



Ефективна взаємодія профільних фахівців: оптимізація лікувально-діагностичних маршрутів поліморбідних пацієнтів: V науково-практична конференція з міжнародною участю. Одеса, 2–3 квітня 2020 року.

Пропонуємо нашим читачам матеріали щорічної V науково-практичної конференції кафедри внутрішньої медицини № 2 з курсом клінічної фармакології ОНМедУ.

СТАН РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

**О. Б. Задорожна, В. О. Ситнікова,
Г. П. Тарновська, О. А. Задорожний,
С. В. Чернівецький, В. А. Шевченко**

*Одеський національний медичний університет,
КНП «Пологовий будинок № 7» ОМР,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Зниження перинатальної захворюваності та смертності є головною медичною проблемою сьогодення в усіх країнах світу. Останніми роками в структурі захворювань вагітних анемія відіграє значну роль і є одним із найчастіших ускладнень гестаційного процесу. При цьому 90 % анемій у вагітних припадає на частку залізодефіцитної анемії (ЗДА). Частота даної патології залишається високою, і немає тенденції до зниження. Висока частота ЗДА у вагітних і значні ускладнення гестаційного процесу на фоні анемії, незбалансоване харчування, складна екологічна ситуація негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінок і потребують ретельного вивчення цієї проблеми та пошуку нових підходів до профілактики, діагностики й лікування цієї патології.

Мета — вивчити зміни у фетоплацентарному комплексі й оцінити роль ЗДА, її вплив на здоров'я матері, плода і новонародженого.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилися 100 жінок із ЗДА віком від 18 до 42 років у I та II половині вагітності. Контрольну групу (КГ) становили 20 осіб із фізіологічним перебігом вагітності. Обсте-

ження вагітних проводили згідно з чинними наказами МОЗ України. Усім пацієнткам проведено загальноклінічні, клініко-лабораторні, імуноферментні, морфологічні, імуногістохімічні методи дослідження. Особливу увагу приділяли вивченню еритроциту та стану плода, який оцінювали за допомогою УЗД, КТГ, доплерометрії.

Результати дослідження. Установлено, що ЗДА I ступеня були наявні у 45 жінок, II ступеня — у 40 осіб, III ступеня — у 15 пацієнток. У вагітних із ЗДА, порівняно з вагітними із фізіологічним перебігом вагітності, спостерігали порушення депонування феритину та зниження компенсаторних реакцій еритроциту (зменшення рівня сироваткового заліза та феритину). Ці зниження корелюють зі ступенем ЗДА. Вагітність у жінок із ЗДА супроводжувалася достовірним збільшенням частки розвитку дисфункції плаценти (80 %), дистрес-синдромом плода й затримкою його росту (40 %), загрозою переривання вагітності та прееклампсією (30 %), кровотечею у послідовому та ранньому післяпологовому періодах (6 %), порушеннями морфофункціонального стану новонародженого. Біофізичний профіль плода у жінок із ЗДА становив ($6,87 \pm 0,15$) бала, у КГ — ($8,87 \pm 0,32$) бала ($p < 0,05$).

При морфологічному дослідженні плаценти встановлено, що були наявні як дострокова її зрілість, так і патологічна незрілість, тобто морфологія плаценти в обох випадках не відповідає гестаційному терміну вагітності. Незрілість плаценти може бути у вигляді незначної кількості судин у термінальних ворсинах із формуванням недостатньої кількості синцитіо-капілярних мембран. Іноді ворсини вміщують фібриноід, в окремих ділянках фібриноід обгортає ворсини.

