

2. Даценко Б.М. Эндоскопическая диагностика и лечение непроходимости желчных путей доброкачественной этиологии в нестандартных ситуациях / Б.М. Даценко, К.А. Крамаренко // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. – 2004. – Вип. 7. - №614. –С. 41-44.
3. Коваль С.М. Антигіпертензивна терапія при метаболічному синдромі / С.М. Коваль, І.О. Снігурська // Нова медицина. – Вінниця. – 2004. – №3(14). – С.25-28.118.
4. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А.В. Малоштан, В.В. Бойко, А.М. Тищенко, Криворучко И.А. // – Харьков. – 2005. – 356с.
5. Мирошников Б.И. Лечение острого холецистита у больных старше 80 лет / Б.И. Мирошников, В.В. Светловидов, И.А. Балабушкин // Хирургия. – 1994. -№1. – С.23-25
6. Методы лечения холелитиаза / М.Е. Ничитайло, А.Н. Литвиненко, В.В. Дьяченко [и др.] // Международный медицинский журнал. – 1999. – Т.5. -№1. – С.110-113
7. Скрипниченко Д.Ф. Калькулезный холецистит / Д.Ф. Скрипниченко, В.И. Мамич – Киев. «Здоров'я» - 1985. – 135с.

Реферат

**ОЦІНКА ЕНДОВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ПАЦІЄНТІВ
МЕТАБОЛІЧНОЮ ХВОРОБОЮ З
ХОЛЕЦИСТИТАМИ**

Дудченко М.О.

Порівнювальна оцінка ефективності зонтичного ліфтинга і карбоксиперитонеума при ендовідеолапароскопічній холецистектомії у пацієнтів МХ з холециститами виконано на 115 хворих. Результати дослідження показали, що зонтичний лапароліфт є більш ефективним пристроєм для виконання ендовідеолапароскопічних операцій, особливо у пацієнтів метаболічною хворобою, дозволяє поширити перелік використання за рахунок традиційних хірургічних інструментів і скорочує витрати на дорогі лапароскопічні інструменти.

Ключові слова: зонтичний лапароліфтинг, карбоксиперитонеум, холецистит

Стаття надійшла 24.-6.2010 р.

**ESTIMATION ENDOVIDEOLAPAROSCOPIC
CHOLECYSTECTOMIA AT PATIENTS WITH
METABOLIC ILLNESS AND CHOLECYSTITIS**

Dudchenko M.A.

The comparative estimation of efficiency of umbellate lifting and carboxyperitoneum at endovideolaparoscopic cholecystectomy is spent on 115 patients. Results of researches have shown, that umbellate laparolifting is more effective adaptation for performance endovideolaparoscopic operations, especially at patients with metabolic illness and allows to expand the list applied at the expense of traditional surgical tools and reduces expenses on expensive laparoscopic tools.

Keywords: umbellate laparolifting, carboxyperitoneum, cholecystitis.

УДК 616.12-005.4-008.331.1-053.9-08

О.В. Єрмієнко

ВІДІЗ України "Українська медична стоматологічна академія" м. Івано-Франківськ

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ПОЄДНАНОЇ З АРТЕРІАЛЬНОЮ
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ЖІНОК ТА ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

Ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія залишаються основними причинами інвалідності та смертності в Україні. У статті наведено сучасні дані щодо особливостей клінічного перебігу ішемічної хвороби серця, поєднаної з артеріальною гіпертензією у жінок та вплив комбінованої гіполіпідемічної терапії.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, комбінована гіполіпідемічна терапія.

Робота є фрагментом НДР: "Значення протизапальних, проаритмічних, дисметаболических факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування", № 0106U003238, 2006р.

