

Міністерство
охорони здоров'я України
Івано-Франківський
національний медичний університет

Засновник та видавець
Івано-Франківський
національний медичний університет
Свідоцтво про державну реєстрацію
серія KB №7296
від 14.05.2003 року

Рекомендовано до друку
Вченою Радою
Івано-Франківського
національного медичного
університету
протокол № 15 від 29.08.2016 р.

Адреса редакції:
Україна,
76018 м.Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2
Івано-Франківський національний
медичний університет
Телефон: (0342) 53-79-84
факс (03422) 2-42-95
ojs.ifnmu.edu.ua
E-mail: glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Комп'ютерний набір і
верстка редакції журналу
"Галицький лікарський вісник"
Підписано до друку 30.08.2016 р.
Формат 60/88 1/2 Обсяг - 16 друк. арк.
Друк офсетний. Наклад 200
Тираж здійснено у видавництві
Івано-Франківського національного
медичного університету.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої
справи до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої
продукції.
ДК №2361 від 05.12.2005 р.
76018, м.Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2.

ISSN 2306-4285 (Ukrainian ed. Print)
ISSN 2414-1518 (English ed. Online)

ГАЛИЦЬКИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

Щоквартальний науково-практичний часопис
Заснований в 1994 році

Журнал включений до міжнародної
наукометричної бази INDEX COPERNICUS

Індексується в: **BASE (Bielefeld Academic Search Engine),
WorldCat, Google Scholar, ResearchBib, OpenAIRE**



Відомості про журнал розміщені в **Electronic Journals Library**

Том 23 - число 3 - 2016
частина 3

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор - М.М. Рожко

Вакалюк І.П. (заступник головного редактора)
Попадинець О.Г. (відповідальний секретар)
Вишиванюк В.Ю. (секретар), Боцюрко В.І., Вірстюк Н.Г.,
Волосянко А.Б., Воронич-Семченко Н.М., Геращенко С.Б.,
Гудз І.М., Ерстенюк А.М., Ємельяненко І.В., Заяць Л.М.,
Ковальчук Л.Є., Мізюк М.І., Міщук В.Г., Ожоган З.Р.,
Середюк Н.М., Яцишин Р.І.

Редакційна рада

Бальцер К. (ФРН), Вагнер Р. (США), Волков В.І. (Україна),
Волошин О.І. (Україна), Генік С.М. (Україна), Енк П. (ФРН),
Ковальчук І.П. (Канада), Ковальчук О.В. (Канада),
Луценко Н.С. (Україна), Мальцев Е.В. (Україна),
Пенішкевич Я.І. (Україна), Поворознюк В.В. (Україна),
Погрібний І.П. (США), Сергієнко А.М. (Україна),
Сергієнко М.М. (Україна), Скальний А.В. (Росія),
Скрипник Р.Л. (Україна), Усов В.Я. (Україна), Швед М.І. (Україна)

Робота редакційної колегії орієнтована на норми та принципи International Committee of Medical Journal Editors

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт (Наказ МОН України №241 від 09.03.2016 року)

© Видавництво Івано-Франківського національного медичного університету, 2016
© Галицький лікарський вісник, 2016

The Ministry
of Health Care of Ukraine
Ivano-Frankivsk
National Medical University

Founder and publisher
Ivano-Frankivsk National
Medical University
Certificate of state registration
series KB № 7296 of 14.05.2003

Approved for publication by
the Scientific Council of
the Ivano-Frankivsk
National Medical University
Minutes № 15 of 29.08.2016

Address of the editorial office:
Ivano-Frankivsk National
Medical University
Halytska Street, 2
Ivano-Frankivsk 76018
Ukraine
Tel: (0342) 53-79-84
Fax (03422) 2-42-95
ojs.ifnmu.edu.ua
E-mail: glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Typesetting services
and layout by the editorial staff
of *Galician Medical Journal*.
Passed for printing 30.08.2016
Format 60/88 1/2 Volume – 16 quires.
Offset printing. Circulation 200.
Printed in the publishing house
of the Ivano-Frankivsk National
Medical University.
Certificate of introduction of the publishing
entity into the State Register of Publishers,
manufacturers and distributors
of publishing products.
ДК №2361 of 05.12.2005.
Halytska Street 2,
Ivano-Frankivsk 76018.

