

МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
**«МЕДИЦИНА ТА ПРАКТИКА:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ»**
(6-7 грудня 2013 року)

УДК 61(063)
ББК 5я43
М 42

М 42 Медицина та практика: актуальні питання. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Вінниця, 6-7 грудня 2013 року). – Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2013. – 116 с.

ISBN 978-617-7041-52-4

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Медицина та практика: актуальні питання». Розглядаються загальні питання клінічної, профілактичної та теоретичної медицини, фармацевтичної хімії та фармакогнозії, історії фармації а також питання організації та управління охороною здоров'я.

Збірник призначений для науковців, викладачів, аспірантів та студентів, які цікавляться медичною наукою, а також для широкого кола читачів.

УДК 61(063)
ББК 5я43

ISBN 978-617-7041-52-4

© Колектив авторів, 2013
© Видавничий дім «Гельветика», 2013

ЗМІСТ

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Бобкович К.О., Малкович Н.М., Єрохова А.А., Бойко Б.В. ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ГІНСОМІН У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПОТОНІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	6
Боднар Г.Б. ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	10
Вагабова Ш.Б., Алиева Э.М. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АКУШЕРСКОГО РАЗГРУЖАЮЩЕГО ПЕССАРИЯ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	14
Годжаева А.А., Алиева Э.М. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	16
Добрянський Д.В., Бодарецька О.І., Дудка П.Ф., Ільницький Р.І. ІМУННІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	20
Косован В.Н. ПАРАСТОМИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОДНО- И ДВУСТВОЛЬНЫМИ ЭНТЕРО– И КОЛОСТОМАМИ	24
Litvinova N.O., Pozdniakova S.V., Dobryanskiy D.V., Bodareckaya O.I. THE ANALYSIS OF DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES	28
Малкович Н.М., Бобкович К.О., Марунчик С.Л., Малкович Я.І. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ РЕСПІРАТОРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ.....	30
Мурадова З.С., Алиева Э.М. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ИСХОД РОДОВ ДЛЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО.....	34
Руснак І.Т., Ташук В.К., Барбе А.М., Вілігорська К.В. ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	37
Рустамли У.Г. ЛЕЧЕНИЕ НЕПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ ЖЕНСКОМ БЕСПЛОДИИ	40
Семенова С.В. ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ	42

Статинова Е.А., Коценко Ю.И. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ, ОБУСЛОВЛЕННОГО АНОМАЛИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ	45
Ступницька Г.Я., Федів О.І. ДЕЯКІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ	48
Ташук В.К., Турубарова-Леунова Н.А., Іванчук П.Р., Абдуль Р.К. КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В УМОВАХ СТВОРЕННЯ РЕЄСТРІВ МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ: ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ	52
Федів О.І., Шевчук В.В. ВМІСТ ДЕЯКИХ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	57
Фесивская С.В., Машир В.В. ЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА. ОБОРУДОВАНИЕ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ	60
Чигір І.В. КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ ІЗ НУТРИТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	65
Шевчук В.В., Федів О.І. ВПЛИВ ТІВОРТИНУ НА СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	67

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Дудник С.В. ДО ПИТАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ЛУГАНСЬКОГО РЕГІОНУ	71
Kozulya S.V., Ivanov S.V., Rubel A.D., Rudenco V.V. PROPENSITY TO ALCOHOLISM OF CSMU STUDENTS	72

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА

Гораш Є.В., Бойчук Н.В., Войтко М.З. УЛЬТРАЗВУКОВА АНАТОМІЯ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ	75
Єрмоменко Р.Ф. ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ЕКСТРАКТУ З ТРАВИ ЛЮЦЕРНИ ПОСІВНОЇ НА ІМУННУ СИСТЕМУ ЗДОРОВИХ ЩУРІВ ЗА ФАГОЦИТАРНОЮ АКТИВНІСТЮ ЛЕЙКОЦИТІВ.....	78

Черкасов В.Г., Дзевульська І.В., Маліков О.В., Ковальчук А.В. АНАТОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В РОБОТАХ ВИДАТНОГО ПОЕТА Й.В. ГЕТЕ	80
---	-----------

Семененко С.Б., Попова І.С. ВПЛИВ БЛОКАДИ СИНТЕЗУ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ НА ХРОНОРИТМИ КИСЛОТОРЕГУЛЮВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК	84
--	-----------

Проняєв Д.В., Марчук В.Ф., Ошурко А.П. ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ТА ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ МАТКОВИХ ТРУБ У РАННЬОМУ ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ	87
--	-----------

Столяр Д.Б. БАГАТОФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КОМПОНЕНТІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	89
--	-----------

ФАРМАЦЕВТИЧНА ХІМІЯ ТА ФАРМАКОГНОЗІЯ

Конон А.Д., Софілканич А.П., Покора Х.А., Пирог Т.П. АНТИМІКРОБНІ ТА АНТИАДГЕЗИВНІ ВЛАСТИВОСТІ ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНИХ РЕЧОВИН ACINETOBACTER CALCOACETICUS IMB B-7241 TA RHODOCOCCLUS ERYTHROPOLIS IMB AC-5017	93
---	-----------

Паламар А.О., Богдан Н.С., Ткачук О.Ю. МІСЦЕ АПІТЕРАПІЇ У СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	98
---	-----------

Шлюсар О.І., Блажеєвський М.Є. ВОЛЬТАМПЕРОМЕТРИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ЕТАПЕРАЗИНУ У БІОЛОГІЧНИХ РІДИНАХ ОРГАНІЗМУ У ВИГЛЯДІ ДЕРИВАТУ – ЙОГО S –ОКСИДУ	101
--	------------

ІСТОРІЯ ФАРМАЦІЇ

Дудка П.Ф., Тарченко І.П., Бодарецька О.І., Добрянський Д.В. РОЛЬ ПРОФЕСОРА А.П. ПЕЛІЩУКА В ФОРМУВАННІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ШКОЛИ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ.....	104
---	------------

ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Васкес Абанто А.Э, Васкес Абанто Х.Э К МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА (10.12.2013) – ПРАВА МЕДИКА.....	109
--	------------

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Бобкович К.О.

кандидат медичних наук, доцент;

Малкович Н.М.

кандидат медичних наук, доцент;

Єрохова А.А.

викладач,

Буковинський державний медичний університет

Бойко Б.В.

лікар-кардіолог,

Міська клінічна лікарня № 3 м. Чернівці

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ГІНСОМІН У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПОТОНІЧНИМ СИНДРОМОМ

Медикаментозна терапія пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи є не до кінця вирішеним питанням сучасної терапевтичної науки, підтвердженням чого є високі показники кардіоваскулярної захворюваності поширеності хронічної серцевої недостатності (ХСН) [2]. Особливі труднощі виникають у категорії пацієнтів з гіпотонічним синдромом, який супроводжується вираженими суб'єктивними проявами, такими як запаморочення, виражена загальна слабкість, періодичні синкопальні стани [3]. Це пов'язано з тим, що переважна більшість препаратів, дія яких направлена на корекцію серцево-судинних розладів, проявляє гіпотензивні властивості. Зокрема, основні групи антиангінальних препаратів (нітрати, бета-блокатори, антагоністи кальцієвих каналів) у пацієнтів на ішемічну хворобу серця (ІХС) із стенокардією напруги поряд з бажаним протиішемічним ефектом володіють вираженою системною гіпотензивною дією. Тому виконання необхідних, відповідних до клінічного протоколу надання медичної допомоги, заходів, у вказаних категорій хворих суттєво ускладнюється. Проте найбільш актуальним питання гіпотонії постає в осіб молодого віку в аспекті вегетосудинної дистонії (ВСД), у яких показники зниженого артеріального тиску (АТ) більш розповсюджені [4,5].

Актуальним в даному контексті постає доповнення стандартних схем лікування ад'ювантними засобами, які б корегували знижений АТ та не проявляли небажаних побічних ефектів. Альтернативою у вирішенні зазначених станів є застосування комбінованих препаратів природного походження.

Мета дослідження – дослідити вплив препарату гінсомін на клінічний перебіг гіпотонічного синдрому в хворих на хронічні форми ІХС та у пацієнтів із вегето-судинною дистонією.

Матеріали та методи дослідження. Нами обстежено 46 пацієнтів із гіпотонічним синдромом. Усі хворі були розподілені на дві групи. Групу А склали 20 пацієнтів, у яких гіпотонічний синдром супроводжував ІХС зі стабільною стенокардію напруги ІІ функціонального класу (ФК) із явищами ХСН ІІ ФК. Вік хворих групи А становив у середньому $56,3 \pm 5,6$ років. Співвідношення чоловіки:жінки склало 1,6:1. У частини хворих діагностовано супутні патологічні ендокринні розлади: цукровий діабет, гіпотиреоз. Восьмеро пацієнтів групи А знаходились у преклімактеричному періоді. У групу Б увійшов 26 пацієнт на ВСД зі гіпотонічним синдромом. Вік зазначеної категорії пацієнтів становив $29,4 \pm 4,6$ роки, жінки 15 осіб, чоловіки – 6. Обстеження хворих проводили згідно протоколу надання медичної допомоги. Пацієнти групи А отримували стандартну схему терапії (нітрат, бета-блокатор, кардіомагніл) з додатковим призначенням препарату гінсомін по 1 капсулі 1 раз в день зранку впродовж 14 днів. Хворі на ВСД приймали зазначений медикаментозний засіб в аналогічній дозі у вказаний проміжок часу та займалися спеціальним комплексом фізичних вправ. До складу гінсоміну входить екстракт женьшеня, вітаміни та мікроелементи: натуральний бетакаротин, вітаміни D3, вітаміни B1, B2, B6, B12, C, E, нікотинамід, кальцію пантотенат, кальцію дигідрофосфат, фолієва кислота, залізо, мідь, цинк, магній, марганець, калій, селен.

Критеріями виключення із дослідження визначено підвищений ніж нормальний оптимальний АТ: систолічний АТ (САТ) – вище ніж 120 мм рт.ст., діастолічний АТ (ДАТ) – 80 мм рт.ст., ангіоневротичний набряк в анамнезі; гостра серцева недостатність; порушення серцевого ритму (фібриляція передсердь, часта екстрасистолія; шлуночкова або надшлуночкова тахікардія більше 100 уд/хв); порушення АВ-провідності або синусова брадикардія, або синдром слабкості синусового вузла); вагітність або лактація; бронхіальна астма; серцева недостатність вища за ІІІ

функціональний клас (згідно з Нью-Йоркською класифікацією); інфаркт міокарда в анамнезі впродовж 6 місяців до моменту включення в дослідження; гостре порушення мозкового кровообігу в анамнезі; наявність стенокардії напруження III–IV функціонального класів або вазоспастичної стенокардії; інфекційні та онкологічні захворювання.