Незважаючи на певні досягнення в профілактиці і терапії ішемічна хвороба серця (ІХС) та артеріальна гіпертензія (АГ) залишаються на сьогодні основними причинами інвалідності та смертності в Україні. Тривалий час вважалось, що жінки значно менше хворіють на ішемічну хворобу серця ніж чоловіки, в останні роки були переглянуті застарілі догми. ІХС у жінок в середньому виникає на 10–15 років пізніше, ніж у чоловіків. У зв'язку зі збільшенням тривалості життя населення ІХС стає дедалі більш характерною і частою для жінок. Значимість для прогнозу і перебігу ІХС факторів ризику (ФР) цієї патології, ефективність їх контролю для первинної та вторинної профілактики також відрізняється у чоловіків і жінок. Крім того, існують ФР ІХС, які є унікальними для жінок - гіпоестрогенія, особливо у жінок похилого віку - в менопаузі [11].

Вплив рівня ліпідів і ліпопротеїдів крові на виникнення ІХС та АГ у жінок вивчено значно менше, ніж у чоловіків. Більшість досліджень по гіполіпідемічній терапії проводились в основному на чоловіках (4S, CARE, LIPID, ASCOT), а оскільки ліпідний профіль у жінок і чоловіків значно відрізняється, важко визначити, чи справедливі результати вказаних досліджень і для жінок. До наступлення менопаузи холестерин (ХС) ліпопротеїдів низької густини (ЛПНГ) нижчий у жінок, ніж у чоловіків. Після наступлення менопаузи рівень ХС ЛПНГ починає зростати, і пізніше стає вищим, ніж у чоловіків. Рівні тригліцеридів (ТГ) і зокрема - ліпопротеїну а - також зростають, тоді як концентрація холестерину ліпопротеїдів високої густини (ЛПВГ) знижується після менопаузи. В цілому ж у жіночій популяції рівень ХС ЛПВГ залишається вищим впродовж усього життя. Підвищення рівня ХС ЛПНГ після менопаузи може бути пов'язане зі зниженням активності рецепторів до ХС ЛПНГ. Знижується також активність ферменту печінкової ліпази зі зниженням рівня естрогенів, що також може впливати на концентрацію ХС ЛПВГ [5].

Серед показників ліпідного обміну найбільш значимим фактором ризику ІХС у жінок вважається низький рівень ХС ЛПВГ. Високий рівень загального ХС і тригліцеридів (ТГ) однаково передбачають розвиток ІХС у представників обох статей, хоча деякі дослідники відмічають більшу значимість підвищення ТГ для жінок. Високий рівень ТГ часто пов'язаний з іншими факторами ризику - надмірною вагою, стресами, вживанням алкоголю. Вміст ХС ЛПНГ є потужним предиктором розвитку ІМ у жінок [9]. Дефіцит естрогенів призводить до росту ХС ЛПНГ, збільшення ТГ, зниження вмісту ХС ЛПВГ.

Одна з основних причин, чому жінки хворіють на ІХС на 10-15 років пізніше, ніж чоловіки, є гормональні відмінності і протекторна роль жіночих статевих гормонів. Непрямий доказ цього є те, що передчасна менопауза і оофоректомія достовірно підвищують ризик ІХС та ІМ у жінок [4].

Доведено, що в пременопаузі естрогени проявляють протекторний вплив на судинний тонус, ендотеліальну функцію, мають антиішемічну дію. У жінок АГ є по значимості таким же ФР, як і у чоловіків [6]. Ризик, викликаний гіпертензією, збільшується з віком, а у пременопаузальних жінок наявність АГ збільшує ризик смертності від ІХС у 10 раз. У пацієнок з ІХС відзначають суттєві відмінності у клінічній картині захворювання і певні особливості діагностики, що при низькій націленості на цю патологію створює ще більші діагностичні труднощі. Інша проблема – те, що рекомендації щодо лікування ІХС одержані переважно для хворих чоловічої статі, і не до кінця відомо, чи можна отримані дані екстраполювати на жіночу популяцію [8].

