

ному етапі з тематики "закреп" та оптимізації формулювання запитань комп'ютеризованого тест-контролю з актуальних питань фармакотерапії у загальній практиці-сімейній медицині проведений аналіз літературних джерел за останні 3-5 років. В результаті виявлено, що закреп може бути побічним ефектом фармакотерапії великої групи препаратів. За даними літератури найбільш важливими є опіоїди (довготривале опіоїдне лікування практично завжди буде маніфестувати закрепом), антидепресанти, блокатори кальцієвих каналів, діуретики, антипсихотичні та антихолінергічні засоби, нестероїдні протизапальні препарати, залізовмісні ліки та антацидні медикаменти. Про можливу побічну дію фармакотерапії, що може бути довготривалою, лікарі первинної ланки повинні пам'ятати, контролюючи прийом пацієнтами протиепілептичних та протипаркінсонічних препаратів, а також антидепресантів та нейролептиків. Фармакотерапія у вигляді полімедикації є однією з головних причин закрепу особливо у осіб похилого віку наряду зі зниженою гастро-інтестинальною рухливістю, зниженою фізичною активністю, змінами харчового режиму, недостатнім споживанням рідини.

Зроблені висновки, що для оптимального засвоєння матеріалу розгляд названих питань семінарського заняття доречно проводити після деталізованого опрацювання двох основних патофізіологічних механізмів стану: повільно-транзитний закреп та дисфункція тазового дна.

---

**УДК:** 616.24-002.2-085

## **ФАРМАКОТЕРАПІЯ ХОЗЛ І СТАДІЇ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Христин Т.М., Телекі Я.М.*

Кафедра сімейної медицини, Буковинський державний медичний університет (Театральна площа, 2 м. Чернівці, Україна, 58000)

---

Захворюваність на хронічні обструктивні захворювання легень продовжує невпинно зростати та призводити до збільшення числа інвалідності й смертності. Тому, важливо діагностувати та купірувати загострення даної патології на ранній стадії, тобто, якнайдалі віддалити прогресування і розвиток ускладнень. Метою дослідження стало вивчення впливу препаратів "Грамокс А" та "Тос-Май" на клінічний перебіг ХОЗЛ І стадії в загостренні. Обстежено 25 хворих на ХОЗЛ І стадії в загостренні. Діагноз встановлювали на підставі загальноприйнятих клініко-інструментальних методів. Хворі приймали "Грамокс А" (500 мг) по 2 капсули двічі на добу 7-10 днів та "Тос-Май" по 1 табл. 4 рази - 5-7 днів ("Сперко Україна"). Середні терміни лікування при застосуванні даної комбінації становили 7-10 днів. Препарат скасовувався через 2-3 дні після нормалізації температури тіла чи виникнення побічних явищ у вигляді короткотривалої нудоти, неприємних відчуттів в епігастральній ділянці (у 1 пацієнта). Позитивна динаміка (поліпшення загального стану, нормалізація температури тіла, зменшення кашлю, задишки, покращення відходження харкотиння) на фоні прийому препарату спостерігалася на 3-4 добу в 68,8% пацієнтів, у решти - на 4-5 добу.

Таким чином, застосування амоксициліну у формі препарату "ГрамоксА" та засобу "Тос-Май" у лікуванні хворих на ХОЗЛ І стадії є ефективним, зручним, потребує невеликих матеріальних затрат. І, що важливо, узгоджується з наказом МОЗ України від 03.07.2006 № 433.

---

**УДК:** 615-058:616.12-008.331.1:616-055.2:618.173:616-009.16

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ЖІНОК В ПОСТКЛІМАКТЕРИЧНОМУ ПЕРІОДІ, В ЯКИХ РАНІШЕ МАЛА МІСЦЕ АРТЕРІАЛЬНА ГІПОТЕНЗІЯ**

*Черешнюк Л.В., Черешнюк І.Л.*

Кафедра поліклінічної терапії та сімейної медицини ВНМУ ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

В останні роки досягнуті значні успіхи у боротьбі з артеріальною гіпертензією (АГ). Це обумовлено використанням нових методів діагностики різних форм АГ, поглибленим вивченням їх патогенезу, перебігу та клініки. Однак, на сьогодні багато питань залишаються ще не з'ясованими. Одним із них є інволюційно-гормональні зміни та їх вплив на розвиток гіпертонічної хвороби (ГХ).

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності комбінованої терапії ГХ у жінок в постклімактеричному періоді в анамнезі яких мала місце артеріальна гіпотензія.