GALIC'KIJ LIKARS'KIJ VISNIK GALICIAN MEDICAL JOURNAL

Quarterly scientific and practical journal
Established in 1994

The journal is included in the International Scientometrics Database
INDEX COPERNICUS

Indexed in: **BASE (Bielefeld Academic Search Engine),
WorldCat, Google Scholar, ResearchBib, OpenAIRE**



Information about the journal is available at **Electronic Journals Library**

Volume 23 - number 3 – 2016
part 3

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief – M. M. Rozhko

Vakaliuk I.P. (Deputy Editor)
Popadynets O.H. (Executive Associate Editor)
Vyshyvaniuk V.Yu. (Associate Editor), Botsiurko V.I.,
Virstiuk N.G., Volosianko A.B., Voronych-Semchenko N.M.,
Herashchenko S.B., Hudz I.M., Ersteniuk G.M.,
Yemelianenko I.V., Zaiats L.M., Kovalchuk L.Ye.,
Miziuk M.I., Mishchuk V.G., Ozhohan Z.R., Serediuk N.M.,
Yatsyshyn R.I.

Editorial Council

Balzer K. (Germany), Wagner R. (USA), Volkov V.I. (Ukraine),
Voloshyn O.I. (Ukraine), Henyk S.M. (Ukraine),
Enck P. (Germany), Kovalchuk I.P. (Canada),
Kovalchuk O.V. (Canada), Lutsenko N.S. (Ukraine),
Maltsev E.V. (Ukraine), Penishkevych Ya.I. (Ukraine),
Povorozniuk V.V. (Ukraine), Pohribnyi I.P. (USA),
Serhienko A.M. (Ukraine), Serhienko M.M. (Ukraine),
Skalniy A.V. (Russia), Skrypnyk R.L. (Ukraine),
Usov V.Ya. (Ukraine), Shved M.I. (Ukraine)

The work of the Editorial Board is focused on the norms and principles of the International Committee of Medical Journal Editors

The Journal is on the List of Specialized Editions in which the main results of theses are allowed to be published (The Order of Ministry of Education and Science of Ukraine of 09.03.2016, No 241)

терним є підвищення рівня тромбоцитарного фактору росту (PDGF). Він є сильним мітогеном сполучної тканини. Також PDGF стимулює таксис фібробластів, гладеньких міоцитів, нейтрофілів та макрофагів, посилює продукцію фібронектину та гіалуронової кислоти (4).

Результати і обговорення

У результаті дослідження виявлено, що на молочних залозах дефектні рубці утворюються внаслідок сукупності патологічних процесів інших органів і систем. Таким чином, наявність дефектних рубців слід розцінювати як одну з перших ознак патології інших органів. Також, слід ретельно збирати анамнез пацієнток перед операціями на молочних залозах, акцентуючи увагу на питаннях та дослідженнях на наявність патологічних процесів у перерахованих процесах організму в цілому. Таким чином вживати необхідних заходів на їх лікування, що, в свою чергу, буде профілактичним заходом утворення дефектних рубців молочних залоз.

Висновки

Покращуючи обмін речовин та впливаючи на корекцію гормональних порушень, а також застосування запропонованих способів профілактики повторного утворення Д.Р. після їх висічення та малоінвазивного лікування їх за допомогою описаного способу можна усунути хаотичний неконтрольований синтез колагену і таким чином також унеможливити запуск каскаду реакцій, які спричинять передумови утворення ДР.

Література

1. Верещака В. В. Роль ОН- та NH груп оксипроліну в процесах лазероім. структурування колагену/ Верещака В.В. Каложна Л.Д. // Укр. Ж-л. дерм., венерол., космет. – 2007-№4.-с.60-65.
2. Макаров В. В. Естет. Аспекти хир. Леч. Доброкач. образований мол. Железы. /Макаров В.В. // Хар. Хир. Гинекол.-2016.-№2.с.160-163.
3. Сучасні аспекти лікування келоїдних рубців (огляд літератури)/ С. А.Левицька, Б. М.Боднар, О. Б.Боднар, К. І.Яковець/ / клін. та експ.патологія.-2016.-т.15,№1.с.194-197.
4. Bommie F. S. Models of abnormal scarring [Electronic resource]/ F. S. Bommie, Jun Young Lee, Sung-No Jung //Bio Med Res.Inst-2013.-Access mode:http://dx.doi.org/10.1155/2013/423147
5. Braun A. A. Completeness of posttraumatic regeneration of the skin in warm-blooded animals /A. A.Braun, E. A.Efimov // Bull.Experim. boil. Med-1971.-v.71,13.-p.305-308.
6. Riggio E. Breast Reconstruction Approach to Conservative Surgery [Electronic Resource] Edigio Riggio, Valentina Visintini.-Access mode: http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/27952.pdf
7. Surgical Treatment of deep breast burns: a 25 year experience / C.No Quoc, J. Bougulia, A. Brun[et al]//Ann.Chirurg.Plastic.Esthet.-