З метою вивчення впливу гінсоміну на зміни АТ використано метод добового моніторування АТ (ДМАТ). Обстеження проводилось впродовж 24 годин в першу добу дослідження та на 14-ту добу. При цьому вивчали такі показники: середньодобові, денні, нічні та максимальні САТ і ДАТ. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми «Biostat» [1].

Результати досліджень та їх обговорення. У першу добу дослідження проводили реєстрацію АТ впродовж доби. Залежно від вихідних значень САТ в умовах ДМАТ хворі обох груп були розподілені на дві групи.

У групі А в першу підгрупу (8 – 40% чоловік) увійшли пацієнти із показниками САТ від 81 до 100 мм рт ст (середньодобове значення – $93,46 \pm 3,31$ мм рт ст). У 12 (60%) хворих САТ був в межах від 101 до 120 мм рт ст (середньодобовий становив $105,67 \pm 9,19$ мм рт ст). У групі Б першу підгрупу 10 осіб (38,5%) склали пацієнти із значеннями АТ від 81 до 100 мм рт ст (середньодобовий – $91,51 \pm 4,31$ мм рт ст), у другій підгрупі у 16 пацієнтів (61,5%) САТ був в межах від 101 до 120 мм рт ст (середньодобове значення – $107,23 \pm 7,19$ мм рт ст). ДАТ у обстеженої категорії хворих коливався в межах 60–80 мм рт ст. При оцінці структури середньодобового САТ визначено, що зниження цього показника відбувалось переважно за рахунок нічних параметрів.

Під впливом призначеного лікування відбувалося достовірне ($p < 0,001$) підвищення рівня середньодобового САТ впродовж 14 днів лікування у групі пацієнтів з ВСД до $110,2 \pm 2,6$ мм рт.ст. у першій підгрупі та до $117,7 \pm 5,5$ у другій. Причому у більшості пацієнтів з помірним гіпотензивним синдромом досягнуто цільового оптимального САТ (80%).

У групі пацієнтів на ІХС підвищення САТ носило тенденційний характер, та цільового рівня АТ досягти не вдалося. Проте, позитивним моментом можна вважати той факт, що не зважаючи на прийом препаратів базисних схем, які володіють небажаним у

даному випадку гіпотензивним ефектом, у жодного з пацієнтів не зареєстровано подальше зниження АТ.

Динаміка наростання ДАТ в обох досліджуваних групах носила однонаправлений характер у порівнянні з САТ.

Подальший аналіз показників ДМАТ показав достовірне підвищення рівнів денного та нічного САТ/ДАТ в середньому на 15,5/9,7 та 18,1/8,4 мм рт.ст. відповідно у хворих на ВСД першої підгрупи та на 10,4/6,5 та 14,3/7,1 мм рт.ст. у другій підгрупі. Ступінь зростання був значно меншим у пацієнтів групи А. Під впливом призначеної терапії спостерігалось достовірне зростання таких показників, як рівні максимального САТ і ДАТ.

Призначене лікування добре переносилося хворими. Побічні реакції не були відмічені. Варто відмітити, що у групі хворих на ІХС, що знаходились у передклімактеричному періоді, покращилось загальне самопочуття хворих. Пацієнти відмітили зменшення проявів депресії, покращання статевої функції. Це свідчить про ефективність призначеного лікування й має позитивний прогностичне значення на якісні показники життя.

1. Лікування гіпотензивного синдрому препаратом гінсомін призвело до достовірного зростання АТ у хворих на ВСД, сприяючи досягненню цільового рівня у 80 % хворих.

2. На фоні призначеної терапії у пацієнтів на ІХС наростання АТ носило невірогідний характер, проте нівелювався небажаний гіпотензивний ефект препаратів стандартних схем.

3. Гіпертензивна ефективність поєднувалась із покращанням загального самопочуття хворих, зменшенням тривожних та депресивних проявів в умовах доброї переносимості та відсутності небажаних побічних ефектів, що дозволяє широко застосовувати його у клінічній практиці.

Список використаних джерел:

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика. / С.Гланц; пер. с англ. за ред. Н.Е. Бузикашвили и Д.В.Самойлова. – М.: Практика. 1999. – 460 с.
2. Горбась І.М. Епідеміологічні аспекти хронічної серцевої недостатності у дорослого населення України / І.М.Горбась, Л.Г.Воронков // Український кардіологічний журнал. – 2008. – №4. – С. 58-62.
3. Кушнір С.М. Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония / С.М.Кушнір, Л.К.Антонова. – Тверь, 2007. – 215 с.
4. Левченко В.А. Застосування вазоактивних середників при лікуванні гіпотонічної форми нейроциркуляторної дистонії / В.А. Левченко // Практическая ангіологія. – 2008. – №5(16). – С. 45-49.

5. Синдром вегетососудистой дисфункции как интегральный показатель высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста с отягощенной наследственностью / Э.А.Отева, Николаева А.А., Николаев К.Ю. и др. // Тер. арх. – 2000. – № 4. – С. 31-34.

Боднар Г.Б.

*кандидат медичних наук, доцент,
Буковинський державний медичний університет*

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

В даний час спостерігається зростання числа захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей. Своєчасне виявлення патології товстої кишки дозволяє за допомогою профілактичних і фармакологічних засобів значно поліпшити стан пацієнтів. Діти із захворюваннями товстої кишки часто вимагають регулярного щорічного спостереження з проведенням контрольних інструментальних досліджень [1, с. 17-19].

Доліхоколон, доліхосигма, мегадоліхоколон, мегадоліхосигма – аномалії розвитку товстої кишки та її брижі, виникає в різних відділах, що супроводжується подовженням даного відділу товстої кишки без змін м'язового шару. Тому моторна функція подовженої кишки може не відрізнятися від нормальної [9, с. 26–29]. При збереженій пропульсивній функції товстої кишки подовження її не веде до появи будь-яких симптомів. При порушенні моторики дані аномалії розвитку проявляються здуттям живота, закрепами різної тривалості навіть до повної відсутності самотійного стільця, болем в животі [2, с. 1142–1144].

Критерієм хронічного закрепу у дітей є стійке, тривале більше 3 місяців порушення ритму дефекації. Крім того, закрепом вважають ті випадки, коли у дитини відзначається хвороблива дефекація щільним по консистенції калом при частоті стільця, відповідної вікової норми [7, с.58–62]. Слід зазначити, що при щоденній дефекації наявність напруження, відчуття неповного випорожнення, зміни характеру стільця («овечий кал», великий діаметр калового циліндра) також свідчить про хронічний закреп [6, с.5-13].

Нами обстежено 45 хворих дітей віком від 10 до 18 років з симптоматикою хронічного колостазу на тлі вроджених вад кишечника (доліхосигма, доліхоколон, мегадоліхосигма, мегадоліхоколон). Синдром хронічного колостазу визначали як стійке або транзиторне порушення функції випорожнення кишечника, тривалістю більше 3 місяців, що виявляється двома або більше нижчеперерахованими ознаками.

1. Зменшення частоти евакуації вмісту з кишечника (менше 3 дефекацій на тиждень);

2. Виділення при дефекації малої кількості калу (маса стільця менше 35 г / добу);

3. Виділення калу великої щільності, сухості, фрагментованого (по типу «овечого») калу травмуючого область анального отвору;

4. Відсутність відчуття повного спорожнення кишечника після дефекації (відчуття незавершеної евакуації);

5. Наявність відчуття заповнення прямої кишки при потугах (аноректальної обструкція), що займають за часом більше 25% тривалості випорожнення;

6. Необхідність в сильних потугах, незважаючи на наявність м'якого вмісту прямої кишки і позивів до випорожнення [6, с. 5–13].

Хворі були розподілені за статтю: хлопчик – 30 осіб (66,67%), дівчатка – 15 осіб (33,34%). За патогенетичним механізмом закрепи поділяють на кологенні (уповільнений транзит вмісту по ободовій кишці в результаті зменшення її пропульсивної моторики) і проктогенні (уповільнена евакуація з кишечника в результаті порушення евакуаторної функції прямої кишки). Порушення пропульсивної здатності кишечника можуть мати гіпокінетичний характер – послаблення тону кишкової стінки і гіперкінетичний характер – посилення тону кишкової стінки, спазм фізіологічних сфінктерів кишки, порушення координації кишкових скорочень і посилення ретроградних рухів кишки та її вмісту [4, с. 40–44, 5 с. 72–76]. У зв'язку з чим, хворі для оцінки результатів дослідження були розподілені на три групи: з кологенними колостазом (1-а група, 31 хворий), проктогенним колостазом (2-а група, 11 хворих), а також з колопроктогенним колостазом (змішана форма) – (3-я група, 3 хворих). Першу групу склали більшість хворих (31 дитина), тобто причиною хронічного колостазу у них виявилось подовження товстої кишки. У третини хворих у патогенезі хронічного закрепу брала участь дисфункція м'язів тазового дна. Третю групу склали хворі (3 дітей),

у яких було доведено поєднання обох факторів у генезі тривалого хронічного закрепу.

При оцінці симптоматики хронічного колостазу були відзначені достовірні відмінності за трьома ознаками між 1-ою і 2-ою групами ($p < 0,01$). До них відносяться відділення калу великої щільності, що переважають у хворих 1-ої групи, і відчуття переповнення кишки, а також необхідність у сильних потугах, набагато частіше зустрічаються у хворих 2-ої групи. У третій групі лише у одного хворого була відсутня необхідність у сильних потугах і зберігалось відчуття повного спорожнення після дефекації. У решти хворих були присутні всі ознаки хронічного закрепу. Прояви колостазу були різними, з середньою затримкою стільця на 4-7 діб, а у деяких хворих до 10 діб.

Інструментальна діагностика базувалась, насамперед, на результатах рентгенологічного дослідження, в тому числі іригоскопії (іригографії), а також рентгеноконтрастної оцінці часу кишкового транзиту. При нашому дослідженні іригоскопії розглядали як найважливіший метод дослідження, підтверджуючий сам факт наявності подовження товстої кишки, тобто дозволяючий документувати наявність вродженої патології, а також отримати інші відомості про стан різних відділів кишки, їх анатомічному положенні [8, с. 54-58]. Саме дослідження виконувалося за стандартною методикою [4, с. 40-44], що включає поступове заповнення рентгеноконтрастною масою всіх відділів товстої кишки з виконанням оглядових та прицільних знімків у різних положеннях хворого. При цьому виявляли подовження всієї товстої кишки або окремих її частин. Далі, після того, як хворий спорожняв кишечник, оцінювали функціональний стан товстої кишки і вивчали рельєф слизової оболонки кишки.

У 2-й групі доліхоколон при іригоскопії був виявлений у всіх випадках, у тому числі з переважним подовженням лівої половини товстої кишки у 4 хворих (36,36%), додаткові петлі кишки були у 2 хворих.