© О. Б. Задорожна, В. О. Ситнікова, Г. П. Тарновська та ін., 2020

Висновки. Таким чином, у вагітних із ЗДА спостерігалися зміни еритрону, дисфункція плаценти та дистрес-синдром плода, морфологічні порушення, низький рівень біофізичного профілю плода, що потребує корекції.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЗАВЕРШЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ГЕПАТИТОМ С

**Т. Я. Москаленко, С. Г. Чернієвська,
О. А. Задорожний, В. А. Задорожний,
С. В. Чернієвський, А. С. Костюк**

*Одеський національний медичний університет,
КНП «Пологовий будинок № 7» ОМР,
Одеса, Україна*

Актуальність теми. Захворювання печінки і жовчовивідних шляхів є найбільш важкими ускладненнями серед екстрагенітальних патологічних станів у вагітних і нерідко можуть сприяти розвитку акушерської патології, що призводить до материнської смертності. Актуальність проблеми стає ще більш значущою в акушерстві та педіатрії у зв'язку з неухильним зростанням питомої ваги захворювання, ризиком внутрішньоутробного інфікування, особливо жінок молодого репродуктивного віку. Також встановлено, що за наявності однакових умов для зараження в осередках інфекції вагітні хворіють на вірусні гепатити в 5 разів частіше, ніж невагітні, внаслідок змін функції печінки й ослаблення імунних сил організму. У зв'язку з цим особливого значення набуває вибір методів раціональної терапевтичної та акушерської тактики, прогнозування й можливості корекції несприятливих впливів інфекції на матір і плід, що обґрунтовує необхідність цілеспрямованого вивчення цього питання.

Мета — вивчити вплив наявного у матері вірусного гепатиту С на перебіг та завершення вагітності, стан плода і новонародженого для запобігання виникненню акушерських і перинатальних ускладнень.

Матеріали та методи дослідження. Для виконання поставленої мети було обстежено 50 вагітних віком від 18 до 41 року, інфікованих вірусом гепатиту С, тобто жінки були репродуктивного віку. Обстеження вагітних проведені згідно з чинним протоколом. Особливу увагу при-

діляли вірусологічним, бактеріологічним і клініко-лабораторним методам. Оцінювали стан внутрішньоутробного плода за даними КТГ та УЗД, доплерометрії.

Результати дослідження. Серед обстежених вагітних переважно більшість становили першовагітні жінки — 52 %, 24 % пацієнток мали в анамнезі 2–3 вагітності, 28 % — 4 і більше. Тобто першовагітних було вдвічі більше, ніж повторновагітних. У структурі гінекологічних захворювань переважали запальні захворювання органів малого таза (хронічний сальпінгоофорит та ендометрит) у 40 % випадків, а також ерозія шийки матки у 30 % випадків і у 6 % — міома матки. У структурі екстрагенітальної патології значно переважали захворювання крові (анемія), частка яких становила 84 %. Другими за зустрічальністю були захворювання сечовидільної системи (хронічний пієлонефрит і хронічний цистит) — 32 % і на третьому місці — ендокринні порушення (дифузний нетоксичний зоб) — у 20 % випадків.

Вивчення особливостей перебігу вагітності показало, що найчастіше траплялися дисфункція плаценти (52 %), загроза переривання вагітності (56 %), ранній гестоз (26 %). У 20 % жінок вагітність перебігала на фоні гострих респіраторних вірусних інфекцій, у 12 % осіб — загострення хронічного пієлонефриту. Загострення гепатиту С у вагітних частіше відбувалось у першому (32 %) і третьому (46 %) триместрах вагітності, причому у цих пацієнток відмічено погіршення функції печінки з достовірним підвищенням рівня амінотрансфераз (АЛТ, АСТ). Із загальної кількості жінок у 54 % вагітність закінчилася передчасними пологодами, у 46 % — терміновими пологодами. Кесарів розтин проведений у 12 % пацієнток. При вивченні особливостей перебігу пологів виявлено, що у 36 % породілей було передчасне вилиття навколоплідних вод, у 18 % — прееклампсія, у 12 % — аномалії пологової діяльності та кровотечі. В обстежених жінок народилося 50 немовлят — 23 доношених і 27 недоношених новонароджених. Середня оцінка новонароджених за шкалою Апгар на 1-й хвилині — $(6,35 \pm 0,11)$ бала і через 5 хв — $(7,35 \pm 0,10)$ бала.