В порівнянні з чоловіками у жінок спостерігається більша частота стенокардії, при тому що поширеність обструктивної ІХС у жінок є нижчою, ніж у чоловіків з подібними симптомами [10]. Тобто, при меншій вираженості морфологічного субстрату ІХС у жінок клінічні симптоми виражені більше, ніж у чоловіків, звідси - велика кількість “хибнопозитивних” результатів навантажувальних тестів у жіночій популяції. У жінок з обструктивною, коронарографічно підтвердженою, ІХС спостерігаються значно гірші наслідки, ніж у чоловіків того самого віку, щодо прогнозу після інфаркту міокарда. Жінки похилого віку з обструктивною ІХС часто мають вищий, ніж у чоловіків, рівень супутньої патології, який несприятливо впливає на наслідки ІМ або ревазуляризації. Жінки, у яких розвився гострий коронарний синдром (ГКС), часто отримують менш ефективні діагностичні та лікувальні стратегії, ніж чоловіки.

Діагностична оцінка жінок з підозрою на міокардальну ішемію або ІХС продовжує залишатися складним завданням. Добре відомо, що існують статеві відмінності у характерних особливостях болювого синдрому в грудній клітці при ІХС. Біль у грудній клітці у жінок рідше пов'язується з розвитком коронарного стенозу, що обмежує кровопостачання, ніж у чоловіків. Статеві відмінності в ендогенній системі модуляції болю можуть впливати на різницю у сприйнятті болю [2].

У жінок за грудинний біль частіше, ніж у чоловіків є проявом ішемії міокарда. Часто зустрічаються “атипові” болі у ділянці грудної клітки, які обумовлені більшою схильністю жінок до вазоспастичних реакцій (стенокардія Принцметала, варіантна стенокардія) - це синдром за грудинних болей, які з'являються в спокої і супроводжуються частіше елевацією, ніж депресією сегмента ST на кардіограмі. Ця стенокардія в основному закінчується без розвитку інфаркта міокарда.

Наступною частою атиповою формою стенокардії у жінок є “синдром Х”, або “мікросудинна стенокардія”. Для неї характерні симптоми ішемії міокарда, підтверджені неінвазивними методами досліджень, але при відсутності анатомічного субстрату звуження та спазму коронарних артерій, або гіпертрофії міокарда.

В останні роки набагато частіше зустрічаються безбольові форми ІХС у жінок. Досить часто за грудинні болі при пролапсі мітрального клапана, артеріальній гіпертензії у жінок розцінюють як гострий коронарний синдром. Більшість досліджень довела, що початкові прояви ІХС у жінок пов'язані з розвитком стенокардії, тоді як у чоловіків з розвитком інфаркту міокарда [3]. За результатами дослідження WISE зроблено припущення про те, що біль у грудній клітці без наявності уражень, що обмежують кровопостачання, може бути пов'язаний з дисфункцією ендотелію та порушенням коронарним резервом.

У жінок досить часто спостерігаються симптоми захворювання, що мають певну відмінність від чоловіків. Дослідженням Coronary Artery Surgery Study (CASS) було продемонстровано, що симптоми типової стенокардії (за грудинний біль, який посилюється при фізичному або емоційному навантаженні і проходить в межах 10 хвилин у стані спокою або після прийому нітрогліцерину) були прогностичним чинником ІХС як у чоловіків, так і у жінок. Однак вища поширеність необструктивної ІХС серед жінок у порівнянні з чоловіками у дослідженні CASS наводять на думку, що вказані симптоми мали меншу діагностичну цінність у жінок. Дослідники з WISE показали, що визначення “типової” стенокардії пропускало 65 % жінок, у яких в дійсності

була ІХС — тобто, у жінок клінічні прояви стабільних форм ІХС значно відрізняються від чоловіків (“атиповий” перебіг захворювання) [1].