Ще одним завданням дослідження була оцінка функції товстої кишки, зокрема, характер і ступінь її спорожнення. Функція кишки з перевагою недостатнього спорожнення кишечника (гіпомоторная дистонія) при іригоскопії спостерігалася у 82,32% хворих.

Комплексну терапію, що включає, крім проносних, дієту, прийом ферментних препаратів, вітамінів, нормокінетиків та / або прокінетиків, лактулози [7, с. 58-62] використовували всі хворі з

явищами хронічного колостазу (45 дітей). Більше 25,35% з цих хворих також регулярно використовували очисні клізми. Після завершення курсу призначеної терапії позитивна динаміка спостерігалась, лише серед дітей 2 групи (11 хворих).

Таким чином, отримані результати свідчать, що рухові порушення навіть окремих ділянок товстої кишки, можуть призвести до стійких закрепів. Сучасна загальноприйнята лікарська терапія не дозволяє досягнути бажаного ефекту у хворих із кологенним колостазом, тобто хворих з даним патогенетичним типом колостазу можна віднести до групи ризику, щодо оперативного втручання. Незважаючи на позитивний вплив загальноприйнятої терапії на клінічний симптомокомплекс при проктогенному колостазі у дітей (24,44%) вона потребує вдосконалення та диференційного підходу до призначення залежно від патогенетичного механізму виникнення колостазу.

Список використаних джерел:

1. Белоусова О.Ю. Долихосигма у дітей: частота, клінічна симптоматика, принципи консервативної терапії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – №6. – С.17-19.
2. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Запоры у детей: причины и пути коррекции / С.В.Бельмер, Т.В.Гасилина // Русский медицинский журнал. – 2003 – №20 – С. 1142-1144.
3. Дольницький О. В. Природжені вади розвитку. Основи діагностики та лікування / О. В. Дольницький, В. О. Галаган. – К., 2009. – 1040 с.
4. Коноплицький В.С. Оцінка морфологічних змін стінки відключеної ділянки товстої кишки в концепції корекції порушень товстокишкового транзиту у дітей/В.С. Коноплицький // Хірургія дитячого віку. – 2010. –Т.7, № 2 (27). – С. 40-44.
5. Королев Р. А. О патогенезе хронического колостаз / Р. А. Королев, А. И. Ленюшкин // Вопросы совр. педиатрии. – 2003. – Т. 2, № 2. – С. 72-76.
6. Майданник В. Г. Римські критерії III (2006) діагностики функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей / В. Г. Майданник // ПАГ. – 2007. – № 3. – С. 5-13.
7. Манушкин О.Н. Функциональные запоры и их лечение / О.Н.Манушкин, Г.А. Елизаветина // Рос. мед. журн. – 2001. – №1. – С. 58-62.
8. Мазур В.Г. Комплексное лучевое исследование при нарушениях дефикации / В.Г.Мазур, И.А.Комиссаров, А.Н. Ялфимов // Вестник хирургии. – 2001. – № 6. – С. 54-58.
9. Опанасюк Н.Д. Запоры: дифференциальная диагностика, современные подходы к лечению / Н.Д. Опанасюк // Doctor. – 2002. – №2. – С. 26-29.

Вагабова Ш.Б.

докторант кафедры акушерства и гинекологии;

Алиева Э.М.

заведующая кафедры акушерства и гинекологии,

I Азербайджанский медицинский университет

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АКУШЕРСКОГО РАЗГРУЖАЮЩЕГО ПЕССАРИЯ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Одной из причин преждевременного прерывания беременности является истмикоцервикальная недостаточность (ИЦН) (1,3,6,7,8). Частота ИЦН колеблется в пределах 15,5-47,2% (5,9,10). Несмотря на многообразие хирургических методов коррекции ИЦН, имеющих достаточно высокую частоту осложнений, включая травматическое повреждение шейки матки, разрывы плодных оболочек, инфекционные осложнения, эндотоксический шок, является настоящей необходимостью изучение эффективности применения акушерского разгружающего пессария (2,4).

Учитывая актуальность данной проблемы, определена цель настоящего исследования: изучить эффективность применения акушерского разгружающего пессария у беременных с истмико-цервикальной недостаточностью. Исходя из цели исследования, в основную группу обследуемых были включены 50 беременных с клиническими, функциональными проявлениями ИЦН. Ретроспективно были изучены исходы беременности, родов для матери, плода и новорождённого у 50 беременных с хирургическими методами коррекции ИЦН. В сравнительную группу были включены беременные с ИЦН, которым назначался постельный режим с приподнятым тазовым концом (положение Транделенбурга, «Bed Rest») с применением антикоагулянтной терапии.

В результате проведённого исследования было установлено, факторами риска развития ИЦН являются воспалительные заболевания шейки матки (90%), частые необоснованные влагалищные исследования в динамике родового процесса (78%), разрывы шейки матки (69%), травматическое повреждение шейки матки после гинекологические манипуляций (72%), а также наличие спонтанных выкидышей (76%).

Было установлено, что длина шейки матки у беременных с ИЦН по данным эхографического исследования составила в 12-15 нед-23,+0,02см, в 16-18 нед-2,0+0,02см, в 19-22 нед -1,6+0,09см. Наиболее оптимальным сроком, при котором целесообразна коррекция ИЦН акушерским разгружающим пессарием является 12-15 недель беременности.

Показаниями к применению акушерского разгружающего пессария являлись разрывы шейки матки после предыдущих родов (76%), разрывы шейки матки после гинекологических манипуляций (6%), частые искусственные прерывания беременности (36%), а также врожденная ИЦН (12%). Противопоказаниями к применению акушерского разгружающего пессария были кровянистые выделения из половых путей, преждевременное излитие околоплодных вод, воспалительные поражения шейки матки и влагалища, низкое прикрепление и предлежание плаценты, а также угроза прерывания беременности.

Применение акушерского разгружающего пессария позволило пролонгировать беременность до 37,42+0,19нед.

Проведённое исследование выявило, что по данный метод является простым, неинвазивным, высокоэффективным методом коррекции ИЦН.

Список использованных источников:

1. Дифференцированная тактика ведения беременных с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью / Ю.В. Коапий, К.Ю. Самагонова, И.Г. Шевко, Т.А. Заманская // Российский вестник акушера-гинеколога, 2004, № 4, с. 55-57.
2. Занько, С.Н. Предупреждение преждевременных родов с помощью акушерского разгружающего пессария. – С.Н. Занько, А.Ю. Журавлев // Здравоохранение, 2000, № 8, стр. 6-9.
3. Истмико – цервикальная недостаточность : возможности диагностики и исход беременности / Т.А. Власова, Е.Г.Гуменюк, Е.Ю. Шакурова, О.К. Погодин, Н.В. Иванова, Г.С.Носова // Материалы X всероссийского научного форума «Мать и дитя», М., 2008, стр. 41-42.
4. Опыт лечения невынашивания беременности с помощью акушерского пессария /Л.Н. Комарцева, А.А. Марчак, Т.А. Максимова и соавт.// Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии, 2004, № 3 (15), стр. 44-45.
5. A comparison of sonographic cervical parameters in predicting spontaneous preterm birth in high-risk singleton gestations / E.R. Guzman, C. Walters, C.V. Ananth, C.O'Reilly-Green, C.W. Benito, A.Palermo, A.M. Vintzileos // Ultrasound.Obstet.Gynecol., 2001, vol.18, №3, p. 195-199.

6. Althuisius, S. Controversies regarding cervical incompetence, short cervix, and the need for cerclage / S. Althuisius, G. Dekker // Clin. Perinatol., 2004, vol. 31, №4, p. 695-720.

7. Berghella, V. Contemporary use of cervical cerclage / V. Berghella, J. Seibel-Seamon // Clin. Obstet. Gynecol., 2007, vol. 50, №2, p. 468-477.

8. Cockwell, H.A. Cervical incompetence and the role of emergency cerclage / H.A. Cockwell, G.N. Smith // J. Obstet. Can., 2005, vol. 27, №2, p. 123-129.

9. Fox, N.S. Cervical cerclage : a review of the evidence / N.S. Fox, F.A. Chervenak // Obstet. Gynecol. Surv., 2008, vol. 63, №1, p. 58-56.

10. Lotgering, F.K. Clinical aspects of cervical insufficiency / F.K. Lotgering // BMC Pregnancy Childbirth., 2007, vol. 7 (Suppl. 1), p. 17.

Годжаева А.А.

ассистент кафедры акушерства и гинекологии;

Алиева Э.М.

заведующая кафедры акушерства и гинекологии,

І Азербайджанский медицинский университет

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Изучение проблемы урогенитальных расстройств (УГР) в постменопаузальном периоде позволяет существенно влиять на качество жизни женщин старше 50 лет. Исследование данной проблемы позволило установить, что в перименопаузальном периоде частота УГР в Украине составляет 10%, в возрасте 55-60 лет – 50% (1,2,4).

У женщин старше 75 лет различной выраженности УГР были установлены в 100% случаев (2). По данным Ромащенко О.В. (3) у женщин старше 50 лет в 16% случаев УГР имеет лёгкое течение и «сенсорные симптомы» атрофического цистoureтритa: цисталгия, поллакиурия, никтурия без нарушения акта мочеиспускания. У 80% женщин отмечаются сочетание атрофического вагинита и цистoureтритa. У 4% женщин были установлены тяжёлые проявления УГР.

По данным Zhu L. et al. (8) частота урологических расстройств в постменопаузальном периоде составляет 61%. Частота стрессового недержания мочи составляет 64,5%. Исследования женщин старше

60 лет, проживающих в Китае, позволили установить причины стрессового недержания мочи: ожирение, длительный процесс облучения, длительное пребывание в стоячем положении.

Исследования распространённости урогенитальных расстройств женщин Великобритании в возрасте 55-85 лет позволили установить наличие этих симптомов у каждой 2-ой женщины, в то время как только 11% женщин в опросниках указали на наличие УГР. Наличие этих симптомов в перименопаузе от 3% женщин увеличился до 60% женщин в постменопаузе (5).

Изучение выраженности УГР в постменопаузе у женщин старше 60 лет в Стамбуле (Турция) позволили выявить наличие УГР у 68,8%, при этом у 28,8% женщин отмечаются выраженные УГР, затрудняющие обычный образ жизни. Было установлено, что у 37,2% женщин, проживающих в Турции, отмечается стрессовое недержание мочи, у 32,3% – ургентное недержание мочи, у 30,5% – смешанный тип недержания мочи. Следует отметить у 46,5% с недержанием мочи длительность этих лет более 5 лет, 75% женщин отмечали наличие этих симптомов с началом менопаузы (6,7).

Следует отметить, что проблема урогенитальных расстройств актуальна также для женщин, находящихся в постменопаузальном периоде, проживающих в условиях города Баку.

Исходя из актуальности настоящей проблемы, определена цель данного исследования: изучить выраженность урогенитальных расстройств у женщин с длительным постменопаузальным периодом в условиях города Баку.

