

частий розвиток порушень провідності на фоні ішемічного стану міокарда і, навпаки, розвиток порушень васкуляризації при спонтанних порушеннях ритму.

Таким чином, аналіз варіабельності серцевого ритму та частоти розвитку порушень процесів реполяризації у хворих на ІХС за допомогою моніторингу ЕКГ доцільно проводити в умовах кардіологічного стаціонару, що дозволяє оцінити загальний функціональний стан серця як органа і дає можливість як поточного контролю ефективності лікування, так і прогнозу розвитку ускладнень, зокрема гострої коронарної смерті хворого.

ЗАСТОСУВАННЯ КАНДЕСАРУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Тютюнник О.А.

Науковий керівник – Гурина Л.І.

Кафедра загальної практики-сімейної медицини

Українська медична стоматологічна академія

Упровадження антагоністів рецепторів ангіотензину-II (АРА-II) стало найбільш визначним досягненням 90-х років у клінічній фармакотерапії артеріальної гіпертензії (АГ). Переваги цієї групи препаратів – поступове досягнення та стійке збереження антигіпертензивної дії, можливість застосування один раз за добу, простий підбір дози, здатність забезпечувати потужну блокаду тканинних ефектів ангіотензину-II та найближча до плацебо переносимість. Препаратам цієї групи притаманні органопротективні властивості, зумовлені модуляцією активності ренін-ангіотензинової системи. Низкою клінічних досліджень була доведена здатність АРА-II покращувати прогноз виживання та запобігати ускладненням АГ. Мета дослідження – оцінити вплив АРА-II кандесару (кандесартану) на показники добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) та оцінити його переносимість у хворих з есенціальною гіпертензією (ЕГ).

У відкрите неконтрольоване дослідження включили 30 амбулаторних хворих з ЕГ (стійке підвищення АТ \geq 140/90 мм.рт.ст.), зокрема 10 чоловіків і 20 жінок віком від 40 до 65 років, середній вік (57,1 \pm 5,3) року. У 12 хворих діагностована ЕГ I ступеня, 18 – ЕГ 2-го ступеня за класифікацією ВОЗ і Міжнародного товариства з вивчення артеріальної гіпертензії (1999).

Проведене дослідження довело адекватний виражений антигіпертензивний ефект кандесару. Таким чином, кандесар можна рекомендувати як ефективний та добре переносимий засіб моно- або комбінованої терапії у хворих з ЕГ і супутніми захворюваннями.

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ ВИСОКОГО РИЗИКУ РОЗВИТКУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ У III ТРИМЕСТРІ

Ухналь Л. В.

Науковий керівник – проф. Ліхачов В.К.

Кафедра акушерства та гінекології

Українська медична стоматологічна академія

Порушення функції плаценти - одна з основних причин перинатальної захворюваності та смертності (И.С. Сидорова, И.О. Макаров 2000, О.В. Грищенко и соавт., 2000). Патологічний перебіг антенатального періоду може призвести до

порушення розвитку дитини як у ранньому неонатальному, так і в більш пізніх періодах його розвитку (А. Г. Коломийцева, 1999, В. И. Бычков и соавт., 1999).

Метою нашого дослідження було визначення факторів високого ризику розвитку фетоплацентарної недостатності (ФПН) на основі анамнестичного та загальноклінічного обстеження вагітних у III триместрі.

Ми провели клініко-статистичний аналіз 120 історій пологів жінок із ФПН, що народжували в Полтавському міському пологовому будинку.

Були виявлені такі фактори ризику розвитку ФПН:

- вік до 17 та після 35 років;
- вагітні, що входять у групу соціально не адаптованих громадян;
- хибні звички (наркоманія, паління, вживання алкоголю);
- інфекційні захворювання (зокрема і TORCH-інфекція);
- екстрагенітальна патологія (захворювання серцево-судинної системи, нирок, ендокринної та імунної систем);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (непліддя, самовільні та штучні аборти, оперативні втручання на органах малого таза, ускладнений перебіг попередніх вагітностей та пологів);
- ускладнення даної вагітності (гестоз, загроза переривання вагітності, багатоплідна вагітність, ізосенсибілізація крові матері та плода).

Найбільш вагомими факторами ризику розвитку фетоплацентарної недостатності за результатами наших досліджень є пізні гестози та екстрагенітальна патологія.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ БУРСИТІВ

Ходатенко О.Г.

Науковий керівник – проф. Гіленко І.О.

Кафедра госпітальної хірургії

Українська медична стоматологічна академія

Узагальнений досвід лікування 18 хворих із приводу гнійного бурситу різної локалізації. Пацієнтам розтинали порожнину гнійника з подальшими щоденними перев'язками. За цього традиційного методу строки лікування склали $22,9 \pm 3,5$ діб. Ми запропонували спосіб лікування гострого гнійного бурситу фракційним промиванням гнійної порожнини за допомогою дренажної промивної системи, яка встановлюється пункційним способом, у поєднанні з опроміненням поляризованим світлом лампи "Біоптрон-2" на відстані 5 см протягом 6 хв. Усім хворим проводили непряму ендолімфатичну антибактеріотерапію протягом 5 - 7 діб за такою методикою: через 10 хвилин після аплікації 10% р-ну димексиду підшкірно в тил ступні біля основи I-II пальців через спеціальний катетер 2 рази за добу вводили ампіцилін по 1000000 ОД.

У клінічному перебігу гнійно-запального процесу термін очищення рани, розсмоктування інфільтрату та поява грануляції скоротилися на 2-3 доби. Гнійна порожнина швидко очистилась від гнійно-некротичних тканин, нормалізувалась температура тіла, зменшилась кількість лейкоцитів та ШОЕ. Використання цієї методики у 10 хворих дозволило скоротити термін лікування до $19,3 \pm 2,3$ доби, отриманий задовільний функціональний та косметичний ефект.