Висновки. Вагітність при вірусному гепатиті С найчастіше ускладнюється розвитком анемії, дисфункцією плаценти, загрозою переривання вагітності, передчасними пологодами. У пологах зростає частота аномалій пологової діяльності та кровотеч у ранньому післяпологовому періоді. Вищевикладені факти визначають необхідність ретельного вивчення особливостей

перебігу та завершення вагітності у жінок із гепатитом С, що має велике теоретичне та практичне значення.

**ЗНАЧЕННЯ
ПАРАМЕТРІВ МЕТАБОЛІЗМУ
ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ
ТА ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ
В ПРОГНОЗУВАННІ РІВНЯ ВАСПІНУ**

Д. І. Пільов, Л. В. Журавльова

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Вступ. Адипокіни тісно пов'язані з розвитком таких захворювань і станів, як цукровий діабет (ЦД), дисліпідемія, гіпертензія, атеросклероз та процесом запалення, адже сприяють розвитку резистентності до інсуліну, метаболічних порушень, стимулюють локальне запалення й можуть впливати на атерогенез. Васпін — новий інгібітор серинової протеази, що продукується вісцеральною жировою тканиною, є адипокіном з інсуліночутливою і протизапальними властивостями та має ангіо- й кардіопротекторну дію.

Мета — визначити параметри, які впливають на рівень васпіну у хворих на ЦД 2 типу та хронічний панкреатит (ХП).

Матеріали та методи. Залучено в дослідження 114 хворих, які утворили такі групи: I група (n=31) — хворі на ЦД 2 типу; II група (n=23) — хворі на ХП; III група (n=60) — пацієнти з поєднаним перебігом цих захворювань. Середній вік залучених пацієнтів становив (55,04±1,00) року. Група контролю (К; n=20) була репрезентативна за віком і статтю. Оцінювали параметри ліпідного, довго- і короткотривалого вуглеводного обміну, функціонального стану підшлункової залози, рівні С-реактивного протеїну (СРП) й адипоцитокінів — васпіну і фактора некрозу пухлини- α . Також визначали наявність атеросклеротичної бляшки на стінці загальної сонної артерії за допомогою ультразвукового дослідження. Результати для всіх груп подані у вигляді середнього показника. Використовували регресійний аналіз.

Результати. На основі регресійного аналізу виявлено набір параметрів впливу на рівень васпіну, який дорівнював у I групі 3,47; у II групі — 2,73; у III групі — 1,78, у К — 2,47 пкг/мл. Такими параметрами були рівні: імунореактивно-го інсуліну — у I групі — 20,3, II групі — 13,93;

III групі — 22,53; К — 11,07 мкМО/мл; а для груп I та III — глюкози натщесерце: I група — 8,18; II група — 5,40; III група — 8,57; К — 4,57 ммоль/л; для III групи — еластази-1: I група — 292,4; II група — 167,8; III група — 137,51; К — 348,96 мкг/г; фактора некрозу пухлини- α : I група — 6,87; II група — 7,83; III група — 9,79; К — 4,20 пкг/мл для всіх груп; СРП: I група — 1,33; II група — 3,1; III група — 6,73; К — 0,12 мг/л; для II групи — тригліцеридів: I група — 2,35; II група — 1,79; III група — 2,58; К — 1,26 ммоль/л; ліпопротеїдів дуже низької щільності: I група — 0,99; II група — 0,7; III група — 1,28; К — 0,57 ммоль/л; лише для III групи — за кількістю (n)/відсотком (%) пацієнтів з наявністю атеросклеротичних бляшок: I група — 17/54,8; II група — 6/26; III група — 41/68,3; К — 0. Поєднання та вираженість показників, що мали ключовий вплив на рівень васпіну, траплялись у групі з коморбідною патологією.

Висновки. Отримані результати свідчать, що порушення вуглеводного обміну та наявність запального процесу впливали на значення рівня васпіну. Екзокринна функціональна недостатність підшлункової залози самостійно значно не впливала на рівень адипокіну. За наявності ХП як запального процесу відбувалося посилення механізмів інсулінорезистентності й атерогенезу на фоні ЦД 2 типу. Результатом порушення метаболічних процесів у групі III є новий параметр впливу — «атеросклеротична бляшка». Адипоцитокін васпін може розглядатися як потенційний маркер розвитку ризику порушення серцево-судинної системи у людей з ЦД 2 типу та ХП.

