

Література

1. Галалу С.І. Досвід застосування препарату „Фемостон у жінок в постменопаузі / С.І. Галалу, І.А. Данькіна, С.О. Джеломанова: зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2008. – С. 131-134.
2. Задорожна О.Б. Немедикаментозна терапія у комплексному лікуванні клімактеричного синдрому / О.Б.Задорожна, О.Д. Телющенко, А.І. Лучков: зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2006. – С. 288-291.
3. Золотухин Н.С. Течение климактерического периода у жительниц селскохозяйственного региона / Н.С. Золотухин, А.В. Чурилов, Л.И. Бутина: зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2008. – С. 303-305.
4. Луценко Н.С. Климактерический синдром с позиции старения и витаукта / Н.С. Луценко, И.В. Ломака, И.Н. Кириченко: Вісн. Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2008. – № 4. – С. 35-38.
5. Руководство по климактерию: Руководство для врачей / под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. – М.: Медицинское информационное агенство, 2009. – 175 с.
6. Сеидова Г.Б. Сосудистые и метаболические нарушения в развитии ишемической болезни сердца у женщин в климактерическом периоде / Г.Б. Сеидова, Н.А. Беляков, В.И. Дорофеев // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2004. – № 1. – С. 37-43.
7. Стрижова Н.В. Сравнительная характеристика эффективности лечения климактерического синдрома гормональными и комплексными гомеопатическими препаратами / Н.В. Стрижова, О.А. Нестерова // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2008. – № 4. – С. 52-56.
8. Ettinger B. Reduced mortality associated with long-term postmenopausal esterogethapy / B. Ettinger, T. Bush // Obstet. Gynecol. – 2000. – № 87. – P. 6-12.

К ВОПРОСУ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

С.Е. Косилова

Резюме. Проведен анализ влияния заместительной гормонотерапии препаратом „Фемостон Конти на течение климактерического периода. Установлено, что заместительная гормонотерапия эффективно купирует нейровегетативные, психоэмоциональные та обменноэндокринные симптомы, обеспечивая таким образом улучшение общего состояния и качества жизни женщин в постменопаузе, не осуществляет отрицательного влияния на эндо-, миомерий, яичники и молочные железы.

Ключевые слова: климактерический период, заместительная гормонотерапия, качество жизни.

ON THE ISSUE OF IMPROVING LIFE QUALITY IN MENOPAUSAL WOMEN

S.Y. Kosilova

Abstract. An analysis of the influence of substitutive hormonal therapy with the help of the preparation “Femoston Conti” upon the course of the menopause has been carried out. The substitutive hormonal therapy is found to arrest effectively the neurovegetative, psychoemotional and metabolic-endocrine symptoms, insuring an improvement of the general condition and life quality of menopausal women, without exerting a negative influence upon the endo-, myometrium, ovaries and mammary glands.

Key words: menopause, substitutive hormonal therapy, life quality.

Bukovinian State medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.А. Андрієць

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 2 (66). – P. 63-65

Надійшла до редакції 19.02.2013 року

© С.Е. Косилова, 2013

УДК 617.55-001.31

**В.О. Крилюк, А.Г. Іфтодій, В.К. Гродецький*

РОЗЛАДИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ ПРИ ПОЛІТРАВМІ

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У статті наведені результати ретроспективного дослідження постраждалих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини, на предмет розвитку в них ознак шлунково-кишкової недостатності. Серед 365 постраждалих летальність становила 36,7 %. Найбільш частими проявами шлунково-

кишкової недостатності в постраждалих із поєднаною травмою органів черевної порожнини є відсутність перистальтики – 56,4 % та ознаки внутрішньочеревної гіпертензії – 43,2 %.

Ключові слова: травма черевної порожнини, постраждалі, розлади функції шлунково-кишкового тракту.

© В.О. Крилюк, А.Г. Іфтодій, В.К. Гродецький, 2013

Вступ. Розлади шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є важливою проблемою у постраждалих, що знаходяться в критичному стані. Чисельні дослідження вказують на те, що виникнення симптомів шлунково-кишкової недостатності (ШКН) має прямий зв'язок із зростанням рівня летальності в постраждалих [1-4]. Раніше дослідники неодноразово висловлювали гіпотезу про те, що кишечник є «двигуном» розвитку синдрому поліорганної недостатності (СПОН) [5, 6]. Незважаючи на це, патофізіологічна роль дисфункції ШКТ у клінічному перебігу СПОН у постраждалих досліджена недостатньо. Про важливість проблеми свідчить створення робочої групи з проблем вивчення ШКН, що функціонує в рамках Європейського товариства інтенсивної терапії [7]. Робочою групою проводяться дослідження розвитку ШКН у пацієнтів, що знаходяться в критичному стані та були прооперовані на органах черевної порожнини. У постраждалих із тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини відповідні дослідження не проводились, хоча про їх необхідність неодноразово вказувалось [7, 8].

