



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ "ІНСТИТУТ ГЕРОНТОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ"

ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА

VI Національний конгрес



ТЕЗИ

ДОПОВІДЕЙ

21-22 березня 2013
Київ

ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА

ОРГАНІЗАТОРИ КОНГРЕСУ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ «ІНСТИТУТ ГЕРОНТОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»
БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД «ЗА БЕЗПЕЧНУ МЕДИЦИНУ»
ТОВ «НЬЮ ВІВО КОМУНІКЕЙШН ГРУП»

Київ

29-27 вересня 2013 року

НАУКОВА ПРОГРАМА

Чернівці

ТЕЗН ДОПОВІДЕНЬ

Дніпропетровськ

вересень 2013 року

Харків

жовтень 2013 року

Львів

листопад 2013 року

Одеса

грудень 2013 року

Оргкомітет: ТОВ «Нью Віво Комунікейшн Груп»
Адреса: 03150, м. Київ, вул. Боженка, 86-е, оф. 7,
тел./факс +38 (044) 200-17-73, e-mail: office@newvivo.com.ua
www.newvivo.com.ua
www.chil.com.ua

www.chil.com.ua

Адреса: м. Київ, вул. Боженка, 86-е, оф. 7

рівня К⁺ у сироватці крові та еритроцитах спостерігалось у 16,9% дітей із НК БА. Після проведеного лікування у I групі рівень К⁺ у сироватці крові склав 4,1±0,04 [3,7–4,7] ммоль/л, а рівень К⁺ в еритроцитах — 82,3±0,67 [79,0–92,0] ммоль/л, у II групі рівень К⁺ у сироватці крові склав 4,0±0,04 [3,6–4,7] ммоль/л, а рівень К⁺ в еритроцитах залишався знижений — 76,0±0,56 [60,0–82,0] ммоль/л.

Висновок. призначення ритмокору сприяє нормалізації рівня К⁺ у дітей із НК БА не лише в сироватці крові, а й в еритроцитах.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ПОРУШЕННІ АДАПТАЦІЇ В ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

Е.О. Глазков

Луганський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Луганськ

Мета роботи: вивчення змін у показниках центральної гемодинаміки при порушенні процесу адаптації іноземних студентів.

Методи та матеріали: основна група сформована з іноземних студентів — громадян Туркменістану, які навчаються в Луганському національному університеті ім. Тараса Шевченка, а контрольна — з українських студентів-першокурсників. Методи визначення показників центральної гемодинаміки були використані в стані відносного фізичного спокою випробуваного та після стандартної функціональної проби Мартіне – Кушелевського.

Результати: за даними, одержаними в результаті дослідження гемодинаміки основної та контрольної груп у стані відносного фізіологічного спокою суттєвих відмінностей у гемодинамічних показниках (АТср, АТр-д, СОК) не спостерігалось. У той же час слід відзначити статистично достовірну (p<0,05) різницю в показниках (АТс, АТп, ХОК, СІ) між основною та контрольною групами. Так в основній групі АТс, АТп, ХОК та СІ становили, відповідно, 120,0±1,65, 42,0±1,53 мм рт. ст., 5,65±0,21 л/хв та 3,06±0,67 л/хв/м². Відповідні показники в контрольній групі становили 116,4±1,1, 38,93±1,54 мм рт. ст., 4,54±0,13 л/хв, і 2,6±0,09 л/хв/м² та були нижчими, ніж в основній групі.

Суттєва відмінність між показниками хвилинного об'єму крові (ХОК), систолічного об'єму крові (СОК) і серцевого індексу (СІ) основної та контрольної груп була зареєстрована після функціональної проби. У студентів основної групи ХОК становив 9,88±0,32 л/хв, а у студентів контрольної групи — 8,94±0,43 л/хв (p<0,05). Достовірні відмінності спостерігалися в показниках СОК і СІ в основній групі, які становили 77,87±2,0 мл і 5,98±0,3 л/хв/м² проти 73,54±1,82 мл і 5,2±0,132 л/хв/м² контрольної групи, відповідно. АТс після тестового навантаження в основній групі становив 138,83±1,82 мм рт. ст. проти 135,13±1,01 мм рт. ст. у контролі (p<0,05). Відмінності між показниками пульсового тиску (АТп) в основній і контрольній групах, відповідно, становили 56,8±2,15 мм рт.ст. та 61,97±1,9 мм рт.ст. (p<0,05). Показники АТд і АТр-д в основній і контрольній групах становили, відповідно, 81,53±1,26 мм рт. ст., 58,53±2,07 мм рт. ст. та 77,17±1,85 мм рт. ст., 63,82±2,39 мм рт. ст. у контролі при p<0,05.

Висновки: отже, треба відмітити більш відносно гемодинамічну стабільність у контрольній групі після тестового навантаження порівняно з основною. Таким чином, результати дослідження вказують на те, що у процесі навчання між показниками, які характеризували функціональний стан серцево-судинної системи студентів відбуваються певні зміни, що пов'язані з навчальним навантаженням і неадекватною адаптаційною реакцією організму.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВОРИТАБА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ

Е.Л. Панасюк, Д.В. Говорова, В.И. Матяш, Т.Л. Токунова, О.П. Мостовая

ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л. В. Громашевского НАМН Украины», г. Киев.