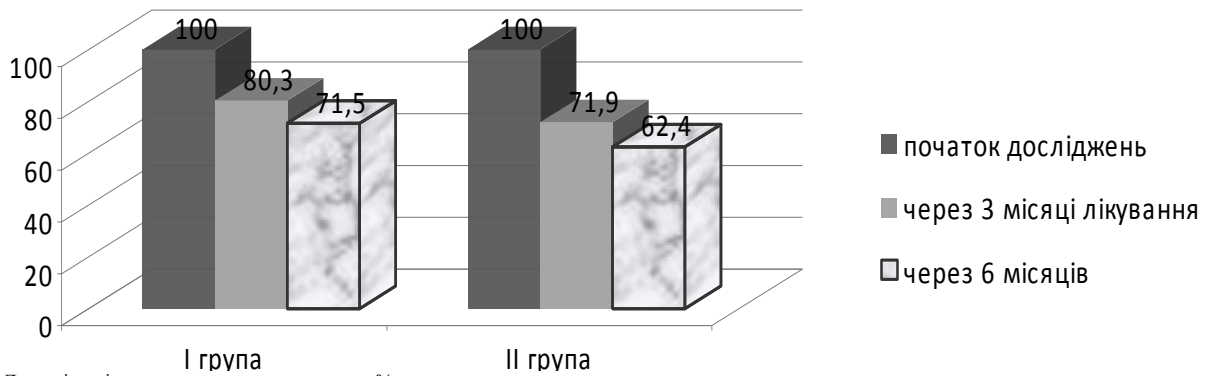


Рис. 1. Динаміка рівня загального холестерину, %:

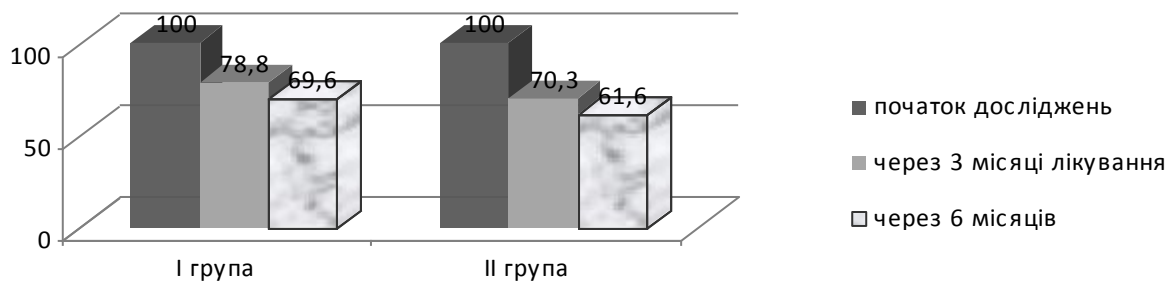


Рис. 2. Динаміка рівня ХС ЛПНГ, %:

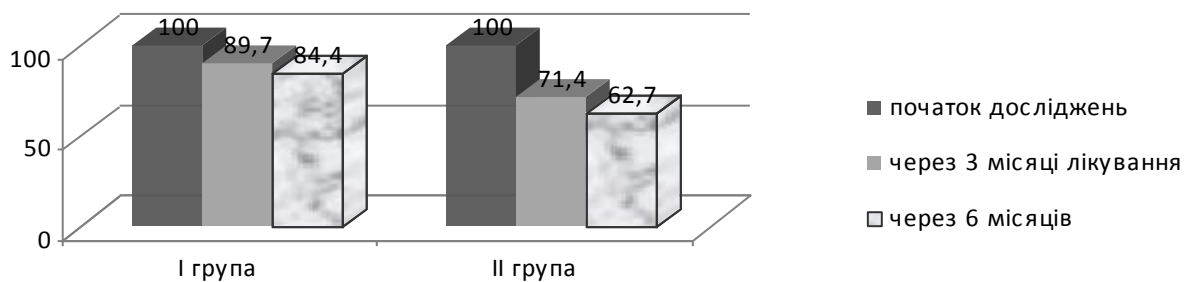


Рис. 3. Динаміка рівня ТГ, %:

