добу тричі вимірювали ВОТ. Всі вимірювання виконував один дослідник. Проводили біомікроскопію і опитування хворих на предмет виявлення побічних реакцій.

#### **Результати та їх обговорення**

У 9 випадках була субкомпенсована початкова ПВКГ, у 8 - субкомпенсована ПВКГ II стадії. Меншу частку (всього 20 випадків) склали інші стадії ПВКГ з різним ступенем компенсації.

У 12 випадках (20 очей) призначали 0,5% тімолол, траватан – у 5 (10 очей), комбінацію препаратів – у 3 (6 очей).

Вихідний рівень ВОТ становив 23,45 мм.рт.ст. і 23,6 мм.рт.ст. перед пробою з 0,5% тімололом і траватаном відповідно. Після застосування 0,5% тімололу через годину ВОТ знизився в середньому на 3,75 мм.рт.ст., через дві години – на 6, через добу – на 0,7 від вихідного рівня. Після інстиляції траватану через годину ВОТ зріс в середньому на 3,4 мм.рт.ст., через дві години – на 5,5, а через добу знизився на 11,1 від вихідного рівня. У двох хворих не було досягнуто цільового ВОТ на максимально напруженому режимі місцевої гіпотензивної терапії, тому їм було реко-

мендовано хірургічне лікування.

У 3 пацієнтів (6 очей) не вдалося досягти цільового тиску за допомогою 0,5% тімололу, тому їм призначили комбінацію тімололу і траватану. На режимі закапування 0,5% тімололу двічі на добу середній ВОТ був 25,6 мм.рт.ст. Через годину після інстиляції траватану цей показник виріс на 2,4, через дві години – на 1,0, а через добу – знизився на 13,8 мм.рт.ст. від вихідного рівня.

#### **Висновки**

Підбір місцевих гіпотензивних препаратів при лікуванні відкритокутової глаукоми варто проводити індивідуально. Контроль досягнення толерантного ВОТ слід здійснювати за допомогою безконтактної тонометрії. А динаміку зорових функцій відслідковувати максимально об'єктивними методами, такими як комп'ютерна периметрія і спектральна оптична когерентна томографія, за однакових параметрів.

#### **Література**

1. Вэинреб И.И. Раннее выявление, диагностика и лечение глаукомы / И.И. Вэинреб, Д. С. Фридман, К. Л. Гирцин // Повое в офтальмологии. - 2006. - №1. - С. 50-53.
2. Жабоедов Г. Д. Современный алгоритм лечения глаукомы и место в нем комбинированных препаратов / Г. Д. Жабоедов, О. П. Витовская, И. В. Деряпа // Научный вестник Национального медицинского университета им. О.О.Богомольца. - 2008. - № 20. - С.63-67.
3. Копах В. Ретроспективный анализ местной гипотензивной терапии первичной открытоугольной глаукомы / В. И. Копах, В. И. Курилина, Г. Пархоменко // Офтальмологический журнал. - 2006. - № 3 (1). - С.216-217.
4. Нестеров Л. П. Глаукома / Л. П. Нестеров. - М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 360 с.
5. Фламмер И. Глаукома / Фламмер И.; [пер. з 3-го англومовного видання М. Ковальська]. - Львів : Медицина світу, 2008. - 464 с.
6. Cantor I. B. Brimonidine in the treatment of glaucoma and ocular hypertension / L. B. Cantor // Therapeutics and Clinical Risk Management 2006. № 2 (4). P. 337-346.
7. Freeman M. Refining glaucoma referrals in secondary care / M. Freeman // Rye News. - 2008. - V.15, №3. - P. 51-52, 54-55.
8. Harasymowycz P. Latanoprost versus timolol gel-forming solution once daily in primary open-angle glaucoma or ocular hypertension / P. Harasymowycz, C. M. I. 1 Iutnick, M. Nicoletta [et al.] // Can. J. Ophthalmol. 2007. V.42. - P. 75-81.
9. Iigginbotham R. J. Latanoprost and timolol combination therapy vs monotherapy / B. J. Iigginbotham, R. Feldman, M. Sticks, [et al.]. // Arch. Ophthalmol. 2002. V. 20. - P. 915-922.
10. O.Kass M. Л. Л randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary open-angle glaucoma / M. Л. Kass, D. K. Fleuer, E. J. Iigginbotham [et al.] // Arch. Ophthalmol. - 2002. - V. 120. P. 701-713.
11. Lachaine. J. Prostaglandin analogues for ophthalmic use: a cost-effectiveness analysis / J. Lachaine, W. G. 1 lodge, I. Steffensen [et al.] // Can. J. Ophthalmol. -2008. V.43.-№1. P. 33-41.
12. Marchetti L. Clinical and economic impact of new trends in glaucoma treatment / L. Marchetti, R. Magar, P. A. Nichol // Medscape General Medicine. 2001. №3.
13. Mechanisms of the glaucomas / [J. Tombran-link, C. J. Barnstable, M. B. Shields et al. ]. -1 lumana Press, 2008. - 747 p.
14. Quaranta L. effects of topical hypotensive drugs on eircadian IOP, blood pressure and calculated diastolic ocular perfusion pressure in patients with glaucoma / L. Quaranta, V. Gandolfo, R. Turano [et al.] // IOVS. - 2006. - V.47, №7 - P. 2971-2923.
15. Stewart W. C. β-blocker-induced complications and the patient with glaucoma / W. C. Stewart, P. M. Garrison // Arch. Ophthalmol. 1998. V. 158, № 10. - P. 221-226.
16. Stoutenbeek R. Glaucoma screening during regular optician visits: can the population at risk of developing glaucoma be reached? / R. Stoutenbeek, N. M. Jansonius // Br. J. Ophthalmol. - 2006. - V. 90. - P. 1242-1244.
17. Tingcy D. Intraocular pressure control and persistence on treatment in glaucoma and ocular hypertension / D. Tingcy, L. M. Bernard, I). T. Grima [et al.] // Can. J. Ophthalmol. - 2005. - V.40. - №2. - P. 161-169.