Для оцінки розвитку СПОН у пацієнтів та постраждалих, що знаходяться на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ), найчастіше використовується шкала SOFA [9]. Однак як і інших шкалах при проведенні оцінки відповідно до SOFA, прояви ШКН не враховуються [1-4]. У проведених дослідженнях доведено, що при врахуванні ознак ШКН (харчової непереносимості (ХН) та внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ)) при обчисленні оригінальної шкали SOFA вдалося покращити прогностичну цінність останньої [9]. Дослідники вказують на необхідність подальшого проведення аналогічних досліджень, у тому числі у постраждалих з абдомінальною травмою, що дасть змогу детального вивчення ролі ШКН, як предиктора результату лікування в постраждалих.

Мета роботи. Визначити особливості розвитку розладів шлунково-кишкового тракту в постраждалих із тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини.

Матеріал і методи. У дослідження були включені постраждалі з поєднаною травмою органів черевної порожнини старше 18 років, яких госпіталізували до КМКЛ ШМД та ОКУ "ЛШМД" м. Чернівці за період 2005-2010 роки та перебували на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) з проведенням їм штучної вентиляції легень щонайменше упродовж 6 годин. Прооперовані з приводу травми органів черевної порожнини та тяжкістю пошкодження за шкалою ISS > 15 балів. Загалом досліджено результати лікування 365 постраждалих, які розподілені на дві групи: ГД-1 ті, що вижили – 231 (63,3 %) постраждалих та ГД-2 померлі – 134 (36,7 %) особи (у дослідження включались постраждалі, що померли після 7-ї доби).

Демографічні та базові дані клінічних досліджень, дані за шкалою APACHE II [11] та показ-

ники лактату плазми крові визначались упродовж першої доби лікування у ВІТ.

Ознаки ШКН, показник внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), особливості харчування, показник шкали SOFA, баланс сечовиділення, водний баланс, показник позитивного тиску наприкінці видиху, альбумін сироватки і С-реактивного білка фіксувались на 1, 2, 4-й і 7-й добах. Висновки щодо результатів лікування визначались, ґрунтуючись на 28-денному виживанні після госпіталізації до ВІТ.

До проявів ШКН відносили [6, 10]: показник залишкового об'єму шлунка (ЗОШ) – максимальна ЗОШ вище 500 мл хоча б під час одного з вимірів. ЗОШ документувався як найбільший показник упродовж дня дослідження; відсутність перистальтичного звуку при ретельній аускультатії; блювання/регургітація –видимі блювотні маси або регургітація в будь-якій кількості; діарея – випорожнення три або більше разів на день; роздуття кишечника – розтягнення будь-якого відділу кишечника, що підтверджена рентгенологічно; шлунково-кишкова кровотеча (ШКК) – видима поява крові в блювотних масах, назогастральному зонді або випорожненнях; харчова непереносимість (ХН) – вважалась у випадку, коли менш ніж 20 % від розрахункової потреби калорій вводили ентеральним шляхом та наявність ШКН були підставою для утримання або зниження ентерального харчування; потреби в калоріях розраховувались як 20 ккал/кг/добу протягом першого дня дослідження і до 25 ккал/кг/добу у наступні дні дослідження; внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ) – середнє значення показника ВЧТ протягом дня дослідження ≥ 12 mmHg [12] і синдром абдомінальної компресії (САК) = середнє значення ВЧТ > 20 mmHg у поєднанні з органною дисфункцією або недостатністю [12]. ВЧТ вимірювався за допомогою катетеризації сечового міхура, при горизонтальному положенні постраждалого нульовою точкою, розміщеною посередині пахвової лінії, максимальний об'єм інстиляції по 25 мл, стерильного фізіологічного розчину. Документувалося кількість вимірювань показника ВЧТ протягом доби, його мінімальне, максимальне і середньодобове значення.

Обробка статистичних даних проводилася методами варіаційної статистики за допомогою програми Statistica 7.

Результати дослідження та їх обговорення.

Дані дослідження в перший день перебування у відділенні інтенсивної терапії наведено в таблиці 1.