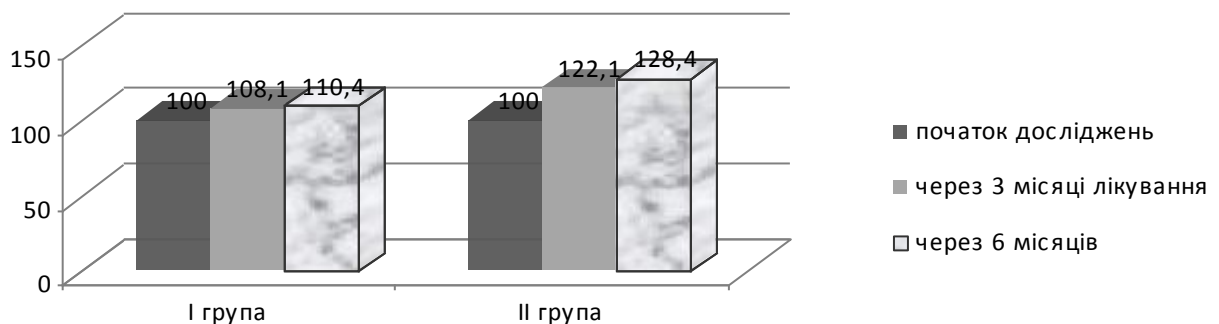


Рис. 4. Динаміка рівня ХС ЛПВГ, %:

Останній час гіполіпемічна терапія розглядається необхідний компонент лікування пацієнтів з ІХС поєднаної з АГ, що аргументується її сприятливими ефектами практично на всі компоненти атерогенезу [12]. Провідне місце серед ліпідзнижуючих середників займають статини, але на фоні їх застосування у біля 75% хворих все ж таки розвиваються серцево-судинні події. Застосування агресивних доз статинів не увінчалось

бажаним ефектом: у 60-65% хворих розвинулися ускладнення (дослідження REVERSAL, MIRACL, IDEAL, PROVE IT-TIMI). На сьогоднішній час є актуальним пошук оптимальних ліпідознижуючих середників та можливості комбінованої терапії. Ефективність кардіометаболічної терапії ІХС та АГ в наш час вважається доведеною. Використання кардіометаболічних препаратів створює умови для підвищення ефективності базисної терапії. Перспективним є використання комплексних кардіометаболічних препаратів, до яких відноситься Кардонат виробництва СП“Сперко Україна”, який має гіполіпідемічну, метаболічну й антиоксидантну активність, виявляє нейро-, гепато- та кардіопротекторну дію, сприяє зменшенню ішемії міокарда та обмеженню постінфарктної зони, здійснює позитивний вплив на дистрофічні зміни судин [7].

Метою роботи було підвищення ефективності лікування ішемічної хвороби серця, поєднаної з артеріальною гіпертензією у жінок похилого віку шляхом наукового обґрунтування доцільності комплексної терапії з використанням Кардонату та Аторвастатину, та дослідження їх впливу на показники ліпідного обміну і перебіг захворювання.

Матеріал і методи дослідження. Під спостереженням в умовах кардіологічного відділення знаходилося 112 жінок, що хворіли на ішемічну хворобу серця, поєднану з артеріальною гіпертензією. Діагноз ІХС ґрунтувався на даних клініки, анамнезу, ЕКГ та ЕхоКС. Пацієнти першої групи (48 осіб) отримували стандартну терапію (інгібітори-АПФ, β -адреноблокатори, нітрати, антиагреганти, антагоністи кальцію та аторвастатин компанії “Фармак” (Аторвакор) в дозі 10 мг/добу ввечері). Пацієнтам другої групи (64 особи) в схему лікування додатково включали препарат Кардонат в дозі 1 капсула 3 рази на добу. Через 3 та 6 місяців проводили визначення ліпідного спектру плазми крові в динаміці (загальний холестерин, ТГ, ЛПВГ та ЛПНГ) на фоні загально-клінічних обстежень та оцінювали клінічний перебіг захворювання. З метою оцінки безпечності гіполіпідемічної терапії проводилася оцінка показників функціонального стану печінки (загальний білірубін та його фракції, АЛТ, АСТ, тимолова проба).