**ОПТИМІЗАЦІЯ
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ
ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО
КРОВООБІГУ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ
2 ТИПУ В СТАДІЇ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ**

**Ю. І. Ржевська, С. Б. Стречень,
Т. В. Трегуб, Г. Г. Відавська**

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Сьогодні захворюваність і смертність від гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) посідає одну з лідируючих позицій у світі. Досить часто в клінічній практиці трапля-

ється поєднання ГПМК з цукровим діабетом 2 типу в стадії декомпенсації. Частота судинного ураження мозку у хворих на цукровий діабет удвічі вища, ніж у загальній популяції. Прояви гіперглікемії у формі енцефалопатичного варіанта можуть призводити до маскування симптомів і подовження перебігу ГПМК, що зумовлено недостатнім кровопостачанням і набряком головного мозку, а також явищами інтоксикації.

Додаткова активізація перекисного окиснення ліпідів, дисфункція ендотелію і підвищення агрегації тромбоцитів в умовах гіперліпідемії посилює судинні ураження через мікротромбування у системі мікроциркуляції. У свою чергу, мікроангіопатія сприяє погіршенню кровопостачання нервової тканини і прогресуванню діабетичної нейропатії, що також ускладнює клінічний перебіг ГПМК і подовжує реабілітацію таких хворих.

Мета роботи — вивчення додаткового використання тіоктової кислоти для нормалізації енергетичного обміну клітини, пригнічення процесів гліуконеогенезу у даної категорії хворих.

На базі неврологічного відділення КНП «МКЛ № 1» м. Одеси обстежено 19 хворих у віці 55–70 років (з них 11 жінок і 8 чоловіків) з коморбідністю ГПМК за ішемічним типом у басейні середньої правої/лівої мозкової артерії у вигляді геміпарезу в найгострішій та гострій стадіях і цукровим діабетом 2 типу в стадії декомпенсації з проявами полінейропатії.

Проведено оцінку неврологічного статусу (тяжкості інсульту за шкалою NIHSS) поряд із загальноклінічними дослідженнями. Контроль вищеперахованих методів здійснювався на момент госпіталізації та виписування зі стаціонару.

Хворі були розділені на дві групи. Першу групу (n=10) утворили хворі з ГПМК за ішемічним типом (7,5 бали за шкалою NIHSS) та цукровим діабетом 2 типу в стадії декомпенсації, які одержували стандартну терапію відповідно до останніх рекомендацій щодо лікування інсульту та інсулінотерапію. Другу групу (n=9) утворили хворі з тяжкістю інсульту 7,47 бала за шкалою NIHSS, яким до основної терапії була додана тіоктова кислота в дозі 600 мг на добу внутрішньовенно (в/в) краплинно протягом 10 днів, потім у тій же дозі перорально тривалий час. Отримані результати піддавалися статистичній обробці за методом Стьюдента.

У першій групі при госпіталізації ступінь тяжкості інсульту становив 7,5 бала за шкалою NIHSS, через 2 тиж. — 5 балів. У другій групі відповідно 7,47 і 4 бали. На тлі проведеної терапії у хво-