Середня тривалість ШВЛ склала 8,0 (2-16), перебування у ВІТ – 11,0 (4-19) і перебування в стаціонарі – 19,0 (10-28) днів. Середня оцінка APACHE II при госпіталізації складала 19,0 (SD 8,0) бала, 314 постраждалих (86 %) вводили вазоактивні/інотропні препарати. У цілому летальність на 28-й день становила 36,7 % (134 постраждалих).

Щоденні та загальні випадки ШКН і САК у групах дослідження наведено в таблиці 2.

Таблиця 1

Результати дослідження постраждалих з ТПТ ОЧП протягом першої доби спостереження

Показники	Загальний масив дослідження	Постраждалі, що вижили	Померлі	Показник p
	n=365	n=231	n=134	
Вік (середній, ранг)	62 (18-98)	61 (18-98)	64 (22-91)	0,082
Індекс маси тіла, кг/м ² , (середній, ранг)	26 (23-29)	26 (23-29)	25 (22-29)	0,086
APACHE II	18 (13-24)	17 (12-22)	21 (17-30)	<0,001
Сепсис, n (%)	132 (36,2)	82 (34,5)	61 (45,5%)	0,005
SOFA	8 (5-10)	7 (5-10)	10 (7-14)	<0,001
Вазопресори, n (%)	314 (86%)	172 (74,4%)	115 (85,8%)	0,029
pO ₂ /FiO ₂ , mmHg	188 (108-322)	193 (115-347)	177 (97-292)	0,151
Креатинін, μmol/L	99 (72-164)	91 (69-139)	126 (80-188)	<0,001
Шкала Коми Глазго	13 (6-15)	14 (7-15)	10 (4-15)	<0,001
Баланс рідини, л/24год,	+1,4 (0,4-2,9)	+1,1 (0,2-2,7)	+2,0 (1,0-3,5)	0,001
Кількість сечі, л/24год	1,6 (0,9-2,6)	1,8 (1,0-2,7)	1,2 (0,4-2,3)	<0,001
ВЧТ, mmHg	9,8 (7,0-12,7)	10,0 (7,3-12,8)	13,4 (5,9-16,3)	0,066
Мінімальний показник абдо- мінальної перфузії, mmHg	62 (52-71)	62 (53-72)	60 (46-70)	0,033

Таблиця 2

Прояви шлунково-кишкової недостатності у постраждалих

	День 1	День 2	День 4	День 7
Відсутність перестальтики				
ГД - 1	102 (44,2 %)	98 (42,4 %)	87 (37,6 %)	25 (10,8 %)
ГД - 2	104 (77,6 %)	105 (78,7 %)	92 (68,4 %)	73 (54,3 %)
p	0,011	<0,001	0,031	0,003
Діарея				
ГД - 1	16 (6,8 %)	20 (8,8 %)	38 (16,4 %)	45 (19,7 %)
ГД - 2	11 (8,4 %)	39 (28,9 %)	41 (30,4 %)	46 (34,6 %)
p	0,382	0,005	0,240	0,113
Розширення кишечника				
ГД - 1	29 (12,4 %)	31 (13,5 %)	26 (11,3 %)	18 (7,8 %)
ГД - 2	23 (17,5 %)	25 (18,9 %)	22 (16,4 %)	23 (16,9 %)
p	0,202	0,325	0,275	0,049
Блювання/регургітація				
ГД - 1	12 (5,1 %)	10 (4,3 %)	5 (2,3 %)	7 (3,6 %)
ГД - 2	9 (6,7 %)	7 (5,3 %)	4 (2,8 %)	6 (4,8 %)
P	0,405	0,676	0,534	0,756
Рівень ЗОШ				
ГД - 1	8 (3,4 %)	11 (4,6 %)	11 (4,6 %)	9 (3,9 %)
ГД - 2	6 (4,7 %)	7 (5,1 %)	8 (5,3 %)	12 (7,7 %)
p	0,346	0,466	0,562	0,527
ШКК				
ГД - 1	5 (2,3 %)	4 (1,5 %)	3 (1,1 %)	4 (1,5 %)
ГД - 2	8 (6,3 %)	13 (9,5 %)	10 (7,4 %)	12 (8,8 %)
p	0,019	0,002	0,006	0,005

Таблиця 2 (продовження)