Результати дослідження та їх обговорення. Було встановлено позитивний вплив комбінованої терапії у пацієнтів з ІХС, поєднаної з АГ. У всіх хворих, що приймали Кардонат, відзначали покращення клінічного стану, зникнення або значне зниження частоти виникнення нападів стенокардії, підвищення толерантності до фізичного навантаження, суб’єктивне покращення самопочуття. У пацієнок з ІХС, поєднаною з АГ достовірно частіше зустрічався такий модифікований фактор ризику атеросклерозу як дисліпідемія. На фоні стандартного лікування у пацієнтів першої групи відмічено позитивну динаміку показників ліпідного спектру крові. Через 3 та 6 місяців лікування відзначили нормалізацію показників ліпідного обміну: зниження рівня загального ХС відповідно на 19,7% та 28,5%, ХС ЛПНГ на 23,2% та 30,4%, ТГ на 10,3% та 15,6%, а також підвищення ХС ЛПВГ на 8,1% та 10,4% відповідно ($p < 0,05$) (рис. 1–4). Включення Кардонату в комплекс лікування у пацієнтів другої групи сприяло зменшенню загального ХС через 3 та 6 місяців на 28,1% та 37,6%, ХС ЛПНГ на 29,7% та 38,4%, ТГ на 28,6% та 37,3%, а також підвищення ХС ЛПВГ на 22,1% та 28,4% відповідно (див. рис. 1–4).

Протягом усього терміну лікування здійснювався моніторинг показників функціонального стану печінки, які не відхилялись від норми (рівень трансаміназ та креатінфосфокінази), що свідчить про безпечність запропонованої терапії.

Висновок

Комбінована гіполіпідемічна терапія у жінок похилого віку хворих на ІХС, поєднану з АГ з використанням аторвастатину та препарату Кардонат є безпечною та високоефективною. Метаболічний препарат Кардонат стабілізує показники ліпідного обміну, зокрема знижує рівень загального холестерину, тригліцеридів, ХС ЛПНГ, підвищує вміст ХС ЛПВГ, поліпщує клінічний перебіг ІХС. Це обумовлює доцільність включення препарату Кардонат в схему лікування жінок похилого віку з даною поєднаною патологією.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи вище перелічені особливості перебігу та лікування ішемічної хвороби серця поєднаної з артеріальною гіпертензією у жінок, актуальним та перспективним є проведення подальших досліджень в даному напрямку. На основі отриманих результатів досліджень будуть оцінені взаємозв'язки між показниками гемодинаміки, функціонального стану ендотелію, метаболічними параметрами та якістю життя при ішемічній хворобі серця, поєднаній з артеріальною гіпертензією у жінок. Будуть запропоновані та обґрунтовані нові підходи до діагностики та визначена лікувальна тактика ішемічної хвороби серця, поєднаної з артеріальною гіпертензією у жінок.

Література

1. Барна О.М. Деякі особливості діагностики ішемічної хвороби серця у жінок в період менопаузи / О.М. Барна // Вісник наукових досліджень. – 2003. – № 3. – С.125-128.
2. Барна О.М. Деякі особливості факторів ризику та клінічного перебігу інфаркту міокарда у жінок / О.М. Барна, М.В. Гребеник // Вісник Ужгородського мед. унів. – 2002. – № 2. – С.34-38.
3. Верещук Л. Ішемічна хвороба серця у жінок: особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування / Л. Верещук // Рівненський обласний науково-практичний тижневик. – 2007. – № 6. – С.23-27.
4. Дзяк Г.В. Вплив дефіциту естрогенів та заміної гормональної терапії на функцію серцево-судинної системи / Г.В. Дзяк, З.М. Дубоссарська // – ПАГ. – 1999. – № 2. – С.77-80.