2012.-v.57,№4.-P.308-374.

Рибчинський Г. О.

Некоторые аспекты ведения пациенток с дефектными рубцами молочных желез с хронической воспалительной фиброзно-кистозной мастопатией и секторальными резекциями в анамнезе

Кафедра хирургии и сосудистой хирургии, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика, Львовский государственный онкологический региональный лечебно-диагностический центр

Резюме: В данной публикации описано основные причины и некоторые аспекты образования дефектных рубцов молочных желез и обосновано комплексное влияние факторов риска их образования. Приведено примеры малоинвазивного устранения дефектных рубцов из использованием авторского способа их лечения, а также способа ведения пациенток после хирургического иссечения дефектных рубцов и после секторальных резекций молочных желез с целью профилактики их повторного образования. Изображено актуальность эстетического фактора у пациенток с фиброзно-кистозной болезнью молочных желез с воспалительным компонентом хронического течения в том числе нелеченной.

Ключевые слова: дефектные рубцы, гипертрофические рубцы, патогенез дефектных рубцов, операции на молочных железах, наследственные дефектные рубцы.

Н.О. Рыбчинский

Some Aspects of Management of Patients with Defective Scars of Breast with Chronic Inflammatory Fibrocystic Mastopathy and Sector Resections In Anamnesis

The Department of Surgery and Vascular Surgery
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Kyiv, Ukraine

Lviv State Regional Cancer Detection Diagnostic and Treatment Center Lviv, Ukraine

doc@mamolog.lviv.ua

Abstract. This publication describes the main reasons and some aspects of breast defective scar appearance and explains the comprehensive impact of risk factors leading to their appearance. Some examples of minimum invasive treatment of defective scars using the author's own method of treatment as well as the way of patients' management after surgical treatment of defective scars or after breast sector resection aimed at prevention of defective scars recurrence are provided. The importance and topicality of esthetic factor in patients with fibrocystic disease of breast with chronic inflammatory component including untreated one are highlighted.

Keywords: treatment defective scars, mammary gland, keloid scars, hypertrophic scars, defective scar pathogenesis, mammary gland surgery, inherited defective scars, chronic fibrocystic mastopathy, inflammatory lacteal cyst, mastitis.

Надійшла 19.07.2016 року.

УДК 612.466:616.613-003.7-036-07

Роговий Ю.С., Аріичук О.І.

Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за умов нефролітіазу з розміром конкрементів 0,6 – 1 см верхньої, середньої чашки та верхньої третини сечоводу

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

rohovy2012@yandex.ua

Резюме. Вступ. Сечокам'яна хвороба як найбільш поширене урологічне захворювання характеризується частими ранніми рецидивами, набуває соціального характеру, оскільки дані хворі складають 30 - 45% усіх урологічних хворих, а у Європі дане захворювання виявляється в 2% населення.

Мета дослідження - з'ясувати стан процесів клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за умов розвитку

нефролітіазу в хворих з розміром конкремента 0,6-1,0 см верхньої третини сечоводу, верхньої та середньої чашки.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 30 хворих на нефролітіаз, 10 пацієнтів склали контрольну групу.

Результати дослідження. Встановлено, що за умов розвитку нефролітіазу з розміром конкремента 0,6-1,0 см за умов гіпонатрієвого раціону харчування зберігаються механізми клубочково-

каналцевого та каналцево-каналцевого балансу із наявністю позитивних кореляційних зв'язків клубочкової фільтрації з абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію та відносною реабсорбцією води у всіх групах обстеження.

