

приступу було ефективним у 17 хворих. У решти зникнення болю було лише на 8-10 день інтенсивної терапії.

Таким чином, наявність у хворого на ВХ перелічених скраг, обтяжений перебіг захворювання, часті загострення та нетривалість і відсутність повноти ремісії свідчить про те, що у хворого має місце порушення доуденальної прохідності. Проведені в результаті необхідні обстеження забезпечать адекватну корекцію наявної патології.

УДК 616.37.516-14-008

34. ЕНТЕРАЛЬНЕ ЗАСВОЄННЯ КРОХМАЛЮ У ХВОРИХ НА ТИРЕОТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Соколова І.В. - студентка 3 курсу
(Тернопільський медичний інститут)

Науковий керівник: ас. Чонка І.І.

Обстежено 62 хворих на тиреотоксичний зоб. При поступленні у 28 з них виявлені ознаки ентерального синдрому.

Клінічно синдром малдигестії проявляється болем у животі, зниженням апетиту, нудотою, схудненням, проносами з частотою стільця від 2-3 до 6-8 разів на добу.

Інтенсивність засвоєння крохмалю вивчали методом вуглеводневсого навантаження за А.М.Уголевим. Для цього у хворих натще визначали концентрацію глюкози в крові. Після цього давали випити розчин крохмалю (із розрахунку 1 г на 1 кг ваги хворого, попередньо розведений в 400 мл води). Через 15, 30, 60 і 120 хв. визначали рівень глікемії глюкозооксидазним методом. При аналізі результатів враховували, що початковий рівень глікемічної кривої (15 і 30 хв.) відображають процеси гідролізу та всмоктування в тонкій кишці.

Встановлено значне пригнічення інтенсивності гідролізу крохмалю в групі хворих на ентеральний синдром. Такі порушення проявлялись плоскими глікемічними кривими і низькими показниками приросту глікемії (від 9 до 12%). У обстежених без ентеропатії приріст глікемії був значно вищим і складав від 22 до 30%.

Традиційна передопераційна підготовка не сприяла ефективному покращенню гідролізу та абсорбції вуглеводу у хворих з ентеральною недостатністю. Показники глікемії зростали незначно і залишались на низькому рівні, в межах від 12 до 21%.

Враховуючи виявлені порушення, хворим на тиреотоксичний зоб з ентеральним синдромом доцільно включати в комплекс передопераційної медикаментозної підготовки препарати, що покращують засвоєння

вуглеводів.

УДК 615.8-324.616.788

35. ВТОРИННИЙ СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦІ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Гром Н., Пригорницька Н. - студенти 5 курсу
(Тернопільський медичний інститут)

Науковий керівник: к.м.н., ас. Цяпа Н.А.

У дітей віком від 3 до 14 років, хворих на гострий гломерулонефрит, вивчали особливості процесів гідролізу і всмоктування вуглеводів шляхом проведення навантажень дисахаридами (лактозою, сахарозою та мальтозою) і сумішами моносахаридів, які утворюються внаслідок їх гідролізу (відповідно: глюкоза + галактоза; глюкоза + фруктоза і глюкоза).

Навантаження лактозою проведено 50 дітям, сахарозою - 48 і мальтозою - 33 дітям.

В результаті проведеного дослідження виявлено достовірне зниження приросту глікемії на 30-ій хвилині після навантаження дисахаридами в порівнянні з контрольною групою дітей. Приріст глікемії після навантаження лактозою був у хворих дітей в 1,8 рази нижчий від норми, сахарозою - в 2,4 рази і мальтозою в 1,3 рази нижчий від норми (р 0,001).

Аналогічні закономірності виявлені при проведенні навантажень сумішами моносахаридів. Приріст глікемії після навантаження глюкозо-галактозною сумішшю склав $0,645 \backslash 0,109$ ммоль/л при контрольному показникові $1,73 \backslash 0,15$ ммоль/л (р 0,001), глюкозо-фруктозною сумішшю - $0,841 \backslash 0,141$ ммоль/л ($2,3 \backslash 0,26$ ммоль/л у здорових дітей; р 0,001) та глюкозою $0,850 \backslash 0,155$ ммоль/л (норма - $1,92 \backslash 0,16$ ммоль/л, р 0,001).

Одержані результати вказують, що у дітей з різними клінічними варіантами гострого гломерулонефриту має місце вторинний полівуглеводний синдром мальабсорбції, який проявляється вираженим порушенням гідролізу і всмоктуванням вуглеводів. Це дає підстави для диференційованого, індивідуального підходу в призначенні цукрово-фруктової дієти дітям, хворим на різні варіанти гострого гломерулонефриту.