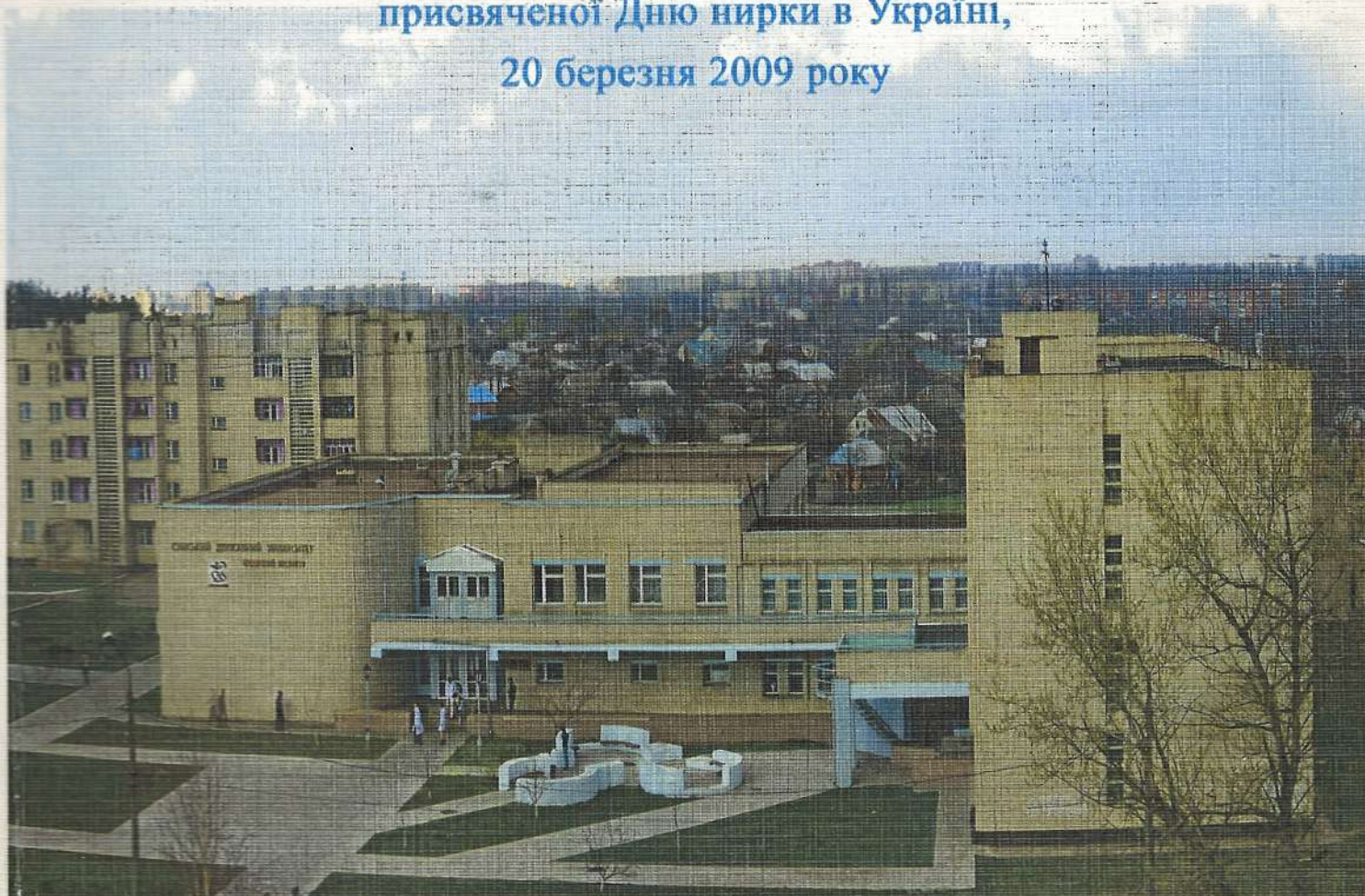




МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

МАТЕРІАЛИ

МІЖНАРОДНИХ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ КОНФЕРЕНЦІЙ
СТУДЕНТІВ, МОЛОДИХ ВЧЕНИХ, ЛІКАРІВ ТА ВИКЛАДАЧІВ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ»,
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ»,
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»,
присвячених Дню науки в Україні,
23-24 квітня 2009 року,
СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ НЕФРОЛОГІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,
присвяченої Дню нирки в Україні,
20 березня 2009 року



при лікуванні вірусних гепатитів, основні ефекти якого пов'язані з дезінтоксикацією та корекцією цитолітичного синдрому.

ІНДУКТОРИ ЕНДОГЕННОГО ІНТЕРФЕРОНУ В ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С

Ільїна Н.І.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб

Лікування хронічного гепатиту С (ХГС), враховуючи високий рівень захворюваності та тяжкі наслідки, має важливе медичне і соціально-економічне значення. Базисна терапія, що використовується, малоефективна. Повноцінність відповіді організму на вірусну інфекцію залежить від достатньої продукції інтерферону, який обмежує розповсюдження вірусу з інфікованих клітин, скорочує період вірусемії, зменшує тяжкість перебігу інфекційного процесу. Доведено зниження синтезу інтерферону при вірусних гепатитах.