Висновки. Дисфункція клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу наростає в такій послідовності: верхня третина сечоводу із тенденцією посилення сили кореляційних зв'язків відносно реабсорбції води з клубочковою фільтрацією, абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію; середня чашка із встановленням двох нових негативних кореляційних залежностей діурезу, дистальної реабсорбції іонів натрію з відносною реабсорбцією води; верхня чашка із формуванням восьми нових негативних кореляційних залежностей у структурі клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу.

Ключові слова: нирки, клубочково-каналцевий баланс, каналцево-каналцевий баланс, нефролітіаз.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Добре відомо, що виконання ниркою осмо-, волю-, кислото-, іонорегуляторних функцій щодо забезпечення гомеостазу організму істотно залежить від процесів клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу [10, 11, 12]. Розлади яких досить глибоко вивчені в експерименті на щурах за умов сулемової нефропатії [5], гемічної гіпоксії [2], розвитку гарячки [6], навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу [7], експериментальному перитоніті [1]. Водночас, за умов розвитку нефролітіазу [8, 9], в пацієнтів з розміром конкремента 0,6-1,0 см верхньої третини сечоводу, верхньої та середньої чашки також може спостерігатися дисфункція процесів клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу. На жаль, ця проблема до сьогоднішнього дня залишається недостатньо вивченою.

Мета дослідження - з'ясувати стан процесів клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу за умов розвитку нефролітіазу в хворих з розміром конкремента 0,6-1,0 см верхньої третини сечоводу, верхньої та середньої чашки.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 30 хворих на нефролітіаз, 10 пацієнтів склали контрольну групу. Функціональний стан нирок досліджували за умов водного навантаження. Пацієнти споживали водопровідну воду, підігріту до температури 37°C в кількості 2% від маси тіла. Величину діурезу (V) оцінювали в л/2 год*1,72 м² площі поверхні тіла. Після водного навантаження з метою отримання плазми, кров з вени збирали в пробірки з гепарином. У плазмі крові і сечі визначали концентрацію креатиніну за реакцією з піриновим кислотою, іонів натрію та калію - методом фотометрії полум'я на ФПЛ-1, білка за методом із сульфосаліциловою кислотою. Розраховували показники їх екскреції з сечею. Швидкість клубочкової фільтрації (C_{cr}) оцінювали за кліренсом ендogenous креатиніну, яку розраховували за формулою: C_{cr} = U_{cr} * V / P_{cr}, де U_{cr} і P_{cr} - концентрація креатиніну в сечі і плазмі крові відповідно. Відносну реабсорбцію води (RH₂O %) оцінювали за формулою: RH₂O % = (C_{cr} - V) / C_{cr} * 100%. Абсолютну реабсорбцію іонів натрію (RFNa⁺) розраховували за формулою: RFNa⁺ = C_{cr} * PNa⁺ - V¹ UNa⁺. Досліджували проксимальну та дистальну реабсорбцію іонів натрію (T^pNa⁺, T^dNa⁺). Розрахунки проводили за формулами: T^pNa⁺ = (C_{cr} - V) * PNa⁺; T^dNa⁺ = (PNa⁺ - UNa⁺) * V, [2, 4, 6].

Стан клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу оцінювали шляхом проведення кореляційного аналізу між процесами клубочкової фільтрації, абсолютної, проксимальної, дистальної реабсорбції іонів натрію та відносно реабсорбції води [1,2].

Усі дослідження виконані з дотриманням «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ICH GCP (1996р.), Директиви ЄЕС №609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України №690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012р.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою комп'ютерних програм "Statgrafics" та "Exel 7.0".

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження процесів клубочково-каналцевого та ка-

Таблиця 1. Стан клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу нирок у здорових пацієнтів (n=10)

	V	C _{cr}	RFNa ⁺	T ^p Na ⁺	T ^d Na ⁺	RH ₂ O %
V					0,974 p<0,001	
C _{cr}			0,999 p<0,001	0,998 p<0,001		0,749 p<0,02
RFNa ⁺				0,999 p<0,001		0,747 p<0,02
T ^p Na ⁺						0,748 p<0,02
T ^d Na ⁺						
RH ₂ O %						