ВЧГ				
ГД - 1	52 (22,6 %)	63 (27,1 %)	42 (18,2 %)	36 (15,8 %)
ГД - 2	37 (27,9 %)	38 (28,4 %)	36 (27,6 %)	28 (21,5 %)
p	0,713	0,421	0,105	0,035
ШКН (3 або > одночасно)				
ГД - 1	6 (2,7 %)	1 (0,5 %)	2 (0,7 %)	1 (0,5 %)
ГД - 2	13 (9,4 %)	14 (10,5 %)	16 (11,7 %)	22 (16,7 %)
p	0,002	0,001	0,001	0,002

Кількість одночасних проявів ШКН були вищими у ГД-2. Так, на 7-й день спостереження у ГД-2 більше трьох випадків ШКН спостерігались у 22 (16,7 %) постраждалих. Випадки відсутності перистальтики кишечника, протягом щонайменше одного дня дослідження становила 56,4 %, кількість постраждалих з клінічними проявами ШКН було 24 (6,4 %), при цьому летальність становила 54,2 %. Прояви ВЧГ були у 43,2 % при летальності 34,3 %. САК спостерігався в 14,6 % постраждалих із летальністю 68,5 %.

Висновки

1. У постраждалих із тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини летальність на 28-й день спостереження становила 36,7 %.

2. Найбільш частими проявами шлунково-кишкової недостатності в постраждалих із поєднаною травмою органів черевної порожнини є відсутність перистальтики (56,4 %) та ознаки внутрішньочеревної гіпертензії (43,2 %).

Перспективи подальших досліджень. Надалі планується розробка нового алгоритму ведення хворих, залежно від виявлених порушень.

Література

1. Acute intestinal failure in critically ill patients: is plasma citrulline the right marker? / G. Piton, C. Manzon, B. Cypriani [et al.] // Intensive Care Med. – 2011. – Vol. 37. – P. 911-917.
2. Calibration and discrimination by daily Logistic Organ Dysfunction scoring comparatively with daily Sequential Organ Failure Assessment scoring for predicting hospital mortality in critically ill patients / J.F. Timsit, J.P. Fosse, G. Troché [et al.] // Crit. Care Med. – 2002. – Vol. 30. – P. 2003-2013.

3. Clark J.A. Intestinal crosstalk: a new paradigm for understanding the gut as the "motor" of critical illness / J.A. Clark, C.M. Coopersmith // Shock. – 2007. – № 28. – P. 384-393.
4. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine / R.C. Bone, R.A. Balk, F.B. Cerra [et al.] // Chest. – 1992. – Vol. 101. – P. 1644-1655.
5. Gastrointestinal failure score in critically ill patients: a prospective observational study / B.A. Reintam, M. Malbrain, J. Starkopf [et al.] // Crit. Care. – 2008. – № 12. – P. 90.
6. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems / B.A. Reintam, M. Malbrain, J. Starkopf [et al.] // Intensive Care Med. – 2012. – № 38. – P. 384-394.
7. APACHE II: a severity of disease classification system / W.A. Knaus, E.A. Draper, D.P. Wagner, J.E. Zimmerman // Crit. Care Med. – 1985. – Vol. 13. – P. 818-829.
8. Mutlu G.M. GI complications in patients receiving mechanical ventilation / G.M. Mutlu, E.A. Mutlu, P. Factor // Chest. – 2001. – № 119. – P. 1222-1241.
9. Reintam A. Gastrointestinal symptoms in intensive care patients / A. Reintam, P. Parm, R. Kitus // Acta Anaesthesiol. Scand. – 2009. – № 53. – P. 318-324.
10. Sepsis-related Organ Failure Assessment score to describe organ dysfunction failure / J. Vincent, R. Moreno, J. Takala [et al.] // Intensive Care Med. – 2004. – № 22. – P. 707-710.
11. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients / F.L. Ferreira, D.P. Bota, A. Bross [et al.] // JAMA. – 2001. – Vol. 286. – P. 1754-1758.
12. The Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) versus the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score in outcome prediction / B.D. Peres, C. Mélot, F.F. Lopes [et al.] // Intensive Care Med. – 2002. – Vol. 28. – P. 1619-1624.

РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

В.Е. Крылюк, А.Г. Ифтодий, В.К. Гродецкий

Резюме. В статье приведены результаты ретроспективного исследования у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой органов брюшной полости, на предмет развития у них признаков желудочно-кишечной недостаточности. Среди 365 пострадавших летальность составила 36,7 %. Наиболее частыми проявлениями желудочно-кишечной недостаточности у пострадавших с сочетанной травмой органов брюшной полости является отсутствие перистальтики – 56,4 % и признаки внутрибрюшной гипертензии – 43,2 %.

