

Встановлення діагнозу хронічного гломерулонефриту визначають на характерних клінічних проявах, результатах інструментальних та лабораторних досліджень.

Мета. Метою дослідження був аналіз клінічних та лабораторних ознак хронічного гломерулонефриту.

Матеріали і методи. Практичну частину дослідження проводили на базі клініко-діагностичної лабораторії КНП «Міська клінічна лікарня № 2 імені проф. О.О. Шалімова» Харківської міської ради. За основу брали клінічні ознаки та зміни лабораторних показників. Значної уваги потребували пацієнти, що мали гострий, латентний та хронічний перебіг. За даними літературних джерел відомо, що хронічний дифузний гломерулонефрит – одне з найбільш частих захворювань нирок, у 15 % пацієнтів він є результатом гострого дифузного гломерулонефриту, а у 80–90 % – результатом повільнопротікаючого, клінічно слабо маніфестуючого (прихованого) перебігу, тому рання діагностика захворювання є дуже актуальною в профілактиці хронічних форм гломерулонефриту.

Результати і висновки. В результаті проведеного дослідження було означено наступні клінічні ознаки: біль у поперековій ділянці, що мав іррадіацію по ходу хребта, частіше у грудній відділ та кістки таза, інтенсивність, поява постійної втоми, безсоння, відсутності апетиту. 30% хворих в анамнезі мали різке підвищення АТ до 170/100 мм рт. ст. У 10% досліджених хворих мала місце поява ознак кров у сечі, інтенсивність цих проявів була різною. У клінічному аналізі сечі в усіх хворих мали місце: зміна кольору сечі (у більшості хворих поява кров'янистого відтінку), зменшення її густини, протеїнурія різного ступеня, мікрогематурія різного ступеня; наявними були зернисті, воскоподібні, еритроцитарні та жирові циліндри. Слід сказати, що початкових проявів гломерулонефриту для діагностики мало. Необхідно проводити комплексне дослідження даної патології у відповідності до клінічного протоколу. Загалом, при своєчасному лікуванні хронічного гломерулонефриту прогноз є позитивним, в іншому випадку шанси розвитку вищевказаних ускладнень є значно вищими.

Не можна говорити про профілактику гломерулонефриту як окремої хвороби, внаслідок того, що етіологія може бути різною. З метою профілактики захворювань нирок особливу увагу слід приділяти професійному лікуванню інфекційних та стрептококових захворювань (захворюванням шкіри, ангіні), що являють загальну небезпеку для здоров'я дорослих, вагітних жінок, підлітків і дітей різного віку, за наявності їх тривалості та схильності до хронічного перебігу.

ПИТАННЯ ЕТІОЛОГІЇ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ.

Карабут Л.В., Матвійчук О.П., Мукієнко Л.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) визначають як захворювання, що виникає внаслідок утворення каменів (конкрементів) у жовчному міхурі, рідше – у внутрішньопечінкових жовчних протоках, ще рідше – у загальній жовчній печінковій протоці. У розвинутих країнах зустрічається у 10-15% дорослого населення. Схильність до каменеутворення відзначається, головним чином, у людей з різними хворобами обміну речовин – ожирінням, діабетом. При жовчнокам'яній хворобі конкременти з'являються при випадінні в осад компонентів жовчі: солей кальцію, білка, пігментів жовчі та холестерину. Це досить серйозне захворювання, оскільки при цій патології має місце порушення складу жовчі, що призводить до застою жовчі, порушенню ліпідного обміну, а в особливо серйозних

випадках – інфікування. У деяких випадках жовчокам'яна хвороба може розвиватися в результаті запальних процесів, хірургічних операцій, аутоімунних захворювань або наявності супутніх захворювань. Питання етіології захворювання вважаються не достатньо вивченими.

Мета. Метою дослідження був аналіз літературних джерел з вивчення питань етіології жовчокам'яної хвороби та її ускладнень.

Матеріали і методи. Процес утворення каменів в жовчному міхурі провокують два основні чинники – застій жовчі в жовчному міхурі і підвищення концентрації солей в жовчі, більшість фахівців виділяють їх, як основні. Саме ці механізми, як правило, і є первинною причиною утворення конкрементів у протоках та самому жовчному міхурі: тверді компоненти випадають у вигляді осаду і з часом формують камені.

До причин виникнення конкрементів відносять і такі, як часте вживання жирного та смаженого, тобто продуктів з підвищеним рівнем холестерину; зниження концентрації жовчних кислот; порушення функції відтоку жовчі. Наступна категорія причин – малорухливий спосіб життя і, як наслідок, зайва вага.

Клінічно жовчні камені можуть тривалий час не проявлятися. Болі і інші симптоми виникають при проходженні каменю через протоки або при запаленні стінки жовчного міхура. Симптоми з'являються, коли камінь виходить з міхура в жовчні протоки, що визначається різким болем в області правого підребер'я, характер болю є переймоподібним, больові відчуття поступово повільно нарастають, досягаючи максимуму та є причиною госпіталізації. Також значно увагу приділяють попередженню виникнення ускладнень ЖКХ: гострому холециститу (запалення жовчного міхура); холангіту (запаленню загальної жовчної протоки) та механічній жовтяниці (коли каміння закупорюють жовчні шляхи і перешкоджають відтоку з печінки, перфорації міхура, що виникає в наслідок пролежня від великого каменю, при цьому у хворих виникають сильні болі в правому підребер'ї з напругою м'язів, блювання, брадикардія, яке змінюється тахікардією, результатом перфорації може бути або обмежений, або розлитий перитоніт.

Результати і висновки. З метою своєчасної профілактики виникнення ЖКХ та її ускладнень слід дотримуватись наступних рекомендацій: дотримуватись режиму харчування, обмежити вживання алкоголю, регулювати фізичні навантаження, дотримуватись режиму праці та відпочинку, при появі перших симптомів ЖКХ звернутися до лікаря.

ПОКАЗНИК ВІДНОСНОЇ ЩІЛЬНОСТІ СЕЧІ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК

Карабут Л.В., Матвійчук О.П., Остапеч М.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Клінічний аналіз сечі – лабораторне дослідження сечі, яке виконується з діагностичною метою для визначення характеру змін, що відбулись або тривають в організмі хворого. Дослідження сечі складається із вивчення фізичних, хімічних властивостей і мікроскопічного дослідження осаду сечі. У здорової людини щільність сечі складає 1010-1024 г/л, можливі його зміни протягом доби. Показник питомої ваги (відносної щільності) є обов'язковим пунктом в загальному аналізі сечі і відноситься до фізичних властивостей сечі.

Питома вага сечі (відносна щільність) відображає здатність нирок до концентрування і розведення сечі. Вона істотно залежить від обсягу споживаної рідини. Визначення питомої