Примітка, тут і в табл.2,3,4: V - діурез (л/2 год * 1,72 м²); C_{cr} - клубочкова фільтрація (мл/хв*1,72 м²); RFNa⁺ - абсолютна реабсорбція іонів натрію (ммоль/хв * 1,72 м²); T^pNa⁺ - проксимальна реабсорбція іонів натрію (ммоль/хв * 1,72 м²); T^dNa⁺ - дистальна реабсорбція іонів натрію (ммоль/2 год * 1,72 м²); RH₂O % - відносна реабсорбція води (%); p - вірогідність кореляційного зв'язку; n - число спостережень

каналцево-каналцевого балансу в здорових пацієнтів контрольної групи показало наявність вірогідних позитивних кореляційних зв'язків між клубочковою фільтрацією та абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію та відносною реабсорбцією води (табл. 1). При цьому абсолютна реабсорбція іонів натрію прямо-пропорційно корелювала з проксимальною реабсорбцією цього катіону і відносною реабсорбцією води. Крім того, проксимальна реабсорбція іонів натрію була зв'язана позитивною кореляційною залежністю з відносною реабсорбцією води. Дистальна реабсорбція іонів натрію позитивно корелювала з діурезом.

За умов розвитку нефролітіазу з розміром конкремента 0,6-1,0 см у всіх обстежуваних групах зберігається структура клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу (табл.2, 3, 4) із деяким посиленням сили кореляційних зв'язків відносно реабсорбції води з клубочковою фільтрацією, абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію у пацієнтів на нефролітіаз з локалізацією конкремента у верхній чашці та верхній третині сечоводу. Крім того, при локалізації конкремента в середній чашці встановлюються дві нові негативні кореляційні залежності діурезу, дистальної реабсорбції іонів натрію з відносною реабсорбцією води. Водночас, за локалізації конкремента у верхній чашці формуються вісім нових негативних кореляційних залежностей в структурі клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу.

У здорових пацієнтів реалізація клубочково-каналцевого балансу полягала в тому, що зростання клубочкової фільтрації призводило до збільшення фільтраційного завантаження каналців нефрону і зростання абсолютної, проксимальної реабсорбції іонів натрію. Наявність позитивних

Таблиця 2. Стан клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу нирок у пацієнтів на нефролітіаз із розміром конкремента 0,6 -1,0 см верхньої третини сечоводу (n=10)

	V	C _{cr}	RFNa ⁺	T ^p Na ⁺	T ^d Na ⁺	RH ₂ O %
V					0,976 p< 0,001	
C _{cr}			0,999 p<0,001	0,999 p< 0,001		0,809 p< 0,01
RFNa ⁺				0,999 p< 0,001		0,822 p< 0,01
T ^p Na ⁺						0,822 p< 0,01
T ^d Na ⁺						
RH ₂ O %						

Таблиця 3. Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу нирок у пацієнтів на нефролітіаз із розміром конкремента 0,6 -1,0 см середньої чашки (n=10)

	V	C _{cr}	RFNa ⁺	T ^P Na ⁺	T ^d Na ⁺	RH ₂ O %
V					0,994 p<0,001	-0,755 p<0,02
C _{cr}			0,999 p<0,001	0,999 p<0,001		0,783 p<0,01
RFNa ⁺				0,999 p<0,001		0,770 p<0,01
T ^P Na ⁺						0,778 p<0,01
T ^d Na ⁺						-0,786 p<0,01
RH ₂ O %						

кореляційних зв'язків клубочкової фільтрації, абсолютної і проксимальної реабсорбції іонів натрію з відносною реабсорбцією води вказує на деяку роль пасивних процесів транспорту на рівні проксимального відділу нефрона в реалізації механізмів клубочково-канальцевого балансу в нормі. Позитивний кореляційний зв'язок діурезу з дистальним транспортом іонів натрію зумовлений деякою автономністю дистального відділу нефрона в забезпеченні досліджуваних процесів. Наявність аналогічної структури кореляційних зв'язків за умов нефролітіазу в усіх групах обстеження вказує на збереження клубочково-канальцевого балансу за умов розвитку досліджуваних патологічних процесів. Деяке посилення сили кореляційних зв'язків відносно реабсорбції води з клубочковою фільтрацією, абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію у пацієнтів на нефролітіаз з локалізацією конкремента у верхній чашці та верхній третині сечоводу зумовлене "прихованим" ушкодженням проксимального відділу нефрона [3].

