

компенсація м'язами попереку при піднятті рук до гори; гіперемія та помітний набряк колінних суглобів, окружність яких складала: правий – 38.2см, лівий – 37.8см. Самою пацієнткою був відмічений сильний біль у колінних суглобах – оцінка 7 із 10. Окрім цього пацієнтка поскаржилась не тільки на больовий синдром, а й на малорухомість в колінних суглобах після незначних фізичних навантажень та після вставання вранці з ліжка. Додатково нею був виділений неспецифічний біль у спині, в області між лопаток, оцінений на 3-4 бали за шкалою VAS.

Після перших двох тижнів курсу фізичної терапії були відмічені об'єктивні покращення, а саме: гіперемія та набряк колінних суглобів зникли, окружність суглобів на даний момент складає: правий – 36.7см, лівий – 36.5см; контроль стопи та колінна (при згинанні в положенні стоячи) покращено; незначне зменшення больового синдрому: колінні суглоби – 5 балів за шкалою болю VAS та біль в спині – 3 бали за VAS; поліпшення контролю абдукторів та аддукторів стегна; дещо поліпшена гнучкість м'язів розгиначів та згиначів стегна; невелике покращення сили м'язів гомілки.

Наразі головною метою лікування пацієнтки є: відновлення цілісності структури суглобів, шляхом поліпшення їх трофіки та недопущення рецидивів у майбутньому, що є можливим тільки за умови формування правильного розподілення навантаження на тіло при будь-якій фізичній активності. Додатковою ціллю лікування є позбавлення від незначного болю в області між лопаток, шляхом корекції постави.

Висновки. Отже на даний момент ми спостерігаємо стабільну позитивну динаміку відновлення пацієнтки з гонартрозом 2 ступеню. Поставлені цілі потребують продовження лікування за обраною методикою та подальшого спостереження.

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОПУЩЕННЯ НИРОК (НЕФРОПТОЗУ)

Біленко В.Д.

Науковий керівник: Гладченко О.М.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

gomk55@ukr.net

Актуальність. Нефроптоз (опущення нирки) – патологічний стан, при якому нирка зміщується відносно нормального положення більш ніж на два хребці вниз. У нормі при вдиху і видиху нирка може "мігрувати" на відстань 6-7 см.

Мета роботи. Проаналізувати причини виникнення та значення анатомо-фізіологічних особливостей розташування нирок які можуть сприяти зміщенню нирки в сторону малого тазу, що стає причиною патологічних загинів кровоносних судин нирки та сечоводу.

Матеріал та методи. Дослідження та аналіз сучасної наукової та науково-методичної літератури з даної проблеми. Розглянути завдання, клінічні ознаки та засоби попередження цієї патології.

Отримані результати. Згідно з медичною статистикою, набагато частіше нефроптоз зустрічається у жінок, ніж у чоловіків. Як правило патологічний процес зачіпає праву нирку, оскільки вона розташовується нижче лівої. Через рухливість нирок порушується: архітектура судинного сплетення, внаслідок чого вони мають тенденцію до витончення і звуження. Порушується кровопостачання нирки, може деформуватися сечовід, в нирках затримується сеча, що може призвести до розвитку інфекційно -запального процесу (пієлонефриту).

Враховуючи це вивчення цієї патології є надзвичайно актуальним. Застосовуючи консервативні методи лікування блукаючої нирки: спеціальна лікувальна гімнастика для зміцнення м'язів живота; обмеження важких фізичних навантажень; носіння спеціального бандажа; посилене харчування для збільшення кількості жирової клітковини в ділянці нирок і в області живота, якщо хворий має недостатню масу тіла) можна зробити висновки що нефроптоз погано піддається лікуванню. Найбільш ефективним сучасним методом лікування є лапароскопічна нефропексія (фіксація нирок при нефроптозі). Лапароскопічне втручання, в порівнянні з відкритим доступом, набагато менше травмує пацієнта. Завдяки цьому скорочується термін перебування в стаціонарі та термін повного відновлення пацієнта, а пацієнт відчуває набагато менший дискомфорт.

Висновки. На основі вивчення літератури визначено, що найбільш ефективним сучасним методом лікування нефроптозу є лапароскопічна нефропексія.

ВПЛИВ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ ТА ЙОГО КОМБІНАЦІЇ З КРІОКОНСЕРВОВАНИМ ЕКСТРАКТОМ ПЛАЦЕНТИ НА ЛІПІДНИЙ БАЛАНС В СИРОВАТЦІ КРОВІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Гладких Ф. В., Михайлова І. П., Манченко А. О.

Науковий керівник: Чиж М. О.,

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, Харків, Україна

fedir.hladkykh@gmail.com

Актуальність. Відомо, що ліпіди відіграють важливу роль у життєдіяльності клітини, виступають структурними компонентами біомембран, енергетичним субстратом клітини, беруть участь у реакціях сигнальної трансдукції, екзо- та ендоцитозу тощо. Крім того вони беруть участь у фіксації білків фосфоліпідного бішару та забезпечують їхню відповідну орієнтацію у клітинній мембрані, є неполярним середовищем для жиророзчинних субстратів і кофакторів ферментів, зумовлюють їх фолдинг, а також виконують роль регуляторів і модуляторів ферментативної активності [Костишин Н.М. та співав., 2016]. Особливе значення порушення ліпідного гомеостазу мають при системних аутоімунних захворюваннях, зокрема ревматоїдному артриті – інтерлейкін (ІЛ)-1 β в артикулярних тканинах, ушкоджуючи хондроцити і синовіоцити, сприяє вивільненню мембранних фосфоліпідів, з яких за допомогою фосфоліпази А2 відокремлюється арахідонова кислота, яка мобілізується ферментом циклооксигеназою (ЦОГ)-2 і 5-ліпоксигеназою у прозапальні простагландини та лейкотрієни [Синяченко О.В. та співав., 2018].

Мета – оцінити рівень загальних ліпідів та фосфоліпідів у сироватці крові щурів з ад'ювантним артритом (АА) на тлі застосування диклофенаку натрію (ДН) та його комбінації з кріоконсервованим екстрактом плаценти (КЕП).

Матеріал та методи. Дослідження проведено на 28 щурах-самцях, розділених на 4 групи: I – інтактні щури (n=7), II (контроль) – щури (n=7) без лікування, III – щури (n=7), ліковані ДН (8,0 мг/кг, внутрішньошлунково), IV – щури (n=7), ліковані ДН (8,0 мг/кг, в/шл) та КЕП (0,16 мл/кг, внутрішньом'язово (в/м)). АА у щурів моделювали субплантарним введенням повного ад'юванту Фрейнда («0» день). Лікування АА проводили з 14 по 28 день. ДН вводили кожен день. КЕП («Кріоцелл-кріоекстракт плаценти») вводили в/м з інтервалом 2 дні (усього 5 ін'єкцій), відповідно на 14, 17, 20, 23 та 26 дні.