Исходя из поставленной цели, было обследовано 105 женщин, находящихся в постменопаузальном периоде. Основную группу больных составили 75 женщин с различной длительностью постменопаузального периода и выраженностью урогенитальных расстройств (УГР). В сравнительную группу были включены 30 женщин, находящихся в периоде менопаузы с длительностью до 2-х лет.

Обследование включало: изучение частоты перенесённых заболеваний, становления менструальной функции, состояния репродуктивного здоровья, особенностей проявлений климактерического синдрома, оценка клинических проявлений его по шкале Куппермана, определения модифицированного менопаузального индекса (ММИ), а также проведение балльной оценки степени выраженности атрофических процессов во влагалище по шкале G.Bachman, проведение ультразвукового

исследования состояния органов репродуктивной системы, заполнение опросников по влиянию недержания мочи на качество жизни женщин, проведение пробы Valsalva, кашлевого теста, цистометрии в покое и напряжении с определением количества остаточной мочи.

Всем обследованным женщинам определялись показатели эстрадиола (E_2), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), тестостерона (Т) до проводимой коррекции УГР, изучались показатели pH влагалища.

В результате проведённого исследования было установлено, что клинические проявления урогенитальных расстройств в постменопаузальном периоде характеризуются наличием подтекания мочи при кашле, чихании и физической нагрузке (в 8,2%), частым мочеиспусканием малыми порциями (в 7,6%), преобладанием ночного диуреза над дневным (в 7,9%), наличием тянущих болей в области промежности (в 7%), чувством жжения при мочеиспускании (в 7,3%), наличием зуда в области промежности (в 7,7%), чувством сухости во влагалище (в 6,1%), снижением либидо (в 6,6%) случаев.

У 65,2% больных с урогенитальными расстройствами в постменопаузальном периоде отмечаются выраженные проявления атрофических процессов: отсутствие эластичности, отсутствие транссудата, увеличение pH, наличие кровоточивости эпителия влагалища, выраженной сухости и воспалительными поражениями влагалища. У 22,6% больных отмечаются умеренные проявления атрофических процессов: снижение эластичности, наличие белого налёта, кровоточивостью при соскабливании влагалища и минимальной влажностью. У 12% – незначительные атрофические процессы.

Применение неинвазивных методов диагностики уродинамических расстройств нижних мочевых путей у женщин различной длительностью постменопаузального периода являются информативными, доступными, простыми и позволяют определить у 60% подтекание мочи несколько раз в день, у 26,7% женщин 1 раз в день, у 13,3% женщин постоянное подтекание мочи. Индекс ICS у больных с урогенитальными расстройствами в постменопаузе составил 15,7 баллов.

Исследования уродинамических расстройств по данным цистометрии позволили определить у 95,8% больных наличие стрессового типа недержания мочи, у 4,2% – ургентного типа

недержания мочи. Наличие уродинамических расстройств в постменопаузальном периоде проявляется: снижением объёма мочевого пузыря при первом чувстве наполнения $119,1 \pm 20,77$ ml, при нормальном – $171,1 \pm 21,1$ ml и сильном – $285,4 \pm 15,58$ ml позывах к мочеиспусканию, а также снижением эластичности мочевого пузыря – $39,56 \pm 5,42$ ml/sm H₂O.

Комбинированное применение антиму斯卡ринового препарата и локальное введение эстрогенов позволило существенно снизить частоту уродинамических расстройств, устранить зуд во влагалище и в области промежности, чувство сухости во влагалище, диспареунию, а также наличие выделений из влагалища. Следует отметить, обратимость урогенитальных расстройств, рецидив которых наблюдается через 6-9 месяцев после проводимой терапии.

Список использованных источников:

1. Антропова М.Ц. Проблемы урогенитального старения у женщин при дефиците половых стероидов. Дис... , к.м.н., Екатеринбург, 2008, 24 с.
2. Ромащенко О.В., Мельников С.Н. Урогенитальные расстройства климактерического периода. Часть I: этиология, патогенез, диагностика // Акушер. гинек. и репрод. ОРЖИН, 2008, №3, с. 4-6.
3. Ромащенко О.В., Мельников С.Н. Урогенитальные расстройства климактерического периода. Часть 2: современные подходы к терапии// Акушер. гинек. и репрод., ОРЖИН, 2008, № 4, с.4-7.
4. Савельева Г., Брусенко В., Голова Ю. Период постменопаузы: климактерические расстройства, изменения в матке и яичниках // Русский врач, 2002, №8, с.43-44.
5. O'Donnella M., Lose, G., Sykes, D., Voss, S. Help-seeking behavior and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain, and The United Kingdom // European Urology, 2005, vol.47, №3, p.385-392.
6. Onur, R., Deveci, S.E., Rahman, S., Sevindik, F. Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey // International Journal of Urology, 2009, vol.16, №6, p.566-569.
7. Yalçın Ö. Basic urogynecology (1 st ed., pp. 1-4). Istanbul: Nobel Medical Publishing. Yayci M. Urinary incontinence // Dirim Tp Gazetesi, 2010, vol.85, №1, p. 1-7.
8. Zhu L., Lang J., Wang H., Han S. The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China // Menopause, 2008, vol. 15, №3, p. 566-569

Добрянський Д.В., Бодарецька О.І.

асистенти;

Дудка П.Ф.

професор;

Ільницький Р.І.

доцент,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ІМУННІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Основою патологічного процесу при ХОЗЛ є хронічне дифузне неалергічне запалення, яке веде до прогресуючого ураження легеневої вентиляції [1, 5]. Провідна роль у розвитку такого запалення належить нейтрофілам (на відміну від бронхіальної астми). Дослідженнями [2, 3, 4] встановлено, що розвиток захворювань органів дихання супроводжується змінами функції та кількості імунокомпетентних клітин, які приводять до вторинної імунологічної недостатності, що зумовлює виникнення рецидивів запального процесу в бронхах при ХОЗЛ.

Згідно сучасних поглядів імунологів стосовно проблеми ХОЗЛ в основі патогенезу даного захворювання лежить виникнення вторинного імунодефіциту [2], цю позицію вони обґрунтовують тим, що без порушення імунної відповіді не можливе прогресування захворювання і виникнення частих інфекційно-залежних загострень.

Слід зазначити, що останнім часом, значний інтерес для розуміння патогенезу ХОЗЛ і особливостей імунної регуляції при ній представляє розгляд балансу інтерлейкінів. Причому таку оцінку доцільно проводити з урахуванням можливої патогенетичної значущості інтерлейкінів, одночасно визначаючи різнонаправлені по біологічному впливу цитокіни з прозапальними та протизапальними властивостями [3].

Метою даного дослідження було з'ясувати характер порушень з боку показників системного імунітету та оцінити вплив медикаментозної терапії на основні показники на показники клітинно-опосередкованої та гуморальної ланок імунітету та цитокіновий профіль у хворих на ХОЗЛ.

В динаміці проведено дослідження у 98 пацієнтів хворих ХОЗЛ I-II стадії. Контрольну групу становили 30 практично здорових особи, співставимі за віком з клінічною групою.

У всіх пацієнтів, крім клінічного, лабораторного та інструментального обстеження відповідно до стандартів, затверджених наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007, проводилося визначення показників імунного статусу.

Імунологічне дослідження крові включало кількісну оцінку субпопуляцій лімфоцитів методом непрямой імунофлюоресцентній за допомогою моноклональних антитіл з використанням люмінісцентного мікроскопа «Люам 1-3». При цьому визначали абсолютну кількість, а також процент субпопуляцій Т і В-лімфоцитів – CD3+ , CD4+, CD8+, CD16+, CD22+. Рівень сироваткових імуноглобулінів G, A та M визначили за методом Mansini e.a. (1965). Дослідження функціональної активності Т-лімфоцитів проводилось шляхом проведення реакції бласттрансформації лімфоцитів з ФГА. Окрім цього, проводилось дослідження фагоцитарної активності нейтрофілів з визначенням фагоцитарного індексу.

Для з'ясування вмісту цитокінів було обстежено 22 хворих ХОЗЛ. Кількість цитокінів (ІЛ-4, ФНП- α), визначали за допомогою імуноферментного аналізу на вертикальній фотометрії Multiskan MCC-340 (450 нм) з використанням тест-систем ProCon (Росія). Отримані величини виражалися в пг/мл.

Статистична обробка отриманих результатів виконана на персональному комп'ютері за допомогою стандартного пакету функцій «MS Excel».

Як свідчить проведений аналіз висхідних даних імунологічного статусу у хворих ХОЗЛ в період загострення найбільш суттєвим є порушення з боку клітинної ланки імунітету, які варіюють в залежності від індивідуальних особливостей реактивності імунної системи. Паралельно із зниженням відносного числа іде зменшення і абсолютної кількості Т-клітин в периферичній крові.

Найбільш характерними порушеннями з боку імунограми у більшості пацієнтів під час загострення ХОЗЛ є зниження натуральних кіллерів та пригнічення фагоцитарної активності нейтрофілів, а також гіпоімуноглобулінемія Ig G, Ig A та Ig M (табл. 1). На фоні пригнічення клітинної ланки імунітету зниження рівня імуноглобулінів свідчить про виражений імунний дефіцит.

Таблиця 1

**Середні величини ($M \pm m$) показників системного імунітету
в контрольній і клінічній групах**

<i>Показник</i>	<i>Група контролю (n-30)</i>	<i>Клінічна група (n-98)</i>
Абс. к-ть лімф.	2,41± 0,23	2,13± 0,076*
CD3+	1,59± 0,17	1,27± 0,06*
CD4+	0,86± 0,04	0,08± 0,04*
CD8+	0,52± 0,03	0,49± 0,03
Тх/Тс	1,81± 0,19	1,97± 0,11*
Такт.	0,59± 0,06	0,88± 0,05*
CD22+	0,39± 0,04	0,71± 0,04*
CD16+	0,46± 0,05	0,3± 0,012
РБТЛ	1,68± 0,18	1,67± 0,067*
СРБТЛ	0,04± 0,003	0,059± 0,0024*
IgG	13,8± 1,45	8,42± 0,18*
IgA	2,02± 0,24	1,38± 0,05*
IgM	0,76± 0,02	0,83± 0,016
ΦІ	69,8± 7,2	65,5± 1,07*
ЦІК	51,7± 3,17	60,7± 0,45*

Примітка: * різниця вірогідна в порівнянні з контролем ($p < 0,05$).

Під час аналізу отриманих даних у хворих на ХОЗЛ відзначена суттєва неоднорідність і різновекторність виявлених порушень, так порушення з боку клітинної ланки імунітету, сильно варіюють в залежності від індивідуальних особливостей реактивності імунної системи, при цьому середньо статистичні показники субпопуляцій Т – лімфоцитів, як правило, наближуються до показників контрольної групи, що було підставою для виділення різних типів імунопатологічних реакцій. Всі обстежені були розподілені на три підгрупи: з гіперергічним, гіпоергічним типом імунодефіциту, а також з окремими імунологічними порушеннями.

