

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ЧОЛОВІКІВ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

Г.Л. Пустовойт, С.М. Панасенко, Л.П. Саричев

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Збільшення тривалості та підвищення якості життя чоловічого населення повинно стати одним з пріоритетних напрямків медицини XXI століття. Старіння – процес неминучий, але детермінованості процесів вікової перебудови організму можна протиставити превентивні механізми. Виходячи з нейроендокринної теорії, зниження вмісту гормонів відбувається не тому, що ми старіємо, а навпаки, старіння є результатом зниження продукції гормонів. У першу чергу це стосується статевих гормонів – тестостерону. Доля вільного тестостерону не перевищує 2–3%. Але саме він забезпечує регуляцію біохімічних процесів в організмі. Доведено, що у чоловіків з нормальним рівнем тестостерону спостерігається нижча смертність.

Мета дослідження: вивчення гормонального балансу за показниками рівня загального та вільного тестостерону у чоловіків різних вікових груп, які не виказували скарг з боку серцево-судинної системи, не мали порушень обміну глюкози та психо-емоційних розладів.

Матеріали та методи дослідження. Групи спостереження формували методом випадкової вибірки. До I групи увійшли 23 особи середнього віку (45–59 років). До II групи увійшли 26 осіб похилого і старечого віку (≥60 років). Концентрацію загального та вільного (біодос-

тупного) тестостерону визначали імуноферментним методом (система Хема, Іспанія). Отримані дані порівнювали з відповідними віковими нормами зазначених показників.

Результати. За результатами дослідження, у 4 чоловіків (17,4%), що увійшли до I групи спостереження, було виявлено зниження рівня як загального так і вільного тестостерону, у 1 чоловіка (4,3%) – зниження рівня тільки загального тестостерону, тоді як рівень вільного тестостерону залишався у межах вікової норми.

У 7 чоловіків (26,9%), що увійшли до II групи спостереження, було виявлено зниження рівня як загального, так і вільного тестостерону, у 2 чоловіків (7,7%) – зниження рівня тільки загального тестостерону.

Висновок. Таким чином, у чоловіків старших вікових груп більше ніж у 1,5 рази частіше спостерігалось зниження рівня тестостерону порівняно з особами середнього віку. Враховуючи, що низький рівень тестостерону є предиктором серцево-судинних подій та розвитку інсуліно-резистентності ще до клінічних проявів захворювання, визначення рівня загального тестостерону можна вважати маркером включення пацієнтів до груп ризику з наступною корекцією гормонального статусу.

Адреса для листування

Г.Л. Пустовойт
E-mail: pustovoyit@i.ua

ДИНАМІКА РЕГІОНАЛЬНОГО МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ У ПАЦІЄНТІВ УРОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Я.В. Саричев, Г.Л. Пустовойт, Л.П. Саричев

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Проблема антибіотикорезистентності є однією з найважливіших у XXI столітті. За умови відсутності нових препаратів у світовій фармакопеї єдиним способом стримати розвиток бакте-

ріальної резистентності залишається зміна режимів застосування антибіотиків, особливо емпіричного.

Мета дослідження: з'ясування динаміки змін регіонального мікробного пейзажу у

пацієнтів урологічного стаціонару для вибору оптимального режиму емпіричної антибіотико-профілактики та антибіотикотерапії з подоланням антибіотикорезистентності.

Матеріали та методи дослідження. Масив дослідження склав 360 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні у 2010–2011 (I група) та 2014–2015 (II група) роках. До масиву увійшли 245 пацієнтів без дренажів (68,1%), 115 пацієнтів з дренажами (31,9%). При бактеріологічному дослідженні сечі більше 2 інфекційних збудників виділені у 79 пацієнтів (21,9%). При цьому у 309 пацієнтів (85,8%) бактеріальне число перевищувало 10^4 КУО/мл. У мікробному пейзажі у пацієнтів I групи превалювала *E. coli*, друге місце посіла *Kl.pneumoniae*, третє – бактерії роду *Proteus*, у меншого відсотка пацієнтів виділяли *E. fecalis* і *Ps.aeruginosa*. У пацієнтів II групи перше місце посів *E. fecalis*, друге – *Kl. pneumoniae*, третє – *E. coli*, у меншого відсотка виділені бактерії пологів *Proteus* і *Enterobacter*, а також *Ps. aeruginosa*.

Адреса для листування

Я.В. Саричев
E-mail: yarsa@i.ua

ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МІХУРОВО-СЕЧОВІДНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ

Б.М. Зіняк, Ю.Р. Доценко, Б.Д. Баб'як, А.Ф. Салоха, В.В. Ковальов

Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня

Вступ. Чисельність та висока розповсюдженість, важкість ускладнень, та нерідко, фатальна приреченість дітей з вродженими вадами органів сечовидільної системи (СВС), заставляють розглядати дану проблему, як дуже актуальну. Збільшення в останні роки кількості новонароджених дітей з вадами СВС спонукає шукати нові методи діагностики і лікування. Несвоечасно виявлене та неадекватно ліковане захворювання сприяє ранній хронізації та інвалідизації дітей, що становить медико-соціальну проблему. Однією з вроджених та набутих вад органів СВС є рефлюкс-паталогія, а точніше міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР). МСР – це переміщення вмісту сечового міхура в ретроградно-

Результати. Заслугує на увагу той факт, що лише 72% мікроорганізмів у пацієнтів II групи виявилися чутливими до карбапенемів, фосфоміцину та препаратів нітрофурантоїнового ряду, близько половини – до напівсинтетичних пеніцилінів, цефалоспоринів III покоління, аміноглікозидів і тільки 1/3 – до препаратів фторхінолонового ряду. За результатами дослідження найбільша стійкість до антибактеріальних препаратів виявлена у *Ps. aeruginosa* і *Enterococcus fecalis*.

Звертає на себе увагу той факт, що при повторному бактеріологічному дослідженні на 3-тю–4-ту добу після госпіталізації до стаціонару у одного і того ж пацієнта відбувається заміщення негоспітального збудника (*E. coli*) на госпітальні штами (*E. fecalis*, *E. faecium*, *K. pneumoniae*, *Ps. aeruginosa*).

Висновок. Таким чином, визначення регіонального мікробного пейзажу у пацієнтів урологічного стаціонару є вкрай важливим для раціональної антибіотикотерапії, що дозволяє уникнути невиправданого призначення неефективного антибактеріального препарату та антибіотикорезистентності в подальшому.

му напрямку, що є нефізіологічним. МСР є структурно-функціональною аномалією міхурово-сечовідного з'єднання, з порушенням його замикаючого апарату. Виникає МСР внаслідок генетично детермінованого порушення розвитку інтрамурального відділу сечоводу, найчастіше його вкорочення, або внаслідок нейрогенних розладів сечового міхура, та після перенесеного запалення. Зазвичай виділяють 5 ступенів хвороби. У лікуванні недуги, поряд з відкритими методиками активно використовують малоінвазивне лікування, що полягає у ендоскопічному трансуретральному введенні різного роду речовин під власну пластинку підслизового шару вічка рефлюксуючого сечоводу.