Для лікування хронічних вірусних гепатитів застосовують рекомбінантні α -інтерферони. Однак їх використання в клінічній практиці обмежено в зв'язку з великою кількістю протипоказань до їх застосування, побічною дією, недостатньою ефективністю на фоні високої вартості лікування. Тому альтернативним методом корекції інтерференового стану є застосування індукторів ендogenous інтерферонів. Серед них найбільш безпечним і за діапазоном позитивних ефектів одне з перших місць займає циклоферон, який стимулює продукцію В-клітинами синтез α -інтерферону. Останній має не тільки етіотропну, а й імуномодельюючу дію, стимулюючи специфічну і неспецифічну резистентність організму, а також має антипроліферативний ефект.

Враховуючи вищенаведене, ми використовували циклоферон як стартовий препарат для лікування хворих на хронічний вірусний гепатит С. Під спостереженням було 64 хворих на ХГС у віці від 18 до 62 років, переважну більшість з них склали чоловіки. 7 % осіб скаржилися на біль у правому підребер'ї, у 37,2 % відмічався астеничний синдром, у 92,8 % - гепатомегалія, у 10,1 % - спленомегалія, у 2 % - жовтяниця. У клінічному аналізі крові у 33,1 % хворих визначалася тромбоцитопенія, у 22,7 % - лейкопенія. Підвищення активності АЛАТ було у 92,3 % пацієнтів, з них у 2 рази – в 57,3 %, у 3-4 – в 32,5 %, у 5-6 – в 10,2 %. Гіпербілірубінемія була у 16,2 % осіб і в середньому складала $(31,9 \pm 2,7)$ мкмоль/л, гіпопротеїнемія – у 37,2 %.

Ультразвукове дослідження печінки хворих виявило помірне збільшення її розмірів, дрібнозернисті дифузні зміни, що свідчило про хронічний процес. Діагноз HCV – інфекції верифікований методами імуноферментного аналізу (ІФА) та полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Показанням до призначення циклоферону була наявність реплікації вірусу та підвищення активності АЛАТ.

Динамічне спостереження за хворими проводилося дослідженням об'єктивного статусу, клінічного аналізу крові, рівня АЛАТ 1 раз на місяць, наявності РНК HCV методом ПЛР наприкінці 3-го і 6-го міс. лікування. Циклоферон призначався внутрішньом'язово по 2 мл 12,5 % розчину з інтервалом у 24 години перші 2 ін'єкції, ще 3 ін'єкції з інтервалом у 48 і наступні 5 ін'єкцій кожні 72 (всього на курс 10 ін'єкцій). Повторні курси лікування проводилися з інтервалом у 10 днів.

На фоні лікування циклофероном у більшості хворих зникали загальна слабкість і відчуття тяжкості в правому підребер'ї, покращилось самопочуття. У 43,2 % пацієнтів відмічена тенденція до зменшення розмірів і щільності печінки. Вже після першого курсу лікування у 62,8 % хворих рівень АЛАТ знизився в середньому у 2,6 рази, а у 11,6 % цей показник нормалізувався.

Елімінацію вірусу методом ПЛР виявлено у 21,2 % осіб, зниження вірусного навантаження – у 39,7 %.

Таким чином, циклоферон позитивно впливає на перебіг ХГС і його призначення в якості стартової терапії є доцільним.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ АЛГОРИТМ НАДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТЯЖКІ ФОРМИ ДИФТЕРІЇ

Печінка А.М.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

У період епідемії найбільше проблем виникало при лікуванні важких форм дифтерії, а також висока летальність, яка за своїм рівнем мало відрізнялася від летальності у США 40-х – початку 50-х років ХХ століття (9,6 %) й багатьох країн Європи після Другої світової війни (3,8 – 12 %).

Ми провели аналіз 216 випадків смерті дорослих від дифтерії в різних регіонах України. У 121 випадків (56 %) мали місце серйозні організаційні недоліки, які вплинули на кінцевий наслідок захворювання.

На нашу думку, основні причини високої летальності від дифтерії в період епідемії:

- невідповідність нормативної бази до реалій надавання медичної допомоги;
- недоліки організаційного характеру;
- помилки діагностики догоспітального етапу, що пов'язані з відсутністю ефективної системи раннього виявлення хворих на дифтерію;
- неефективно проведені масові кампанії вакцинації проти дифтерії;
- невідповідність можливостей надавання госпітальної допомоги необхідному рівню;
- помилки, що пов'язані з недостатньою кваліфікацією лікарів;
- відсутність алгоритмів надавання госпітальної допомоги із врахуванням особливостей перебігу дифтерії при розвитку невідкладних станів.