Реферат

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПОДБОРЕ МЕСТНЫХ ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Шепелюк Г.Г., Шепелюк Г. С.

Ключевые слова: открытоугольная глаукома, местная гипотензивная терапия

Местные гипотензивные препараты для лечения пациентов с первичной открытоугольной глаукомой следует подбирать индивидуально, контролируя динамику внутриглазного давления с помощью бесконтактной тонометрии уже после их первой установки.

Summary

INDIVIDUAL APPROACH IN SELECTING LOCAL HYPOTENSIVE DRUGS IN THERAPY OF PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Shepeluk H.H.

Key words: open-angle glaucoma, local hypotensive therapy.

Local hypotensive drugs for the therapy of primary open-angle glaucoma should be selected taking into account individual characteristics, and by controlling the dynamics of intraocular pressure by contactless tonometry even just their first installation.

УДК 616.381 – 002 – 089.168 – 08

**Шейко В.Д., Ситнік Д.А., Крижановський О.А. Белінський І.В.**

**ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ ТА ПОКАЗНИКИ ТЯЖКОСТІ ЇХ СТАНУ**

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

*Мета роботи – вивчення тяжкості стану хворих з післяопераційним перитонітом, розробка комплексного підходу до їх лікування. Проаналізовано результати лікування 143 хворих з післяопераційним перитонітом, які лікувалися в хірургічних стаціонарах лікарень м. Полтава з 1995 по 2008 рр. Вік хворих від 19 до 88 років. Проаналізовані основні причини виникнення післяопераційного перитоніту. Досліджена тактика лікування даної категорії хворих. Тяжкість стану хворих визначалася за шкалою АРАСНЕ II та Мангеймським індексом перитоніту. Проведений порівняльний аналіз ефективності різних способів санації черевної порожнини при програмованих втручаннях. Відеолапароскопічні санації при чітких показаннях можуть бути ефективною альтернативою релапаротомії.*

Ключові слова: післяопераційний перитоніт, лапаротомія, черевна порожнина.

**Вступ**

Однією з найбільш важливих проблем ургентної хірургії та інтенсивної терапії до теперішнього часу залишається лікування післяопераційного перитоніту (ПП). Летальність при цьому захворюванні не має тенденції до зниження та коливається, за даними останніх років, від 19 до 70% [1, 2, 3]. У зв'язку з цим важливою проблемою підвищення ефективності лікування ПП являється об'єктивізація та уніфікація лікувальної тактики у післяопераційному періоді [3, 7, 8]. Необхідною умовою для цього є можливість прогнозування та раннього виявлення основних процесів, які визначають тяжкість перебігу захворювання та безпосередньо впливають на його результат, що дозволить обґрунтовано виділяти групи ризику ускладненого перебігу захворювання та індивідуалізувати лікувально-діагностичну тактику [4, 6]. Розробка та впровадження цілеспрямованого клініко-лабораторного моніторингу в групах ризику, який забезпечує своєчасне виявлення виникаючих ускладнень, дозволить, в свою чергу, забезпечити проведення в післяопераційному періоді етіологічно направленого та патофізіологічно обумовленого

лікування ПП, спрямованого з позицій доказової медицини.

Мета дослідження – вивчення тяжкості стану хворих з ПП, розробка комплексного підходу до їх лікування.

**Матеріали та методи дослідження**

Проаналізовано результати лікування 143 хворих з ПП, які лікувалися в хірургічних стаціонарах 1-ої МКЛ, 2-ої МКЛ м. Полтава та ПОКЛ ім. М.В.Склясовського з 1995 по 2008 рр., у віці від 19 до 88 років. Чоловіків було 66 (46,2%), жінок 77 (53,8%). У строки до 12 годин з моменту захворювання госпіталізовано 34 хворих, до 24 годин - 81, пізніше ніж через 24 годин – 28. ПП виник після операцій з приводу гострої кишкової непрохідності у 34 (23,8%) хворих, на печінці та жовчних шляхах 34 (23,8%), з приводу операцій на шлунку та дванадцятипалій кишці 27 (19,1%), на товстій та прямій кишках 20 (14,3%), з приводу гострої гінекологічної патології 10 (7,1%), рецидивуючих перфорацій тонкої кишки 8 (5,6%), інші 10 (7,1%). Причиною ПП були: неспроможність швів кукси дванадцятипалої кишки – 5 (3,5%) хворих, підтікання жовчі в черевну порожнину

\* Дана робота є фрагментом науково-дослідної роботи "Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностики і лікувальної тактики" № 105V007095.