Гіперергічний тип імунодефіциту виявлено у 20% обстежених, які супроводжувались надмірною стимуляцією імунної відповіді. При цьому відзначено суттєве зростання рівня субпопуляцій Т-лімфоцитів. Гіпоергічний тип імунодефіциту встановлено в 17% хворих, ця імунопатологічна реакція свідчить про виснаження імунної відповіді і проявляється зниженням гуморальної і клітинної ланки імунітету

переважно за рахунок зниження субпопуляцій CD3⁺-, CD4⁺-, CD8⁺-, CD16⁺-лімфоцитів та концентрації Ig G та Ig A у крові.

У 63 % пацієнтів спостерігався імунний дефіцит у окремих ланках. Так, у 16 пацієнтів відмічалась недостатність переважно хелперної функції (кількості CD4⁺-лімфоцитів) із низьким імунорегуляторним індексом, у 12 пацієнтів – недостатність переважно супресорної функції із високим імунорегуляторним індексом, у 24 хворих – виражена недостатність клітинного імунітету (зниження кількості субпопуляцій Т-лімфоцитів та їх проліферативної активності). Отримані результати можна пояснити різною направленістю імунної відповіді в залежності від компенсаторних можливостей організму та особливостей етіопатогенетичних чинників та ступенем дихальної недостатності і вираженістю запальної реакції.

Аналізу вмісту цитокінів у хворих на ХОЗЛ в периферичній крові показав, що загальний вміст цитокінів у них достовірно вище, ніж у здорових осіб. Разом з тим, діагностично значимий (>50 пг/мл) підйом рівня цитокінів у більшості хворих згідно отриманих не залежав від стадії захворювання, на відміну від деяких літературних даних, в яких були встановлені відмінності в динаміці рівня цитокінів крові залежно від стадії ХОЗЛ.

Отримані результати при розрахунку співвідношення протизапальних і прозапальних цитокінів указують на переважання протизапальних, бо величина співвідношення ІЛ-4 до ФНП-α у хворих ХОЗЛ статистично значимо перевищувала більше ніж у 3 рази.

Виходячи з отриманих результатів можна зробити висновок, що у хворих на ХОЗЛ імунодефіцит може проявлятися як гіперергічними, так і гіпоергічними реакціями, а в більшій частині випадків – окремими імунопатологічними проявами.

При ХОЗЛ реєструється гиперцитокінемія як за рахунок прозапальних (ФНП-α), так і, особливо, за рахунок протизапальних цитокінів (ІЛ-4). Значне переважання протизапальної активності може бути причиною імуносупресивних та аутоімунних реакцій у хворих на ХОЗЛ.

Список використаних джерел:

1. Драник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. / Драник Г.Н. – К.: ООО «Полиграф плюс», 2006. – 482 с.
2. Калініченко Ю.М., Островський М.М. Оцінка інтерлейкінового профілю при хронічному обструктивному захворюванні легень // Укр. пульмонолог. журнал. – 2006. – №1 – С. 33-34.

3. Перцева Т.О., Конопкіна Л.І. Роль системних маркерів запалення у формуванні імунологічної відповіді на інфекцію/колонізацію у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень// Укр. пульмонолог. журнал. – 2007. – №1 – С. 22-26.

4. Barnes P.J., Shapirvo S.D., Panwels R.A/ Chronic obstructive pulmonary disease molecular and cellular mechanismus// Enr. Respir. J. – 2003/ – V. 22. – P. 672-688.

5. Global Initiative for Chrnic Obstructive Lund Disease (GOLD)/ Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Publication Number 2701, Update 2006. GOLD website ([www/goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)).

Косован В.Н.

*кандидат медицинских наук,
заведующий хирургическим отделением,
Одесская областная клиническая больница*

ПАРАСТОМИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОДНО- И ДВУСТВОЛЬНЫМИ ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМАМИ

Проблема парастомических осложнений остается актуальной в связи с развитием последних по литературным данным в 25,5%-90,1% случаев. Внедрение новых методик формирования кишечных стом, наличие большого выбора оборудования и средств ухода за стомами, совершенствованием хирургической техники, сокращением сроков для проведения восстановительных операций позволяет значительно снизить эти показатели [1, с.13-17, 2, с.261-262, 4, с.53-57, 7, с.279-285], что значительно повлияло на структуру и количество парастомических осложнений. В связи с этими тенденциями заслуживает внимания оценка, изучение структуры, количества и места парастомических осложнений у больных со сформированными временными стомами, что и явилось целью данного исследования [3, с.119-122, 5, с.85-91, 6, с.174].

В исследование включено 432 больных, которым экстренное оперативное вмешательство по поводу осложненного рака толстой кишки завершено формированием временной одно- либо двухствольной энтеро- и колостомы.

Из них в 261 (60,42%) случае при имеющихся показаниях проведены обструктивные резекции тех или иных отделов толстой кишки с удалением опухоли: правосторонняя гемиколэктомия в 42 (16,09%), левосторонняя гемиколэктомия 102 (39,08%) операции Гартмана в 117 (44,83%) случаях с формированием временной одноствольной колостомы в 219 (83,91%) (I группа) и одноствольной энтеростомы в 42 (16,09%) случаев (III группа). Причинами выполнения обструктивных толстой кишки были локализации рака в слепой кишке в 5 (1,92%), восходящем отделе – в 26 (9,96%), печеночном отделе – в 11 (4,22%), селезеночном отделе в 40 (15,32%), нисходящем отделе – в 62 (23,75%) и сигмовидном отделе – в 117 (44,83%) случаев. Осложнениями рака у больных выступали кишечная непроходимость – у 200 (76,63%) случаях, перитонит – у 26 (9,96%) больных, перифокальное воспаления – в 13 (4,98%) больных, перфорация опухоли – у 22 (8,43%) больных.

У 171 (39,58%) больного (II группа) с опухолями левой половины толстой кишки при тяжелом состоянии больных, запущенности возникшего осложнения, наличии тяжелых сопутствующих заболеваний сформирована только двуствольная стома. Двуствольная колостома сформирована в 29 (16,96%) – с локального доступа и в 142 (83,04%) – со срединной лапаротомии. В работе использована классификация кишечных стом, предложенная Воробей А.В. (1996) [1, с.13-17], который распределил их по этиологическому фактору, времени возникновения, степени выраженности.

Послеоперационные осложнения возникли у 53 (24,21%) пациентов I, 26 (15,21%) II и 35 (83,33%) III групп. Все выявленные осложнения были разделены на общие, внутрибрюшные, парастомические (ранние и отдаленные). Общие осложнения развились в 4 (1,83%) случаях I, 4 (2,33%) случаях II и 4 (9,52%) III групп, внутрибрюшные осложнения – у 1 (0,46%) и 1 (0,59%) I и II групп, парастомические осложнения у 48 (21,92%), 21 (12,29%) и 31 (73,81%) I, II и III групп соответственно. Послеоперационные осложнения, возникшие у больных с временными энтеро- и колостомами, приведены в таблице 1.

Следует отметить, что парастомические осложнения составили 48 (90,57%) случаев из всех имеющихся осложнений I группы и 21 (80,77%) – II, 35 (73,81%) – III группы. Количество ранних парастомических осложнений практически резко отличается в

исследуемых группах, зависит от вида и типа сформированной стомы, значительно разнится по количеству, видам и срокам развития осложнений. Существенно большая разница в количестве отдаленных парастомических осложнений: в I группе они составили 25 (11,42%) , 3 (1,76%) во II группе и отсутствуют в III группе.

Таблица 1

**Послеоперационные осложнения, возникшие у больных
с временными энтеро- и колостомами**

	I группа n=219	II группа n=171	III группа n=42
Общие осложнения:	4 (1,83%)	4 (2,33%)	4 (9,52%)
- тромбоэмболия ветвей легочных артерий	-	1(0,58%)	-
- послеоперационное воспаление легких	4 (1,83%)	3 (1,75%)	4 (9,52%)
Внутрибрюшные осложнения:	1 (0,46%)	1 (0,59%)	-
- внутрибрюшное кровотечение	1 (0,46%)	-	-
- продолжающийся перитонит	-	1 (0,59%)	-
Парастомические осложнения:	48 (21,92%)	21 (12,29%)	31 (73,81%)
Ранние:	23 (10,50%)	18 (10,53%)	31 (73,81%)
- ретракция стомы	5 (2,28%)	1 (0,59%)	-
- парастомальный дерматит	7 (3,20%)	8 (4,68%)	26 (61,91%)
- абсцессы и флегмоны	5 (2,28%)	6 (3,51%)	2 (4,76%)
- нагноение срединной раны	4 (1,83%)	3 (1,75%)	3 (7,14%)
- некроз стомы	2 (0,91%)	-	-
Отдаленные:	25 (11,42%)	3 (1,76%)	-
- парастомические свищи	4 (1,83%)	1 (0,59%)	-
- стриктуры стомы	3 (1,37%)	-	-
- парастомические грыжи	12 (5,48%)	-	-
- эвагинация слизистой стомы	6 (2,74%)	2 (1,17%)	-
ВСЕГО:	53 (24,21%)	26 (15,21%)	35(83,33%)

Значительно меньшее количество отдаленных парастомических осложнений во II и отсутствие их в III группах объясняется тем, что больные этих группы были в дальнейшем оперированы через 1-1,5 месяца после формирования энтеро- и колостомы, учитывая наличие неудаленной опухоли, опасность развития метастазирования.

Отдаленные осложнения в этих группах из-за достаточно раннего проведения восстановительной операции не успели развиваться.

Таким образом, на сегодняшний день произошли существенные изменения в количестве, структуре парастомальных осложнений в зависимости от вида стомы и времени развития осложнений.

1. Парастомические осложнения у больных, оперированных по поводу осложненного рака толстой кишки составляют от 80,77% до 90,57% при формировании колостомы и до 73,81% при формировании энтеростомы от всех возникших послеоперационных осложнений.

2. Количество ранних парастомических осложнений продолжает оставаться на прежнем уровне и соответствует литературным данным, а в больных с энтеростомами имеется по несколько осложнений одновременно.

3. Количество отдаленных парастомических осложнений претерпело значительное снижение, особенно у пациентов с двустольными колостомами и полное отсутствие с энтеростомами, которым в течение ближайших 1-1,5 месяцев проводится восстановительная операция.

4. Необходимы разработка и совершенствование методов энтеро- и колостомии, направленных на снижение количества ранних парастомических осложнений.

Список использованных источников:

1. Воробей А.В. Местные осложнения постоянных энтеро- и колостом, их профилактика и лечение / А.В. Воробей, М. Щеповски. – Новости хирургии. – 1996. – №1. – С. 13-17.