При локалізації конкремента в середній чашці, встановлені дві нові негативні кореляційні залежності діурезу, дистальної реабсорбції іонів натрію з відносною реабсорбцією води пояснюються розвитком дисфункції дистального каналця з осадженням уратів та оксалатів у кислому середовищі на рівні даного відділу нефрона [8].

За умови локалізації конкремента у верхній чашці, сформовані вісім нових негативних кореляційних залежностей у структурі клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу, які зумовлені істотними розладами досліджуваних процесів за рахунок "прихованого" ушкодження проксимального відділу нефрона [3] та суттєвої дисфункції дистального каналця.

Висновки

1. За умов розвитку нефролітіазу з розміром конкремента 0,6-1,0 см за гіпонатрієвого раціону харчування зберігаються механізми клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу із наявністю позитивних кореляційних зв'язків клубочкової фільтрації, абсолютної і проксимальної реабсорбції іонів натрію з відносною реабсорбцією води у всіх групах обстеження.

2. Дисфункція клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу наростає в такій послідовності: верхня третина сечоводу із тенденцією посилення сили кореляційних зв'язків відносно реабсорбції води з клубочковою фільтрацією, абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію; середня чашка із встановленням двох нових негативних кореляційних залежностей діурезу, дистальної реабсорбції іонів натрію з відносною реабсорбцією води; верхня чашка із формуванням восьми нових негативних кореляційних залежностей в структурі клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають у з'ясуванні ролі цитокінів у механізмах

Таблиця 4. Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу нирок у пацієнтів на нефролітіаз із розміром конкремента 0,6 -1,0 см верхньої чашки (n=10)

	V	C _{cr}	RFNa ⁺	T ^P Na ⁺	T ^d Na ⁺	RH ₂ O %	
V			-0,925 p<0,001	-0,969 p<0,001	-0,964 p<0,001	0,976 p<0,001	-0,995 p<0,001
C _{cr}				0,991 p<0,001	0,991 p<0,001	-0,968 p<0,001	0,941 p<0,01
RFNa ⁺					0,999 p<0,001	-0,981 p<0,001	0,976 p<0,001
T ^P Na ⁺						-0,983 p<0,001	0,976 p<0,001
T ^d Na ⁺							-0,973 p<0,001
RH ₂ O %							

розладу клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за розвитку нефролітіазу.

Література

- Білокий О.В. Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу при експериментальному жовчному перитоніті /О.В.Білокий, Ю.С.Роговий, В.В.Білокий// Галицький лікарський вісник.- 2015.- № 3.- С. 8 – 11.
- Бойчук Т.М. Патолофізіологія гепаторенального синдрому при гемічній гіпоксії/ Т.М.Бойчук, Ю.С.Роговий, Г.Б.Попович // Чернівці: Медичний університет, 2012.- 192 с.
- "Приховане" ушкодження проксимального відділу нефрону/ А.І.Гоженко, Ю.С.Роговий, О.С.Федорук [та ін.]/ Одеський мед. ж.- 2001.-№5.-С. 16-19.
- Роговий Ю.С. Механізми розвитку тубуло-інтерстиційних пошкоджень при патології нирок (експериментальне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.03.04 "Патологічна фізіологія"/Ю.С.Роговий.- Одеса, 2000.- 36 с.
- Роговий Ю.С. Патолофізіологія гепаторенального синдрому на поліурічний стадії сулемової нефропатії/ Ю.С.Роговий, О.В.Злотар, Л.О.Філіпова// Чернівці: Медичний університет, 2012.- 197 с.
- Роговий Ю.С. Патолофізіологія нирок за розвитку гарячки / Ю.С.Роговий, Т.Г.Копчук, Л.О.Філіпова //Чернівці: Медичний університет,2015.-184 с.
- Роговий Ю.С. Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу/ Ю.С.Роговий, О.В.Колеснік/Галицький лікарський вісник.- 2015.- Т. 22, № 4 (частина 2).- С. 56 – 60.
- Braun C.A. Pathophysiology: a clinical approach/ C.A.Braun, C.M.Anderson].-[2nd ed.]-Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins.- 2011.- 526 p.
- Rohovyy Yu.Ye. Essential pathophysiology for medical students/ Yu. Ye.Rohovyy, L.O.Filipova, V.A.Doroshko.-Chernivsti: Misto, 2011.- 296 p.
- Haberle D.A. Characteristic of glomerulotubular balance/ D.A.Haberle, H. von Baeyer // Amer. J. Physiol.-1983.- V. 244, N 4.- P. 355-366.
- Lumbers E.R. The role of the distal tubule in glomerulotubular balance in the developing kidney/ E.R.Lumbers, K.J. Hill // Proc. Austral. Physiol. and Pharmacol. Soc.-1987.- V. 18, N 1.- P. 16.
- Tucker B.J., Blantz R.C. Determinants of proximal tubular reabsorption as mechanisms of glomerulotubular balance/ B.J.Tucker, R.C. Blantz. // Amer. J. Physiol.-1978.-V. 235, N 2.- P. 142-150.