Грибковые инфекции центральной нервной системы (ЦНС) в последнее время диагностируются все чаще. Этому способствуют два основных фактора: широкое применение антибиотиков и рост числа лиц с выраженной иммуносупрессией.

Цель: оценить эффективность применения Воритаба в комбинированной терапии грибковых менингоэнцефалитов.

Материалы и методы исследования: с 2010 по 2012 год в отделении интенсивной терапии и детоксикации было обследовано и пролечено 4 пациента в возрасте от 20 до 68 лет с грибковым менингоэнцефалитом (в 3 случаях был выделен *Cryptococcus neoformans*, в 1 — *Candia spp*). Основаниями для включения Воритаба в схему антифунгальной терапии у данных пациентов являлись: плохая переносимость амфотерицина В, слабая чувствительность или резистентность грибов к флуконазолу, интраконазолу.

Воритаб (voriconazol) № UA10647/01/01 относится к противогрибковым препаратам для системного использования. Воритаб применяли в дозе 400 мг 2 раза в день в комбинации с амфотерицином В. Длительность терапии варьировала от 3 недель до 4 месяцев. Эффективность лечения оценивали по результатам клинического, ликворологического и микологического обследования в динамике (каждые 3–5 дней терапии).

Результаты: на фоне данной терапии стабилизация соматоневрологического статуса наблюдалась в среднем на 5–7-е сутки, что четко было связано с постепенным регрессированием гипертензионно-гидроцефального и интоксикационного синдромов. Уменьшение уровня цитоза на 30% от исходного уровня, белка, микроскопически количества почкующихся дрожжевых грибов, наблюдалось в среднем на 5-е сутки. В 2 случаях микроскопически грибы не выявлялись уже на 14-й день непрерывной комбинированной терапии, в остальных — на 24-й и 36-й дни лечения. Переносимость терапии была достаточно хорошей. Наиболее частыми нежелательными явлениями были умеренная транзиторная гиперферментемия, диспепсия.

Выводы: Воритаб возможно рассматривать как резервный препарат комбинированной антифунгальной терапии грибковых менингоэнцефалитов, вызванных *Candia spp.* и в химиорезистентных случаях.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ (РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ)

Я.А. Гончарова, С.К. Евтушенко, В.А. Симонян, Т.Ю. Воропаева

Государственное учреждение «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, НАМН Украины», г. Донецк

Актуальной является потребность в совершенствовании схем как дифференцированной, так и базисной недифференцированной терапии различных полиневропатий (ПНП).

Цель: определить эффективность липовой кислоты у пациентов с ПНП различной этиологии.

Материалы и методы исследования: на базе неврологического отделения ИНХВ им. В.К. Гусака в течение 250 дней находились 46 больных с клиникой ПНП (возраст — 24–76 лет). Пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 12 лиц с хронической воспалительной демиелинизирующей ПНП; 2-ю — 19 человек с диабетической ПНП, 3-ю — 15 человек с паранеопластической ПНП. Жалобы больных оценивались по шкалам EURO DIABIDDM Complication (1995), TSS, а тяжесть ПНП по шкалам Дуск Р.Д. (1988), NSS и NSS-LL. Также использовались общеклинические анализы — антинеуральных антител, онкомаркеров (Ca-125, ХГЧ, PSA, Ca 15-3, Ca 19-9, РЭА, бета-2-микроглобулин, NSE), лазерная доплеровская флоуметрия/ЛФ (аппарат «ЛАКК-02», Россия), Электронейромиография/ЭНМГ (электромиограф Reporter, Италия). Помимо базисной терапии основного заболевания, все пациенты получали липовую кислоту (препарат Тиоктацид фирмы Meda) в дозе 600 мг в сутки внутривенно капельно на физрастворе 200 мл № 10 с последующим переходом на таблетированный прием — 600 мг в сутки 2 месяца. Через месяц повторяли 2-месячный курс липовой кислоты для приема внутрь.

Результаты. При стимуляционной ЭНМГ в 1-й группе имелись снижение СРВ по верхним конечностям до 40,75±5,75 м/с, по нижним — до 32,5±3,5 м/с. ЛФ выявила умеренное уменьшение показателя микроциркуляции до 4,62±0,24 Пф. ед.

Во 2-й группе, помимо ЭНМГ-признаков ПНП (снижение СРВ до 42,5±4,5 м/с), отмечалось резкое нарушение микроциркуляции, среднее значение показателя микроциркуляции в этой группе составило 3,1±0,54 Пф. ед.

У пациентов из 3-й группы ЭНМГ выявила снижение СРВ до 36,75±3,25 м/с в руках и до 30±2,5 м/с в ногах. По данным ЛФ, средний показатель микроциркуляции составил 4,6±1,29 Пф. ед.

На фоне приема липовой кислоты 42 из 46 пациентов отметили улучшение состояния. ЭНМГ выявила увеличение СРВ и амплитуды М-ответа во всех группах, особенно у больных с хроническими демиелинизирующими ПНП.

ЛФ показала положительную динамику, особенно у пациентов с диабетической ПНП (показатель микроциркуляции в этой группе увеличился на 2,3±0,11 Пф. ед).