2. Калашникова И.А. Кожные перистомальные осложнения и качество жизни пациентов с кишечной стомой / И.А. Калашникова, С.И. Ачкасов // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – г. Одесса. – 18-20 мая 2011. – С. 261-262.

3. Косован В.М. Відновлювальні операції після перенесених обструктивних резекцій сигмоподібної кишки в ранні терміни / В.М.Косован. – Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2010. – №14(1). – С. 119-122.

4. Матвійчук Б.О. Колостомія в практичному лікуванні обструктивного раку ободової кишки / Б.О. Матвійчук . – Практ. мед. – 1999. – №5-6. – С. 53-57.

5. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / [Бондарь Г.В., Бакшеев В.Х, Думанский Ю.В. и др.]. – Новоутворення. – 2009. – №3-4. – С.85-91.

6. Сафронов Д.В. Двухэтапная хирургическая реабилитация больных с осложненными заболеваниями и травмами ободочной кишки: дис. ... канд. мед. н.: 14.00.27 «хирургия» – Чита, 2004. – 174 с.

7. Robertson I. et all. Prospective analysis of stoma-related complications. Colorectal Dis. – 2005; 3: 279-285.

Litvinova N.O., Pozdniakova S.V.

students;

Dobryanskiy D.V.

PhD, Assistant Professor;

Bodareckaya O.I.

*Candidate of Medical Sciences, teaching assistant,
Bogomolets National Medical University*

THE ANALYSIS OF DENTAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES

Chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) are characterized by immune, microcirculation and metabolism disorders that arises on the background of activation systemic inflammatory reaction and accompanied by osteoporosis, cachexia and cardiovascular and neuroendocrine disorders that are aggravating factors of periodontal disease [1]. All the listed above has negative influence on the dental status, which makes our research topical [2, 3].

We have conducted an analysis of the oral cavity condition in 11 patients with COPD II – III stage. The control group consisted of 10 healthy persons, which are comparable by age and sex .

According to the standards approved by the Ministry of Health of Ukraine № 128 of 19.03.2007, general clinical, laboratory and instrumental examinations was conducted for all patients. During a comprehensive study of the oral cavity condition dental criterion and indices such as: Green-Vermilion, PMA, PI, CPI, SBI, PBI were evaluated.

In comparison with a control group there are increases of diseases of tongue and more common affection of periodontal tissues were founded in the dental status of patients with COPD.

Thus, periodontal pockets of patients with COPD was $3,6 \pm 0,2$, the deposition of tartar – in 72.2% of cases, gum recession – in 69.4% of cases, which were exceeded the control group to 21.4%.

The main positions of general treatment of periodontal disease are:

1. Antibiotic therapy for patients with COPD have to be strictly limited by cases of infectious exacerbations of the main disease.

2. Anti-inflammatory therapy – should give preference to non-steroidal anti-inflammatory drugs.

3. Drugs for the improvement of microcirculation and drugs with angioprotective actions.

4. Antioxidants.

5. Immunomodulatory therapy

6. Restorative and vitamin therapy.

Summary. COPD is an important aggravating factor that contributes to progressive course of disease and periodontal complex. Therefore, during the complex treatment of periodontal disease should be tailored to suit the pathogenesis, clinical course and treatment of the underlying disease.

References:

1. Feschenko Y.I. Topical issues of chronic obstructive pulmonary disease [Text] / Y.I. Feschenko // Ukrainsky pulmonologichny Journal. – 2010. – № 1. – P. 6.

2. Perceva T.O. The role of systemic markers of inflammation in the formation of the immunological response to infection / colonization in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / T.O. Perceva, L.I. Konopkina // Ukrainian pulmonological Journal. – 2007. – № 1 – p.22-26

3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) / Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Publication Number 2701, Update 2006. GOLD <http://www.goldcopd.com>.

Малкович Н.М.

кандидат медичний наук, доцент;

Бобкович К.О.

*кандидат медичний наук, доцент,
Буковинський державний медичний університет*

Марунчик С.Л.

лікар-пульмонолог;

Малкович Я.І.

*лікар-терапевт,
Міська клінічна лікарня № 3 м. Чернівці*

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ РЕСПІРАТОРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Сучасні методики небулайзерної терапії (НТ) відвоювали належне місце в лікуванні та реабілітації хворих всіх вікових категорій із бронхолегеневими захворюваннями. Особливо актуальна НТ на етапі стаціонарного лікування пацієнтів із загостреннями бронхообструктивних захворювань. Але особливе значення, на наш погляд, має відігравати НТ у профілактиці та лікуванні респіраторних розладів у пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК). На сьогоднішній день способом НТ можливо використовувати широку палітру лікарських засобів, таких як муколітики, бронхолітики, протизапальні та антибактеріальні засоби [5, р. 230].

Респіраторні розлади у хворих з ГПМК можна спостерігати при порушенні центральних механізмів регуляції дихання. Частим наслідком пасивного положення хворого в ліжку, бронхіального мукостазу, глибокого пригнічення свідомості, ковтання, гемодинамічних змін кровотоку в легенях та гіпостатичних явищ є приєднання внутрішньолікарняної інфекції та розвиток пневмонії, – особливо небезпечного соматичного ускладнення ГПМК. Пневмонія виникає у половини хворих з ГПМК і в 14% випадків є основною причиною смерті [1, с.5].

Ще однією категорією хворих з високим ступенем ризику розвитку респіраторних розладів є особи з наявними на момент розвитку ГПМК бронхообструктивними та фіброзуючими захворюваннями (хронічне обструктивне захворювання легень

(ХОЗЛ), бронхіальна астма (БА), фіброзуючий альвеоліт тощо). Як правило, у більшості випадків спостерігається загострення супутньої дихальної патології, що потребує проведення інтенсивного лікування із включенням бронхолітичних, муколітичних, антибактеріальних препаратів та експекторантів.

Порушення свідомості, частий розвиток сенсорної афазії та м'язової слабкості унеможливають застосування інгаляторних засобів, що вимагають координації дихальних маневрів. Тому єдиною альтернативою є застосування НТ.

НТ в ситуації ГМПК володіє цілим рядом суттєвих переваг. Це, зокрема, відсутність необхідності координувати дихання з поступленням аерозоля, можливість використання високих доз препарату і отримання фармакодинамічної відповіді за короткий проміжок часу, широкий маневр дозами і ритмом введення лікарських засобів, безперервна подача лікарського аерозолю з дрібнодисперсними частками, швидке та значне покращення стану внаслідок ефективного поступлення в бронхи діючої речовини. Фракція препарату, що осідає в порожнині рота і глотки, незначна, тому значно знижується ризик розвитку кандидомікозу при використанні інгаляційних кортикостероїдів.

При застосуванні НТ можливе включення в контур подачі кисню та штучної вентиляції легень. Порівняно з внутрішньовенним, внутрішньом'язовим шляхами введення лікарських засобів, при НТ практично не зустрічається побічних ефектів, властивих системному застосуванню ліків [4, с. 62].

Цінним ефектом НТ є також відсутність «first —pass» (першого проходу) лікарського препарату та зниження активності препарату в печінці [3, с. 175].

При призначенні НТ хворим в ранньому періоді ГПМК слід враховувати не тільки переваги та покази до даного методу лікування, але й протипокази: легеневі кровотечі та кровохаркання, травматичний пневмоторакс, серцева аритмія та тяжка серцева недостатність, індивідуальна непереносимість препарату [4, с. 64].

Метою дослідження було оптимізувати лікування та профілактику респіраторних розладів у хворих в ранньому періоді ГПМК.

Впродовж 2011 року обстежено та проліковано 11 хворих в ранньому періоді ГПМК, що перебували на лікуванні у блоці реанімації та інтенсивної терапії неврологічного відділення Міської лікарні № 3 м. Чернівці. Хворі мали таку патологію органів дихання:

помірне загострення БА – 2 чоловіків, ХОЗЛ в періоді помірного загострення – 5, рання внутрішньогоспітальна пневмонія (НП) – 4 пацієнтів. У всіх обстежуваних спостерігали пітливість, кашель різного ступеня вираженості з виділенням харкотиння слизового чи слизово-гнійного характеру або без нього, задишку у спокої.

Хворі отримували базисну терапію згідно зі стандартами ведення пацієнтів з ГПМК та хворих пульмонологічного профілю. З метою покращення надання медичної допомоги хворим та полегшення перебігу захворювання були запропоновані та впроваджені схеми НТ пацієнтам із захворюваннями органів дихання. Хворі були розподілені на 2 групи – I група отримувала додатково до лікування небулайзерні інгаляції; II група – традиційне лікування.

Клінічні прояви респіраторних розладів у пацієнтів в ранньому періоді ГПМК мають суттєві особливості. Через глибокі розлади свідомості, а пізніше внаслідок досить частой наявності у даной категорії хворих моторної та сенсорної афазії, будь-які суб'єктивні прояви можливих патологічних змін з боку бронхолегеневого апарату відсутні, тому їх симптоми можливо виявити тільки при систематичному ретельному спостереженні за пацієнтом.

Такі прості діагностичні прийоми, як підрахунок частоти дихання, спостереження за змінами глибини та ритму дихання дозволяють виявити можливі розлади. Особлива увага приділяється змінам аускультативної картини в легенях. Поява кількісних та якісних змін везикулярного дихання, хрипів та крепітації є суттєвим показом для проведення рентгенологічного дослідження органів грудної клітки у досліджуваних пацієнтів. Оскільки транспортування таких хворих дуже часто буває неможливим, перевага надається застосуванню великокадрової комп'ютерної флюорографії. Моніторували стан бронхолегеневої системи також за допомогою проведення постійної пульсоксиметрії.

У досліджуваних пацієнтів спостерігалися як нетяжкі малосимптомні форми хвороби, так і захворювання з тяжким і дуже тяжким перебігом, що супроводжуються вираженим ексудативним компонентом, розвитком синдрому гіперреактивності бронхів тощо.

Для лікування хворих, з метою полегшення відходження харкотиння для інгаляцій через небулайзер, використовували розчин флуімуцилу 3 мл на 1 інгаляцію 2-3 рази на добу. У випадку бронхообструктивного синдрому (ХОЗЛ, БА) застосовували бронхолітики: β -адреноміметики – сальбутамол 2 мл з 2 мл

фізіологічного розчину натрію хлориду 1–2 рази на добу 3–5 днів або беродуал 8-10 крапель з 4 мл фізіологічного розчину натрію хлориду [2, с. 67] з послідовним інгаляційним введенням глюкокортикостероїдів (пульмікорт, флексотид) через 15-30 хв залежно від виду бронхолітичного середника.

Слід зазначити, що ефективність комплексного лікування хворих, що отримували небулайзерну терапію, була вищою за результати хворих з групи порівняння. Інгаляційне введення глюкокортикостероїдів не призводило до системних побічних проявів, таких, наприклад, як підйом артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, посилення набрякового синдрому, гіперглікемії тощо.