рих першої групи терміни відновлення неврологічного дефіциту — 14-та доба (± 2 доби), у другій групі ці показники відновилися на 9-ту добу (± 2 доби). Рівень глікемії в першій групі при надходженні у середньому становив від 12 до 20 ммоль/л, по закінченні термінів госпіталізації глікемія натще 6,7–8,2 ммоль/л, а постпрандіальна глікемія — 10–12 ммоль/л. У другій групі при надходженні до стаціонару глікемія становила від 11 до 18 ммоль/л. На тлі корекції інсуліном короткої дії з в/в введенням тіоктової кислоти рівень глюкози в крові знижувався значно швидше — до кінця 4–5-ї доби (натще 6,8–7,8 ммоль/л, а через 2 год після їди — 9–10,5 ммоль/л) і стабільно утримувався до моменту виписування зі стаціонару у діапазоні: натще — 5,3–6,2 ммоль/л, через 2 год після їди — 6,7–8,0 ммоль/л. Гемодинамічні показники (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень) через 7 днів у першій групі покращилися у 50 % хворих, на 14-ту добу — у 66,7 % хворих. У другій групі відповідно на 7-му добу — 70,5 %, на 14-ту добу — 88,2 %. Усе це привело до скорочення термінів госпіталізації у другій групі майже в 1,5 рази.

Таким чином, використання тіоктової кислоти у хворих на цукровий діабет 2 типу в стадії декомпенсації та з гострим порушенням мозкового кровообігу за ішемічним типом додатково знижувало рівень глюкози в крові, що привело до більш раннього відновлення неврологічного дефіциту і гемодинамічних показників. Як результат — скорочення термінів госпіталізації та поліпшення прогнозу щодо діабетичної полінейропатії при продовженні прийому тіоктової кислоти на амбулаторному етапі.

ВПЛИВ ПІСЛОНЕФРИТУ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ

**Т. Я. Москаленко, О. Б. Задорожна,
А. А. Гриценко, В. А. Задорожний,
О. В. Мартиновська, В. А. Шевченко**

*Одеський національний медичний університет,
КНП «Пологовий будинок № 7» ОМР,
Одеса, Україна*

Актуальність. Пієлонефрит у вагітних є резервуаром інфекційного агента. Наявність і прогресування інфекції, у тому числі й TORCH, в ор-

© Т. Я. Москаленко, О. Б. Задорожна, А. А. Гриценко та ін., 2020

ганізмі жінки може призводити до великої кількості перинатальних і акушерських патологій: недоношеності, мертвонародженості, затримки росту плода, наявності внутрішньоутробної інфекції плода і новонародженого. Ерозія шийки матки (ЕШМ), за даними різних авторів, трапляється у 15–20 % жінок, які очікують народження дитини. Небезпека ерозії при вагітності в тому, що шийка матки може інфікуватися патогенними мікроорганізмами, які призводять до розвитку важкого запального процесу, спричиняють інфікування плодових оболонок та ембріона, а в подальшому, і плода.

Мета — оцінити роль пієлонефриту при вагітності у жінок із патологією шийки матки.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 60 жінок репродуктивного віку в I та II триместрах гестації. Вік пацієнток коливався в межах 18–35 років. Вагітні були розподілені на дві групи: до складу I групи увійшли 34 жінки, у яких було виявлено пієлонефрит у поєднанні з ЕШМ, а до II групи — 26 осіб, у яких діагностували лише вагітність та ЕШМ. Пацієнткам проводили загальноклінічні методи дослідження (загальний аналіз крові, сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, бактеріологічний посів сечі), здійснювали збір скарг, з'ясовували анамнез, проводили огляд шийки матки в дзеркалах, бімануальне дослідження, взяття матеріалу для бактеріологічного й онкоцитологічного дослідження, просту та розширену кольпоскопію, УЗД, оцінювали стан плода.

Результати дослідження. Першовагітних у I групі було 9 (26,5 %) жінок, у II групі — 15 (57,7 %) осіб. Серед повторновагітних I групи попередні вагітності закінчилися пологами у 15 (44,1 %) осіб, абортми — у 8 (23,5 %), пологами й абортми — у 2 (5,9 %); у II групі — відповідно у 6 (23,1 %), 4 (15,4 %) та 1 (3,8 %) особи. Аналіз анамнезу показав, що 16 (47,1 %) пацієнток I групи та 6 (23,1 %) II групи мали обтяжений гінекологічний анамнез. Частіше діагностували умовно-патогенні збудники (уреаплазма, мікоплазма, гарднерели), що могло бути причиною порушень мікробіоценозу піхви у пацієнток I групи.