Ключевые слова: травма брюшной полости, пострадавшие, расстройства функции желудочно-кишечного тракта.

UPSETS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN VICTIMS WITH
A COMBINED TRAUMA IN CASE OF POLYTRAUMA**V.O. Kryliuk, A.H. Iftodii, V.K. Hrodets'kyi*

Abstract. The paper presents the results of a retrospective research of victims with a severe combined trauma of the organs of the abdominal cavity for the purpose of developing in them of the signs of gastrointestinal insufficiency. The case fatality rate among 365 victims made up 36,5 %. The most common manifestation of the gastrointestinal insufficiency in victims with a combined trauma of the organs of the abdominal cavity is the absence of peristalsis – 56,4 % and the signs of intraabdominal hypertension – 43,2 %.

Key words: abdominal cavity trauma, victims, disorders of gastrointestinal tract.

*P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education (Kyiv)
Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Р.І. Сидорчук

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 2 (66). – P. 65-69

Надійшла до редакції 18.03.2013 року

© В.О. Крилюк, А.Г. Іфтодій, В.К. Гродецький, 2013

УДК 616.716.4-089.843-031:616-77

Р.А. Левандовський

БІОМЕХАНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КІЛЬКОСТІ ІМПЛАНТАТІВ
У МІЖМЕНТАЛЬНОМУ ПРОСТОРІ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ
ДЛЯ ФІКСАЦІЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ АПАРАТУРИ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
Приватна стоматологічна клініка д-ра Р. Левандовського, м. Коломия

Резюме. Проведено біомеханічне обґрунтування розміщення і кількості імплантатів у міжментальному просторі нижньої щелепи для фіксації ортопедичної апаратури. Дослідження проведено на 54 пацієнтах віком від 41 до 86 років (23 чоловіки та 31 жінка) зі складною щелепно-лицевою патологією, яким у міжментальній ділянці беззубої нижньої щелепи було уведено 207 імплантатів, із яких: 187 одноетапових нерозбірних та 20 двохетапових розбірних. Біомеханічно доведено,

що повноцінне функціонування ортопедичної апаратури залежить від кількості опорних фіксуючих елементів, а кількість імплантатів та варіанти їх розміщення - від конкретної клінічної ситуації.

Ключові слова: складна щелепно-лицева патологія, ортопедична апаратура, кількість і розміщення імплантатів, міжментальний простір нижньої щелепи, біомеханічне обґрунтування.

Вступ. Населення планети невпинно старіє, тому зростає частка людей з повною відсутністю зубів, зокрема на нижній щелепі (НЩ) [13]. У сучасній стоматології протезування на дентальних імплантатах є одним із основних та перевірених часом методів відновлення функції зубних рядів, що має прогнозовані віддалені результати [8, 12, 19]. Відомі різноманітні варіанти протезування при повній втраті зубів [4, 5]. Але, зі збільшенням тривалості життя жителів планети, виникає потреба в нових концепціях підходу до ортопедичної реабілітації беззубих щелеп, а саме: допомога пацієнтам із важкими соматичними захворюваннями, які втратили всі природні зуби внаслідок онкологічних проблем [11].

Останнім часом при протезуванні беззубої НЩ на імплантатах стали особливо популярними і затребуваними, так звані умовно-знімні протези (УЗП) [11, 12], покривні протези (ПП) [7, 2] або перекиваючі [13]. Для демонтажу УЗП потрібен додатковий інструмент (наприклад, викрутка), а це повинен зробити лікар. У тяжких соматичних

хворих, при повній адентії на нижній щелепі, застосовують протези, що демонтуються самим пацієнтом або обслуговуючим персоналом за допомогою індивідуальних ключів (рис. 1) [16].

Як же провести грань між протезом з акриловим базисом зі штучними яснами та штучними акриловими зубами, укріпленого на імплантатах за допомогою гвинтів, називаючи його умовно-знімним (УЗ), та протезом на балці (покривний, перекиваючий (ПП), який фіксується тими ж гвинтами, а сам протез знімається тільки з допомогою індивідуального ключа разом із балкою або без неї, шляхом індивідуального його виведення. Яка тоді різниця між викруткою для демонтажу УЗП без руйнування його та індивідуальним ключем, для зняття запропонованої нами конструкції протеза на імплантатах у міжментальній ділянці НЩ [16]. Тобто, гра слів, термінологій, неточність перекладів, навіть із авторитетних джерел, наявність у різних модифікаціях ОА елементів УЗ та ПП призводять до ситуацій, коли про одну і ту ж саму конструкцію тлумачать різні