Локальне інгаляційне застосування β -адреноміметиків та М-холінолітичних препаратів не вплинуло на такі гемодинамічні показники, як частота серцевих скорочень, артеріальний тиск. Натомість нівелювання периферійної гіпоксемії призводило до покращення оксигенації життєво важливих органів досліджуваних хворих.

НТ проводилась поряд з активним застосуванням не медикаментозних методів лікування, таких як постуральний дренаж, легкий перкусійний та вібрувальний масаж грудної клітки, що покращувало відходження мокроти та зменшувало вираженість бронхообструктивних проявів.

Загалом в досліджуваній групі хворих не було зареєстровано не одного летального випадку внаслідок розвитку респіраторних подій. НТ продовжувалась і на етапі реабілітації пацієнтів. Хворим із супутніми ХОЗЛ та БА рекомендовалось продовжити НТ в амбулаторних умовах, для чого були індивідуально підібрані препарати та їх дозування.

В перспективі передбачається розширити перелік засобів для НТ у пацієнтів згаданої групи за рахунок впровадження у лікувальний процес антибактеріальних та дезінфікуювальних засобів (дека сан [3, с. 175], флуімуцил-антибіотик) з метою зменшення захворюваності та смертності пацієнтів в ранньому періоді ГПМК від бронхолегеневих інфекційних ускладнень.

Список використаних джерел:

1. Виленский Б.С. Соматические осложнения инсульта / Б.С. Виленский // Неврологический журнал. – №3. – 2003. – стр.4–10.

2. Коваленко С.В. Небулайзерна хронотерапія препаратом беродуал хворих на хронічні обструктивні захворювання легень / С.В. Коваленко // Буковинський медичний вісник. – Том 10, №4. – 2006. – С. 67-69.

3. Коваленко С.В. Досвід застосування небулайзерної терапії декасаном загострень хронічного бронхіту в умовах пульмонологічного відділення / С.В. Коваленко // Буковинський медичний вісник. – Том 14, №4 (56). – 2010. –

4. С. 175-176.

5. Применение небулайзеров в клинической практике / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, А.Н. Туманов, М.А. Полянская // Астма та алергія. – № 3-4. – 2006. – С. 59-70.

6. European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulisers / J. Boe, J. H. Dennis, B.R. Driscoll [et al.] // Eur. Respir. J. – 2001. – Vol. 18. – P. 228-242.

Мурадова З.С.

научный сотрудник,

*Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии
Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики*

Алиева Э.М.

*заведующая кафедры акушерства и гинекологии,
I Азербайджанский медицинский университет*

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ИСХОД РОДОВ ДЛЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Одной из актуальных проблем современного акушерства является высокая частота преждевременных родов, что существенно влияет на показатели перинатальной заболеваемости и смертности.

По рекомендации ВОЗ преждевременные роды следует считать с 22 недель гестации. При этом различают: очень ранние преждевременные роды (22-27 недель), ранние преждевременные роды (28-33 недель) и собственно преждевременные роды (34-37 недель).

Исходя из актуальности проблемы, определена цель настоящего исследования: изучить особенности течения беременности, исход преждевременных родов для плода и новорожденного, начиная с 22 недели у беременных, получивших патогенетическую терапию угрозы преждевременных родов в различные сроки гестации.

Исходя из цели исследования, обследовано 142 беременные с угрозой преждевременных родов, начиная с 22 недели беременности. Проведен анализ 150 преждевременных родов (ретроспективный материал). Патогенетическая терапия включала инфузионную, антикоагулянтную, при необходимости, антибактериальную и спазмолитическую терапию. С началом родовой деятельности учитывались рекомендации клинического протокола ведения преждевременных родов. Проводилась также профилактика синдрома дыхательных расстройств назначением бетаметазона (12мг х 2 дозы через 24 часа, внутримышечно).

В результате проведенного исследования было установлено, что факторами риска угрозы преждевременных родов с 22 недели беременности являются повторнородящие, наличие воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы, дисгормональные нарушения, бесплодие, наличие угрозы выкидыша в ранние сроки гестации, ранний токсикоз, острая респираторная вирусная инфекция в динамике беременности, клинические проявления угрозы прерывания беременности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

По данным ретроспективного исследования установлено, что перинатальная смертность при очень ранних преждевременных родах составила 1000‰, при ранних преждевременных родах – 431,8‰, при собственных преждевременных родах – 115‰.

Проведение комплексной патогенетической терапии угрозы преждевременных родов позволило снизить показатели перинатальной смертности в 22-28 недель – с 1000‰ до 227,2‰, в 29-33 недели – с 431,8‰ до 27,8‰. В 34-36 недели беременности перинатальная смертность не наблюдалась.

Изучение структуры перинатальной заболеваемости с 22 недель гестации беременности позволило установить, что при очень ранних преждевременных родах у новорожденных неонатальный период осложнился кровоизлияниями структуры головного мозга (34,8%), внутриутробным инфицированием, наличием хронической внутриутробной гипоксии плода (17,4%), нарушением мозгового кровообращения (НМК) гипоксического генеза (17,1%), пневмопатией (15,4%).

При ранних преждевременных родах хроническая гипоксия плода определялась у 25,2%, НМК гипоксического генеза – у 17,1%, пневмопатии – у 15,4%.

При собственных преждевременных родах частота хронической гипоксии плода составила 25,2%, НМК – 32,5% и пневмопатии – 14,8%.

Морфологическое исследование плацент, полученных от рожениц, имеющих клинические проявления угрозы преждевременных родов в различные сроки гестации выявило при очень ранних преждевременных родах (22-28 недель) преобладание дистрофических процессов над пролиферативными, проявляющиеся фибриноидным изменением цитотрофобласта, отложением фибрина, дистрофические изменения ворсин хориона, уменьшение общего количества фиброцитов, наличие очагов некроза.

При собственно ранних преждевременных родах (34-36 недель) в плацентах отмечались преимущественно пролиферативные процессы: отмечалось наличие ядер синциотрофобласта и цитотрофобласта, резкое увеличение фибробластов, существенное увеличение коллагеновых волокон.

Таким образом, своевременная комплексная патогенетическая терапия угрозы преждевременных родов позволяет пролангировать беременность, что отражается на состоянии плода и новорожденного, и существенно снижает показатели перинатальной смертности.

Список использованных источников:

1. Балущкина А.А., Михайлова О.И., Тютюнник В.Л. Токолитические препараты в лечении угрожающих преждевременных родов // Русский медицинский журнал, 2009, 17, стр. 11-16
2. Игнатко И.В. Беременность высокого риска перинатальной патологии: патогенез плацентарной недостаточности, ранняя диагностика и акушерская тактика // Диссертация доктора медицинских наук, 2005, 294 с.
3. Макаров О.В., Ганковская Л.В., Бахарева И.В., Кузнецов П.А. Современные методы лечения при преждевременных родах // Росс. Вестник акуш.-гинеколог., 2009, №2, стр. 29-34.
4. Плеханова Е.Р. Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности. Тактика ведения беременности и родов // Дис. к.м.н., М., 2008, 175 с.
5. Синаташвили К.Т. Клинико-лабораторные критерии диагностики, прогнозирования преждевременных родов и перинатальных исходов // Автореф. дис., М., 2010, 23 с.
6. Сичинава Л.Г. Перинатальные гипоксические поражения ЦНС плода и новорожденного // Автореф. дисс. д.м.н., М., 1993, 40 с.
7. Сорокина С.Э. Акушерские аспекты перинатальной смертности // Автореферат дис., Санкт-Петербург, 2006, 40с.
8. Ananth C.V. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes // J Matern Fetal Neonatal Med., 2006, vol. 19, №12, p. 773-782.

9. Alfievic Z., Allen-Coward F., Molina F. Targeted therapy for threatened preterm labor based on sonographic measurement of the cervical length: a randomized controlled trial // Ultrasound Obstet. Gynecol., 2007, №29, p. 47-50.

10. American College of Obstetricians and Gynecologists Management of preterm labor // ACOG practical bulletin no. 43. Washington, 2003.

Руснак І.Т.

кандидат медичних наук;

Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор;

Барбе А.М., Вілігорська К.В.

студенти,

Буковинський державний медичний університет

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Стан здоров'я народу України є надзвичайно актуальною проблемою теоретичної і практичної медицини, оскільки обґрунтований не тільки питаннями об'єктивізації діагностики і лікування, а й зумовлений суспільними явищами, пов'язується з високою кардіологічною смертністю, особливо серед осіб працездатного віку, значним внеском інвалідизації та зменшенням середньої тривалості життя, яка менша у середньому на 10 років порівняно з іншими країнами Євросоюзу та на 15 років – із окремими з них, а середня тривалість здорового життя чоловіків сягає лише 55 років, за тривалістю життя Україна серед інших країн світу посідає 54-те місце для чоловіків та 47-ме для жінок [1, с. 83; 2, слайд 2].

Незважаючи на значні успіхи у виявленні хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в Україні та досягнення в її лікуванні, АГ й досі залишається найбільш поширеним захворюванням із несприятливим прогнозом, що зумовлене закономірним ремоделюванням лівого шлуночка (ЛШ) з розвитком його дисфункції та хронічної серцевої недостатності (СН). Відомо, що розвиток гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) створює передумови для порушення функціональних властивостей міокарда. Зменшується коронарний резерв, перфузія субендокардіальних шарів міокарда, порушується енергетичний обмін кардіоміоцитів. У хворих на АГ зміни серцевого м'язу

мають гетерогенний характер. Ремоделювання міокарда передбачає зміну структури, геометричних характеристик шлуночків та функції серця внаслідок їх перевантаження або втрати життєдіяльного міокарда. Довготривалі проспективні дослідження виявили залежність ризику ускладнень не тільки від вираженості та динаміки ГЛШ, але й від характеру ремоделювання ЛШ. Рядом досліджень, зокрема Фремінгемським, виявлено, що найбільш несприятливий вплив на прогноз пацієнтів справляє концентричне ремоделювання ЛШ, тобто ГЛШ з переважанням потовщення стінок ЛШ над збільшенням його порожнини. У пацієнтів із концентричними змінами ЛШ раніше і більш суттєво погіршується діастолічна функція міокарда, з ексцентричними – систолічна [3, с. 503].

Ризик тяжких серцево-судинних ускладнень залежить від ГЛШ, а розвиток інфаркту міокарда, раптової коронарної смерті, мозкового інсульту може навіть збільшуватись при ГЛШ незалежно від рівня артеріального тиску (АТ) [4, с. 76], оскільки при наявній ГЛШ в 2-3 рази збільшується ризик розвитку застійної СН та аритмій серця, а зростання індексу маси міокарда лівого шлуночка на 50 г/м^2 супроводжується збільшенням ризику розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) на 50%, причому в осіб з електро- і/або ехокардіографічними ознаками ГЛШ ступінь ризику розвитку ускладнень у 3-6 разів вищий, ніж у осіб без таких ознак.