Серед мікс-інфекцій переважали бактеріально-вірусні асоціації, які частіше траплялись у жінок I групи — у 76,5 % осіб, ніж у пацієнток II групи — 30,8 % ($p < 0,05$). Частота випадків мікс-інфекцій серед вагітних з патологією шийки матки та пієлонефритом була вищою, ніж серед осіб з вагітністю й ЕШМ. Отримані дані свідчать про поширення частоти мікс-інфекцій, особливо у випадках поєднаної патології у вагітних, що значно обтяжує перебіг як патологічного процесу шийки матки, так і вагітності. У жінок I групи діагностували запальні зміни в загальному ана-

лізі сечі, аналізі сечі за Нечипоренком і бактеріологічному посіві сечі, у пацієнток II групи дані зміни поодинокі.

Вагітність на фоні пієлонефриту та ЕШМ перебігала з ускладненнями у 26 (76,5 %) жінок, у пацієнток II групи ускладнення були виявлені у 4 (15,4 %) осіб ($p < 0,05$). Серед ускладнень вагітності у жінок I групи домінували залізодефіцитна анемія (35,7 %), дисфункція плаценти (23,1 %), невиношування вагітності (19,2 %), прееклампсія (15,4 %). У пацієнток II групи домінували дисфункція плаценти та прееклампсія. Післяпологові запальні ускладнення в I групі констатували у 26,5 % осіб, у II групі — у 11,5 % породілей ($p < 0,05$). Асфіксію та морфофункціональну незрілість новонароджених також частіше (в 1,2 разу) виявлено у матерів I групи, ніж у породілей II групи.

Висновки. За результатами проведених досліджень слід констатувати, що пієлонефрит у поєднанні з патологією шийки матки на фоні вагітності ускладнює її перебіг і протікання пологів, призводить до більшої кількості перинатальних та акушерських ускладнень. Отримані дані дають підставу для обґрунтування ефективних діагностично-лікувальних заходів у жінок групи ризику — вагітних із патологією шийки матки у поєднанні з пієлонефритом.

УЛЬТРАЗВУКОВИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІТРАВМОЮ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

**С. Б. Стречень, А. О. Соломка, В. І. Чернова,
Р. В. Бурсанов, К. Ю. Смуженко**

*Одеський національний медичний університет,
КНП «Міська клінічна лікарня № 1»,
Одеса, Україна*

У сучасних умовах усе більшу увагу лікарів хірургічного профілю привертає травматичне ушкодження внутрішніх органів. Причинами цього є кілька факторів: дорожньо-транспортні пригоди, внутрішні та зовнішні військові конфлікти, виробнича і побутова травми, падіння з висоти, збільшення кількості суїцидальних намагань, кульові та ножові поранення тощо. Перелічені фактори настільки розповсюджені, що нині травми й ушкодження — серед п'яти провідних причин інвалідизації та смертності в усьому світі й у нашій державі зокрема. Тому актуальність проведеного аналізу повсякденної роботи з удосконалення діагностичного процесу хворих

© С. Б. Стречень, А. О. Соломка, В. І. Чернова та ін., 2020

з поєднаною травмою черепа, грудної клітки, черевної порожнини і кінцівок очевидна.

Ультразвукове дослідження є доступним, неінвазивним, досить дешевим і, водночас, високо інформативним методом апаратного інструментального дослідження хворих. Метод входить у перелік широко представлених стандартів діагностики захворювань внутрішніх органів, хірургічної та гінекологічної патології, судинних проблем тощо. Нами, з метою підвищення якості контролю стану органів і включення в локальні та внутрішньолікарняні протоколи, здійснювався ультразвуковий моніторинг хворих з політравмою. Дослідження проведено на базі багатопрофільної міської лікарні, яка щодня надає висококваліфіковану лікарську допомогу хворим, хірургічну в тому числі, а кожну другу парну добу здійснює цілодобове чергування по всьому місту з надання допомоги хворим із політравмою.