Нами проведено детальне обстеження 22 жінок 50-60 років, хворих на ГХ другої стадії. У них до клімактеричної перебудови спостерігалась артеріальна гіпотензія. В анамнезі зазначено, що подібна патологія виявлялась і у близьких родичів. У всіх хворих переважав тонус симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Більшість з них вказували на порушення сну. Хворі використовували гіпотензивні препарати різних груп, ефективність яких

виявлялася недостатньою. У зв'язку з цим нами було призначено комбіновану терапію: адаптол (мебікар) 300 мг 1 раз на ніч, який має помірну транквілізуючу активність, сприяє покращенню сну та зниженню артеріального тиску; егілок ретард (селективний бета-адреноблокатор) 25 мг 1 раз на добу; лосакар (антогоніст рецепторів до ангіотензину II) по 25-50 мг на добу.

Дозу препаратів поступово зменшували, залежно від АТ. Усі хворі відмічали покращення самопочуття та зниження АТ через 3-4 дні від початку лікування, у них зникли кризові стани та нормалізувався сон. При офтальмологічному обстеженні не спостерігалось негативної динаміки змін очного дна.

Отже, комбінована медикаментозна терапія вказаними препаратами які впливають на різні ланки патогенезу ГХ, забезпечила ефективний результат у вказаній категорії хворих.

---

**УДК:** 616.336-002

## **ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ХОЛЕСТЕРОЗЕ**

**Щербинина М.Б.\* , Бабец М.И.\* , Гайдар Ю.А.\*\***

Кафедра гастроэнтерологии и терапии ФПО, Днепропетровской государственной медицинской академии\* (ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49044); ГУ "Институт гастроэнтерологии АМН Украины"\*\*\* (пр. Правды, 96, г. Днепропетровск, Украина, 49074)

---

*Целью* настоящей работы явилось изучение гистологических изменений слизистой оболочки желчного пузыря (ЖП) при холестерозе, сопровождающем желчнокаменную болезнь (ЖКБ). Исследовали 24 ЖП, удаленных при плановой лапароскопической холецистэктомии по поводу ЖКБ. Образцы ткани фиксировали в 10% нейтральном формалине, заливали в парафин по общепринятой методике. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по методике Маллори-Сличенко, толуидиновым синим с последующей оценкой на светооптическом уровне.

При холестерозе ЖП выявлялись скопления ксантомных клеток в подавляющем большинстве (21 случай, 88%) в пределах слизистой оболочки. Ксантомные клетки тесно прилегали друг к другу и базальной мембране эпителия. Обращала на себя внимание умеренная инфильтрация слизистой оболочки тучными клетками, которые нередко располагались вблизи или непосредственно среди групп ксантомных клеток. В слизистой оболочке ЖП наблюдали атрофию (29,1%), гипертрофию эпителия (20,8%), псевдопилоризацию в дне ЖП (8,3%). Во всех случаях имело место умеренно выраженное хроническое воспаление стенки ЖП. Встречались одиночные лимфатические фолликулы (8,3%).

Предполагается, что формированию холестероза способствуют явления хронического воспаления, которое поддерживается тучными клетками слизистой оболочки ЖП.

---

**УДК:** 616.072; 616.366-002; 616.376

## **БАЛЬНА СИСТЕМА ДІАГНОСТИКИ ХОЛЕСТЕРОЗА ЖОВЧНОГО МІХУРА**

**Щербиніна М.Б.\* , Закревська О.В.\* , Байбуз О.Г.\*\* , Ємел'яненко Т.Г.\*\***

Кафедра гастроентерології та терапії ФПО, Дніпропетровська державна медична академія\* (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044) Кафедра математичного забезпечення ЕОМ, Дніпропетровський Національний університет\*\* (пр. Карла Маркса, 35, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

---

Сьогодення в клінічній практиці виявлення холестерозу жовчного міхура (ЖМ) до холецистектомії становить певні труднощі. З метою підвищення якості діагностики цього захворювання була розроблена бальна система, яка містить 24 клінічні та лабораторно-інструментальні показники, що стандартно визначаються у пацієнтів при наявності больового синдрому в правому підребер'ї. Для розробки зазначеної бальної системи використані результати спеціально проведених клінічних спостережень з морфологічним підтвердженням наявності холестерозу ЖМ чи хронічного калькульозного холециститу після вилучення ЖМ шляхом лапароскопічної холецистектомії.

Бальну систему розроблено на підставі математичної моделі, збудованої за допомогою логістичної регресії, що дозволяє з високим ступенем вірогідності визначати наявність холестерозу ЖМ. Дані представлені незалежними кількісними (n=12) та якісними (n=12) показниками з градацією кожного у балах. Для всіх кількісних показників була підтверджена гіпотеза про нормальний закон їх розподілу. Якщо сума отриманих балів менше 233, то холестероз ЖМ маловірогідний, якщо більше 233, то діагноз холестерозу ЖМ ймовірний. Таким чином, бальна система оцінки забезпечує підтримку ухвалення рішення лікарем при постановці зазначеного діагнозу.

Запропонований спосіб діагностики холестерозу ЖМ забезпечує вірогідність діагнозу у 83,8% випадків. Специфічність цього способу діагностики холестерозу ЖМ складає 91,80%, чутливість - 92,11%.

---