5. Доборджинидзе Л.М. Метаболические факторы риска у женщин с преждевременной ишемической болезнью сердца / Л.М. Доборджинидзе, А.С. Нечаев, Н.А. Грацианский // Кардиология. – 1999. – Т.39, № 9. – С.31-39.
6. Ильяш М.Г. Артериальная гипертензия после менопаузы / М.Г. Ильяш, Е.Г. Несукай // Український кардіологічний журнал. – 1999. – № 2. – С.21-24.
7. Митченко Е.И. Опыт применения препарата Кардонат у больных с артериальной гипертензией и дислипидемией / Е.И. Митченко, В.Ю. Романов // Український медичний часопис. – 2007. – № 5 (61). – С.73-77.
8. Нетяженко В. З. Ішемічна хвороба серця у жінок: особливості факторів ризику / В. З. Нетяженко, О. М. Барна // Український кардіологічний журнал – 2004. – № 1. – С.5-9.
9. Brochier M.L. Coronary heart disease risk factors in women / M.L. Brochier, P. Arwidson // Eur. Heart J. – 1998. – V.19 (Suppl A). – P.45-52.
10. Douglas P.S. The evaluation of chest pain in women / P.S. Douglas, G.S. Ginsburg // N. Engl. J. Med. . – 1996. – V.334, N 20. – P.1311-1315.
11. Rosenfeld J. Heart disease in women. Gender-specific statistics and prevention strategies for a population at risk / J. Rosenfeld // Postgrad.Med. – 2000. – Vol.107, N 6. – P.28-34.
12. Smits S.C. AHA/ACC Guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 Update. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology / S.C. Smith, S.N. Blair, R.O. Bonow et. Al. // J. Amer. Coll. Cardiology. – 2001. – №38. – P. 1581-1583.

Уфименко

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, В СОЧЕНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ЖЕНЩИН И ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ .

Ефименко А.В.

Ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия остаются основными причинами инвалидности и смертности в Украине. В статье приведены современные данные об особенностях клинического течения ишемической болезни сердца, в сочетании с артериальной гипертензией у женщин и влияние комбинированной гипополипидемической терапии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, дислипидемия, комбинированная гипополипидемическая терапия.

Стаття надійшла 20.08.2010 р.

THE FEATURES OF COURSE OF THE CORONARY HEART DISEASE, ASSOCIATED WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN WOMEN AND INFLUENCE OF COMBINED GIPOLIPIDEMIC THERAPY.

Yefimenko A.V.

Coronary heart disease and arterial hypertension are the most important cause of disability and death in Ukraine. In the article there are modern approaches to the features of clinical course of the coronary heart disease, associated with arterial hypertension in woman and influence of combined gipolipidemic therapy.

Key words: coronary heart disease, arterial hypertension, dyslipidemia, combined gipolipidemic therapy.

УДК: 616.832.21 – 002 – 053.3/5

В.У. Ільченко, А.В. Ефіменко, С.Х. Воробйєвська, Л.Б. Дубинська, К.Ю. Прудубський,
В.Д.З. України «Українська медична романо-германська асоціація», м.Полтава

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ПОЛІОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

У зв'язку з погіршенням епідситуації з поліомієліту у світі перед нами поставлене завдання не допустити випадків захворюваності на поліомієліт і вчасно виявити циркуляцію дикого вірусу, як у зовнішньому середовищі, так і серед дитячого населення. Результати аналізу статистичних і літературних даних дозволять скоригувати дії лікарів у вирішенні питання попередження захворюваності на поліомієліт серед дітей Полтавської області.

Ключові слова: діти, поліомієліт, профілактика.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Моніторинг стану здоров'я, фізичного, нервово-психічного розвитку передчасно народжених дітей з низькою масою, які народились у Полтавській області за останні 10 років (2007 рік),» номер державної реєстрації 0107U001583.

Глобальна ініціатива по ліквідації поліомієліту у світі розпочалась в 1988 році. Метою Глобальної ініціативи є: перервати передачу дикого поліовірусу, досягти ліквідації поліомієліту, допомагати розвитку системи охорони здоров'я по укріпленню регулярної імунізації та систематичного епіднагляду за інфекційними хворобами. Число випадків захворюваності на поліомієліт знизилось, в порівнянні з 1988 роком, більш ніж на 99%. Близько