Приймальне відділення → операційна, або відділення реанімації, або спеціалізоване хірургічне, травматологічне, нейрохірургічне відділення — внутрішньолікарняний шлях пацієнтів, закріплений відповідним протоколом. І на шляхах верифікації тяжкості стану пацієнтів включаються рентгенологічні дослідження, комп'ютерна діагностика, ультразвукові методики. Ультразвукові дослідження в нашій клініці здійснюються за допомогою ультразвукового мобільного сканера "Mindray-7" і ультразвукового апарата експертного класу "Toshiba Aplio-300". Дослідження проводяться щодня, а в день ургентної допомоги, що значно підвищує дієвість діагностичного процесу і максимально скорочує термін надання інформації вузькопрофільним спеціалістам. Лікарі УЗД мають доступ до приймального відділення, операційного блока, відділення реанімації тощо.

Слід зазначити, що за останні 5 років значно збільшилася кількість госпіталізованих хворих у лікарню (у середньому 15 000–16 000 за рік), переважна кількість хворих надходить за ургентними показаннями (відсоток ургентності наближається до 85–90 %). Відповідно через відділення ультразвукової діагностики щороку проходить близько 12 000–13 000 пацієнтів, з них 500–600 хворих із політравмою, що становить 5–6 % і потребує здійснення FAST-протоколу (Focused Assessment with Sonography for Trauma). Даний протокол запроваджений у роботу клініки, розроблений відповідний бланк протоколу, який заповнюється лікарем поряд з повною інформацією про стан внутрішніх органів й у подальшому аналізується спільно сонологом і провідним спеціалістом і черговим лікарем. Згідно з протоколом, проводиться послідовний пошук вільної рідини (крові) в гепаторенальній кишені, правій плевральній порожнині, у спленоренальній ки-

шені, лівій плевральній порожнині, надлобковій ділянці, у субкостальній ділянці та верхній частині грудної клітки. Обстеження суворо лімітовано в часі (найчастіше в перші 15–20 хв після надходження до стаціонару, інколи одразу при надходженні хворого в операційну безпосередньо з карети швидкої допомоги), без підготовки, часто без свідомості хворого, що утруднює діагностику.

Слід зазначити, що вік хворих найчастіше молодий або середній (25–35 років) і переважна стать — чоловіча, що в цілому відповідає державній статистиці та, на жаль, супроводжується тривалими періодами реабілітації та одужання. Пацієнти надходили переважно у вечірній або нічний час, часто з місця пригоди та в стані алкогольного сп'яніння, що теж утруднює діагностичний процес і потребує певного навичку спілкування з боку лікаря. Вільна рідина (кров) локалізується, за результатами наших досліджень, найчастіше в гепаторенальній і спленоренальній кишенях, надлобковій ділянці, супроводжується тяжким або середньотяжким загальним станом хворих і потребує негайного надання оперативної допомоги у вигляді лапароскопії або лапаротомії. При утриманні від хірургічного втручання ультразвуковий контроль необхідний для реєстрації в динаміці рівня вільної рідини (об'єм і рівень) — отримана картина зіставляється з клінічним станом пацієнта. Рішення про подальшу тактику приймається колегіально, за обов'язкової участі лікаря УЗД. З нашої точки зору, необхідним є зворотний контакт між лікарями з метою оптимізації діагностичного процесу (правильність поставленого діагнозу, кількість і локалізація рідини, стан внутрішніх органів).

Таким чином, чутливість і достовірність зазначеної ультразвукової методики досягає приблизно 90 % і повинна виконуватися на етапах клінічного руху пацієнта з політравмою. Методика є доступною, низьковартісною, точною, що робить її використання необхідним у діагностичному процесі.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ ІДЕОПАТИЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО ФІБРОЗУ

**О. О. Яковлева, А. О. Жамба,
О. Ю. Гойна-Кардасевич**

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, Вінниця, Україна*

Ідеопатичний легеневий фіброз (IPF) — прогресуюче хронічне захворювання з ураженням інтерстицію, негативним прогнозом і передчас-