Роговий Ю.Е., Арийчук А.И.

Состояние клубочково-канальцевого и канальцево-канальцевого баланса в условиях нефролитиаза с размером конкрементов 0,6 - 1 см верхней, средней чашки и верхней трети мочеточника

Резюме. Введение. Мочекаменная болезнь как наиболее распространенное урологическое заболевание характеризуется частыми ранними рецидивами, приобретает социальный характер, поскольку данные болезни составляют 30 - 45% всех урологических болезней, а в Европе это заболевание наблюдается в 2% населения.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 больных с нефролитиазом, 10 пациентов составили контрольную группу.

Цель исследования - выяснить состояние процессов клубочково-канальцевого и канальцево-канальцевого баланса в условиях

розвиття нефролітиаза в больних с розміром конкремента 0,6-1,0 см верхньої треті мочеточника, верхньої і середньої чашки.

Результати дослідження. Показано, що в умовах розвитку нефролітиаза с розміром конкремента 0,6-1,0 см в умовах гіпонатрієвого раціону харчування зберігаються механізми клубочково-канальцевого і канальцево-канальцевого балансу с наявністю позитивних кореляційних зв'язків клубочкової фільтрації с абсолютної і проксимальної реабсорбції іонів натрію і відносної реабсорбції води во всіх групах дослідження.

Висновки. Дисфункція клубочково-канальцевого і канальцево-канальцевого балансу наростає в такій послідовності: верхня третя мочеточника с тенденцією посилення сили кореляційних зв'язків відносної реабсорбції води с клубочкової фільтрації, абсолютної, проксимальної реабсорбції іонів натрію; середня чашка с установкою двох нових негативних кореляційних залежностей діуреза, дистальної реабсорбції іонів натрію с відносної реабсорбції води; верхня чашка с формуванням восьми нових негативних кореляційних залежностей в структурі клубочково-канальцевого і канальцево-канальцевого балансу.

Ключові слова: *почки, клубочково-канальцевий баланс, канальцево-канальцевий баланс, нефролітиаз.*

Yu.Ye. Rohovyy, O.I. Artychuk

State of glomerular-tubular and tubular-tubular balance in terms nephrolithiasis with concretions of 0.6 - 1 cm in size of top, middle calix and upper third of the ureter

Abstract. Introduction. Urolithiasis is the most common urological

disease characterized by frequent relapses early, becoming a social nature as these patients constitute 30 - 45% of all urological patients. This disease is observed in 2% of the population in Europe.

The objective of the research was to clarify the state of glomerular-tubular and tubular-tubular balance in terms of nephrolithiasis in people with concretions of 0.6-1.0 cm in size of the upper third of the ureter, upper and middle calix.

Material and methods. The study involved 30 patients with nephrolithiasis. Control group included 10 patients.

Research results. Mechanisms of glomerular-tubular and tubular-tubular balance with the presence of positive correlation of glomerular filtration with absolute, proximal reabsorption of sodium ions and relative reabsorption of water were preserved in each study group under the conditions of nephrolithiasis with concretion size of 0.6-1.0 cm in terms of low-sodium food ration.

Conclusions. Dysfunction of glomerular-tubular and tubular-tubular balance increases in the following order: upper third of the ureter with a tendency towards correlations strength of water reabsorption with the glomerular filtration, absolute, proximal reabsorption of sodium ions; middle calix with the establishment of two new negative correlation dependencies of diuresis, distal reabsorption of sodium ions with relative reabsorption of water; upper calix with formation of eight new negative correlation dependencies in the structure of glomerular-tubular and tubular-tubular balance.