- ненадання адекватної медичної допомоги внаслідок інших причин (в тому числі – відмова)

Організаційні недоліки надавання медичної допомоги:

відсутність фахівця, що здатний зробити трахеотомію - 21 (9,7 %);
несвочасний огляд отоларингологом - 19 (8,8 %);
введення ПДС лише після рішення «протицифтерійної» комісії - 29 (13,4 %);
відсутність ПДС - 36 (16,7 %);
неможливість отримати наявну ПДС - 18 (8,3 %);
несвочасний огляд іншими фахівцями - 24 (11,1%);
відсутність можливості розмістити хворого у ВРІТ або БІТ - 105 (86,8 %).
Крім того, у 106 випадках (49,1 %) відзначалася комбінація 2 й більше організаційних недоліків надавання медичної допомоги хворим на тяжкі форми дифтерії.
Затримка із введенням ПДС становила 11,4±2,3 год.
Важливим чинником було те, що 70 (31,0 %) хворих провело в стаціонарі не більше 1 доби, з них 37 (16,4 %) в середньому 7,8±2,1 год.
Це свідчить про необхідність чіткої організації надавання допомоги таким хворим, у зв'язку з чим нами був створений алгоритм надавання медичної допомоги хворим на тяжкі форми дифтерії.

ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ В КЛІНІЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕЧІНКИ

Прокопійшук К.М., Есманова А.І.

Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького

На сьогоднішній день залишається актуальною проблема лікування печінкової недостатності (ПН), яка розвивається в результаті хронічних дифузних уражень печінки. Головна ознака ПН – синдром ендогенної інтоксикації.

Медикаментозна корекція ознак ПН - завдання досить складне і малоефективне. У лікуванні захворювань печінки використовуються різноманітні методи еферентної терапії. Найбільш ефективним із них є плазмаферез (ПФ), при якому видаляються високомолекулярні токсичні продукти, в т.ч. аутоантитіла та імунні комплекси, які утворюються при тяжкому перебігу гепатитів і підсилюють ураження гепатоцитів.

Метою роботи є вивчення ефективності методу ПФ при гострих та хронічних ураженнях печінки.

Матеріали та методи – ПФ проводили на рефрижераторній центрифугі РС-6. Проліковано 47 хворих віком від 18 до 78 років. Із них чоловіків 25 (53,2 %) та 22 (46,8 %) жінок. Проведено 129 сеансів ПФ (від 2 до 3 сеансів на 1 хворого). Об'єм ексфузії 530 – 700 мл (1-1,2 % від маси тіла). Плазмозаміщення проводилося 0,9 % розчином хлориду натрію в об'ємі, що на 200 - 400 мл перевищував ексфузію.

За нозологією хворі розподілилися так: гострі вірусні гепатити - 25 (53,2 %) хворих в т.ч. гепатит А – 4, гепатит В – 16, гепатит С – 5; хронічні вірусні гепатити - 13 (27,7 %) пацієнтів в т.ч. гепатит В – 3, гепатит С – 10; - цироз печінки 6 (12,8 %); хронічний токсичний гепатит 3 (6,4 %).

Показаннями до проведення ПФ були: печінкова енцефалопатія, гіпербілірубінемія понад 150 мкмоль/л у 22 (46,8 %) випадках, підвищення активності аміотрансфераз більше ніж у 10 разів у 33-х (70,2 %) випадках загальний тяжкий стан хворого.

В усіх випадках відмічалася покращення біохімічних показників крові. Після 3-х сеансів ПФ спостерігали зниження рівня білірубину в 2-3 рази та на 80-90 % зниження рівня аміотрансфераз. У більшості випадків спостерігалося підвищення насичення гемоглобіну киснем на 2-4 % (газоаналізатор MEDICA Easy Blood Gas).

У 2 (1,6 %) випадках відмічалася транзиторна гіпотензія, яка ліквідувалася внутрішньовенним введенням розчинів кристалоїдів.

Таким чином, використання ПФ дозволило уникнути тяжких ускладнень і скоротити терміни лікування хворих на 17,4 %.

ПОКАЗНИКИ ІНТОКСИКАЦІЇ В ЗДОРОВИХ ОСІБ

Чемич М.Д.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб

Важливою ланкою патогенезу інфекційних хвороб є розвиток синдрому інтоксикації, вираження якого частіше визначає тяжкість і перебіг захворювання. Різноманітні токсичні речовини ендогенного походження, які легко піддаються обліку і диференціюванню, надмірні концентрації біологічно активних речовин (гістамін, адреналін, серотонін, протеолітичні ферменти, кініні і багато інших) є як наслідком, так і причиною порушення обмінних процесів у клітинах, фактором розвитку і генералізації синдрому ендогенної інтоксикації при інфекціях.

Мета роботи - встановити зміни інтегративних показників ендогенної інтоксикації та гематологічних показників у здорових осіб.

Проведено клініко-лабораторне обстеження 80 здорових осіб. У групу увійшли люди, в анамнезі яких не було виявлено захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної, ендокринної та дихальної систем. Виконували загальний аналіз крові, визначення гематокриту (Ht), об'єму еритроцитів (MCV), вмісту гемоглобіну (MCH) та концентрації гемоглобіну (MCHC) в еритроцитах (аналізатор Cobas Micros), розраховували інтегративні показники інтоксикації. Обчислювали такі інтегративні показники ендогенної інтоксикації: ЛІІ, ГПІ, ІЗЛК, Глімф.