© О. О. Яковлева, А. О. Жамба, О. Ю. Гойна-Кардасевич, 2020

ною смертю. Дослідження етіології залишаються невідомими, але сучасні нові технології за останні 30 років дозволяють відмітити значний прогрес у розумінні його перебігу завдяки розширенню спектра діагностичних методів: сімейний анамнез, комп'ютерна томографія, генетичне тестування, уточнення гістопатології, що дозволяє констатувати збільшення частоти IPF. Короткий шлях до летального наслідку все ж свідчить про наявність частоті коморбідної патології (ревматоїдний артрит, бронхіальна астма, гепатити, ураження нервової системи, шкіри, легенева гіпертензія тощо).

З-поміж варіантів сімейного захворювання встановлено: частіше хворіють чоловіки (55,7 % проти 37,2 % у жінок, $p < 0,0001$), вік частіше в межах 68,3 року проти 53,1 року ($p < 0,0001$), як і паління в анамнезі (67,3 % проти 34,1 %, $p < 0,0001$). Однак для IPF типовою є значна гетерогенність клінічної картини, що дозволило зрозуміти: у патогенезі хвороби спостерігається взаємодія факторів зовнішнього середовища та генетичних механізмів (часто аутосомно-домінантний тип спадкування з неповною пенетрантністю).

Серед генетичних маркерів визнані такі чинники: поліморфізм компонентів слизу (MUC5B), його вважають досить сильним за впливом. Значний внесок у патогенез коморбідності (фіброз, гіпотиреоз, неврологічні розлади) вносять генетичні варіанти протейнів сурфактанту (частіше фіксуються в педіатрії), що асоціюються з ураженням альвеолярного епітелію. Також спостерігається нуклеотидний поліморфізм TOLLIP (відповідь на терапію N-ацетилцистеїном), варіанти в генетиці теломеразного комплексу, різноманітність у популяціях Землі тощо. Отже, зрозуміло, що мозаїчність результатів націлює на більш де-

тальне вивчення цієї гетерогенності для обґрунтування терапії.

До досягнень фармакотерапії належать доказові дослідження з двома антифібротичними препаратами, які фундаментально змінили прогноз IPF.

Пірфенідон — препарат, що має протизапальні, антиоксидантні та антифібротичні ефекти, тому доведена його ефективність: сповільнення швидкого падіння ОФВ1, покращання тесту з 6-хвилинною ходьбою (6MWD), відстрочення термінів госпіталізації, поліпшення якості життя, зменшення смертності при достатній безпеці та переносимості.

Нінтеданіб — інгібітор тирозинкінази, що інгібує проліферацію та диференціювання фібробластів. Також отримано деякі позитивні клінічні результати, які потребують уточнення.

Наступні перспективи та підходи будуть націлені на майбутні, перш за все, ланки: на розширення спектра біомаркерів (які поділяються на діагностичні, прогностичні, генетичні, радіологічні тощо); на поглиблення підходів до терапії в умовах коморбідності з конкретними оптимальними пропозиціями щодо нових молекулярних мішеней; на корекцію мікробіому легень при IPF; уточнення прогнозів щодо трансплантації легень. Тому ці гіпотези коморбідної терапії мають на меті розробку різних шляхів корекції для отримання синергічних ефектів, але з урахуванням і контролем ризиків побічних лікарських реакцій при індивідуальній фармакотерапії.

Висновки. Представлений інформаційний аналіз наукових досягнень щодо діагностики та лікування ідеопатичного легеневого фіброзу підтверджує значний прогрес у можливостях покращання прогнозу та якості життя пацієнтів з цим тяжким захворюванням.

*Передплатуйте
і читайте
журнал*



ДОСЯГНЕННЯ БІОЛОГІЇ та МЕДИЦИНИ

У випусках журналу:

**Передплата приймається
у будь-якому передплатному
пункті**

Передплатний індекс 08205

- ◆ Фундаментальні проблеми медицини та біології
- ◆ Нові медико-біологічні технології
- ◆ Оригінальні дослідження
- ◆ Огляди
- ◆ Інформація, хроніка, ювілеї