Key words: *kidneys; glomerular-tubular balance; tubular-tubular balance; nephrolithiasis.*

Надійшла 15.06.2016 року.

УДК 616-089-072.1-053.2

Русак П.С., Волошин Ю.Л.

Віддалені наслідки лікування дітей з абдомінальною формою крипторхізму

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

Резюме. Актуальність теми пов'язана з необхідністю покращення результатів діагностики та лікування крипторхізму у дітей, які направлені на збереження яєчка, як найважливішого органа, який відповідає за репродуктивну функцію. За даними різних авторів (Савченков А.Л., Киселев І.Г., 2010), у доношених новонароджених ця патологія зустрічається в 3,4% випадків, а у недоношених – в 30% випадків. Ускладнення, у неоперованих дітей, такі як атрофія яєчка виникають у 10 – 15%, гіпоплазія у 40 – 60%, злоякісне переродження яєчка до 20% (Топка Э.Г., Байбаков В.М., 2007, Кочанова А.Б., Мохов І.В., 2009). За даними інтернет ресурсу (www.LongPenis.ru), у не оперованих дітей при двосторонньому процесі безпліддя спостерігається до 70% випадків. Із запровадженням в дитячу хірургічну практику мініінвазивних хірургічних методів діагностики та лікування (зокрема, лапароскопії), з'явилась можливість проводити візуальну оцінку (критерій доказової медицини) локалізації яєчка та його розмірів, встановити причину неопущення яєчка та, в залежності від отриманих даних, обрати адекватну тактику по корекції виявленого патологічного стану.

Враховуючи вищевказане, а також матеріальні затрати на процес лікування та соціальну реабілітацію хворих, є доцільним акцентувати актуальність даної тематики.

Ключові слова: крипторхізм, лікування, лапароскопія, діти.

Мета роботи: Покращити результати діагностики та лікування у дітей з синдромом яєчок, що не пальпуються, шляхом розробки нового методу хірургічного лікування за допомогою лапароскопічного обладнання та методики зв'язування живих м'язів тканин.

Провести аналіз оперативних втручань на базі Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні за допомогою лапароскопічних методик, при черевній формі крипторхізму

та проаналізувати віддалені результати після лапароскопічних орхіпексій. Провести аналіз результатів ультразвукового обстеження яєчок в до- та післяопераційному періоді.

Матеріали та методи

У роботі узагальнено досвід лікування 119 хворих з підозрою на абдомінальну форму крипторхізму, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні в період з 2000 по 2015 роки. Втручання виконані з використанням лапароскопа фірми «Karl Storz» педіатрична модель. Анестезіологічні станції, які використовувались при оперативних втручаннях: FELIX VISIO Integra та Leon MEIMEN-LOVENTEIN). Ультразвукові обстеження проводились з допомогою УЗ апаратів з ефектом доплера («Philips HD 11XL» з кольоровим доплером (датчики: конвекс 5-2 та лінійний 12-3 мГц) та «Siemens G50» з кольоровим доплером (датчики: мікроконвекс 5-8 та лінійний 5-10 мГц), оцінювали стан органів калитки і сім'яного канатика, а також кровообігу у яєчках перед оперативним лікуванням. Для встановлення об'єму яєчка проведено фізико-математичне моделювання його форми, яка за геометричною формою становить еліпсоподібний циліндр. Основними параметрами циліндра були периметр яєчка: ширина, довжина, висота. Об'єм яєчка визначався за формулою ($V = 2Aabc$). Були використані статистичні методи обробки: критерій Крускала-Волліса та статистичне об'єднання за формулою 32. Визначення гіпоплазії (розміри яєчка як в ширину так і в довжину), проводилось за методикою Васильєва А.Ю. та співавторів, 2008 рік.

Кількість дітей, яким було проведено оперативне втручання за методикою одномоментної орхіпексії, склала 29 пацієнтів (24%). Дітей, які були прооперовані за методом Fowler-Stephens I етап – 43 (36%). За методом відеоасистованої орхіпексії (діагностична лапароскопія + паховий доступ), було прооперовано 23 (19,5%)