Причини серцево-судинних захворювань активно вивчаються, пов'язуються з факторами ризику, що модифікуються і не модифікуються, в тому числі й соціального характеру (неправильне харчування, фізична інертність, куріння – а отже модифікуються), наслідком яких є підвищення АТ, рівня глюкози в крові, підвищеного вмісту атерогенних ліпідів в крові, зайвої ваги і ожиріння, тобто формуються «проміжні чинники ризику» [3, с. 507], що є характерним і для України: переважна частина населення проживає в умовах хронічного стресу, 56,8% мають надлишкову масу тіла, 44% чоловіків та 16,5% жінок курять [1, с. 83; 4, с. 76]. Проблема оптимізації лікування пацієнтів з АГ і ІХС є не тільки суто медичною, а і медико-соціальною.

Для об'єктивізації кількісної оцінки ГЛШ нами проведена комп'ютерна обробка електрокардіограм (ЕКГ) 202 пацієнтів зі стабільною стенокардією (СС), АГ та СН з її оцифровкою та побудовою першої похідної диференційованого зубця Т на засадах моделі, запропонованої Е.Ш. Халфеном. Суть методу полягає у визначенні швидкісних показників зубця Т диференційованої ЕКГ,

які аналізуються при підсиленій і оцифрованій ЕКГ в I, III, V2 та V6 відведеннях, що зумовлено особливостями локалізації визначення можливих уражень міокарда.

Кількісні показники аналізувалися в розрахунках швидкості змін різниці потенціалів при реполяризації шлуночків, стосувались визначення показника відношення максимальних швидкостей (ВМШ), відношення сусідніх екстремальних значень (ВСЕЗ) на першому коліні зубця Т (V_1 / V_3) диференційованої ЕКГ (див. рис. 1) за абсолютними величинами, яке розраховували за формулою:

$$\text{ВСЕЗ} = \frac{(V_1 - V_3)}{V_1}.$$

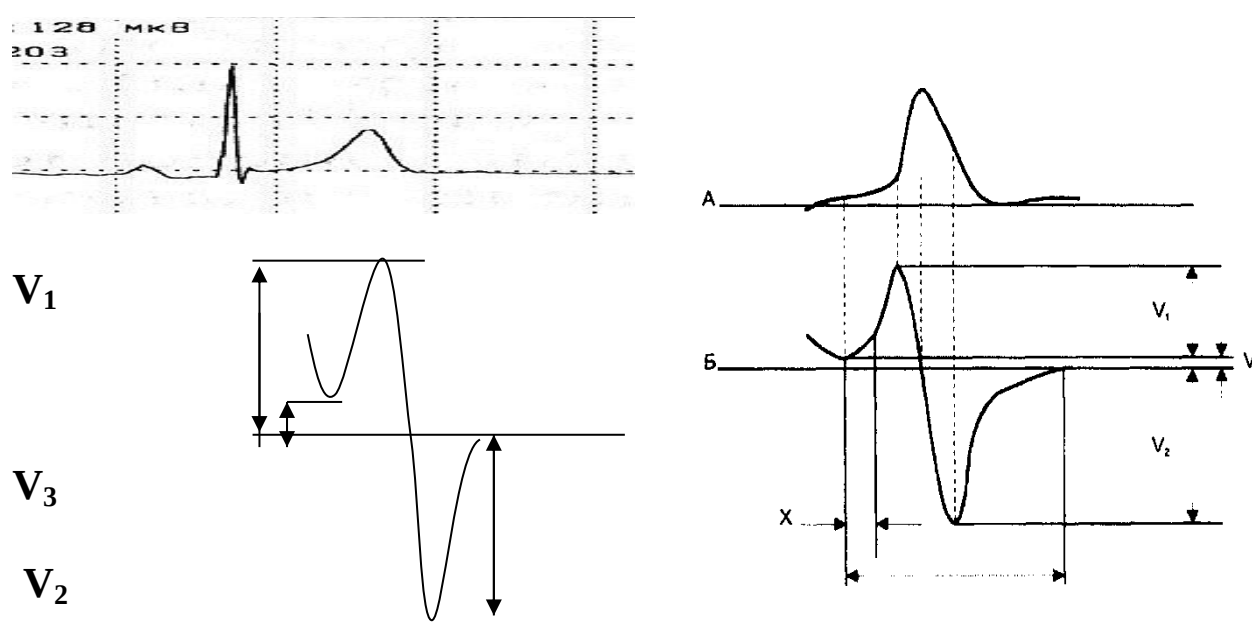


Рис 1. Перша похідна зубця Т – зліва звичайна ЕКГ і диференційований зубець Т, справа А – підсилений зубець Т, Б – диференційований зубець Т (цит. за Е.Ш. Халфен, 1986)

Примітки:

1. V_1 – максимальне значення швидкості на першому коліні зубця Т диференційованої ЕКГ.
2. V_2 – максимальне значення швидкості на другому коліні зубця Т диференційованої ЕКГ.
3. V_3 – перше екстремальне значення швидкості на початковому коліні зубця Т диференційованої ЕКГ.

Доведено зростання показника відношення максимальних швидкостей (ВМШ) диференційованої ЕКГ, залежно від наростання проявів СН. Вплив діастолічного артеріального тиску (ДАТ) на показник ВМШ достовірний із приростом ознак ГЛШ для бокової стінки ЛШ та зменшенням для перетинкової ділянки ЛШ, а отже систолічний артеріальний тиск (САТ), і ще більше ДАТ,

обумовлюють ремоделювання ЛШ, на відміну від тези про незалежність ГЛШ від САТ.

Застосування диференційованої ЕКГ дозволяє оптимізувати діагностичну цінність проведення ЕКГ дослідження в пацієнтів із патологією серцево-судинної системи, а визначення показника ВМШ є результиуючим відносно впливів наявних ГЛШ, АГ, СС та СН.

Список використаних джерел:

1. Корнацький В. М. Проблеми здоров'я та подовження тривалості життя населення України / В. М. Корнацький // Укр. мед. часопис. – 2008. – №5 (67). – С. 83-87.
2. Корнацький В. М. Етичні аспекти проведення клінічних досліджень в Україні / В.М. Корнацький // Режим доступу: Microsoft Powerpoint. – Київ. – 2011.
3. Caloric Restriction Ameliorates Angiotensin II-Induced Mitochondrial Remodeling and Cardiac Hypertrophy / P. Finckenberg, O. Eriksson, M. Baumann [et al.] // Hypertension. – 2012. – Vol. 59, № 1. – P. 76 – 84.
4. Highlights of the Year in JACC 2011 / A. N. DeMaria, J. J. Bax, O. Ben-Yehuda [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2012. – Vol. 59, № 5. – P. 503-537.

Рустамли У.Г.

*ассистент кафедры акушерства и гинекологии,
Клинический родильный дом № 5 имени Шамамы Алескеровой
II Азербайджанского Медицинского Университета*

ЛЕЧЕНИЕ НЕПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ ЖЕНСКОМ БЕСПЛОДИИ

Непроходимость маточных труб характеризуется анатомо-функциональным нарушением, а их осложнение приводит к бесплодию труб. В последние годы значительно изменилось отношение к лечению бесплодия труб. В настоящее время гидротубация с целью лечения не используется. Более осторожно начали подходить к реконструктивно-пластическим операциям на трубах, так как операции, проводимые микрохирургическими техническими средствами, требуют высокой профессиональности, и если даже восстанавливается проходимость труб, ресничный аппарат из-за полученного повреждения не дает эффекта.

Цель данной работы состоит в проведении лечения непроходимости труб неинвазивными и безвредными для организма методами. Для этого под наблюдение было взято 30 женщин с непроходимостью труб в возрасте между 23-34 годами, они были разделены на II группы по 15 человек в каждой. Больным, входящим в обе группы, заранее было проведено вагинальное обследование, ультразвуковое обследование (УЗИ), гистеросальпингография ГСГ), и у каждой из них диагноз непроходимости труб был подтвержден. Двухсторонняя непроходимость труб была обнаружена у 19 (63,3%) больных, а у 11 (36,6%) – лево- или правосторонняя непроходимость.

В анамнезе 9 (30%) больных была определена внематочная беременность, 17 (56,6%) – сальпингит, 12 (40%) больным проведены различные операции брюшной полости (8 – 66,6% – аппендэктомия, 4 – 33,3% – кистэктомия).

Женщины, входящие в I группу (группа сравнительная), лечились традиционным способом (антибактериальное, нестероидного противовоспалительного, рассасывающее, десенсибилизирующее, антиагрегантное). Одновременно этим пациентам посредством трансвагинального проводника была проведена лазерная терапия.

Женщинам, входящим во II группу, была назначена лазерная терапия, и, в то же время, антигомотоксическое лечение.

Низкоинтенсивные лазерные волны в течение 15 минут подводились в определенным участкам посредством транскутанных и трансвагинальных проводников. Из антигомотоксических препаратов были использованы Traumeel S, обладающий противовоспалительным, рассасывающим, антиагрегантным эффектом, и Metro-Adnex-Ineel (Германия), обладающий антибактериальным, антиэкссудатным эффектом. Эти препараты после лазерной терапии вводятся в заднюю часть матки в форме инъекции. В то же время, через день внутримышечно назначается Graphites-Номаккord с дефибролизирующим эффектом.

Во время исследования в каждой группе был использован лазерный аппарат типа He-Ne. Время лечения охватывало 10 дней между 5-25 днями менструального цикла.

Результаты исследования показали, что у больных, входящих во II группу, клинический эффект (уменьшение боли, устранение диспареунии, уменьшение патологических выделений из половых путей) проявил себя гораздо быстрее, период лечения прошел еще

лучше и лечение было более эффективным. Во время повторно проведенной ГСГ у 12 (80%) больных, входящих во II группу, была обеспечена проходимость труб, у 7 (58%) из них она завершилась беременностью. А в I группе данные показатели составили, соответственно, 11 (73%) и 4 (36%).

Таким образом, совместное применение лазерной терапии и антигомотоксического лечения обладает высокой эффективностью и отличается безвредностью для организма.

Список использованных источников:

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2005. – 616 с.
2. Реквег Г.-Г. Гомеопатическая антигомотоксикология. Систематизированное практическое лекарствоведение. – М.: Гомеопатическая Медицина, 2000. – 592 с.
3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / под ред. В.И.Кулакова. – М.: ГЕОТАР- Медиа, 2006. – 512 с.
4. Самосюк И.З., Лисенюк В.П., Лобода М.В. Лазеротерапия и лазеропунктура в клинической и курортной практике. – К.: Здоров'я, 1997. – 240 с.
5. Справочник акушера-гинеколога. Изд. 3-е, перераб. и доп./ И.Е. Зазерская, О.И. Карпов, А.И. Танаков и др. – СПб.:ООО «Издательство Н-Л», 2003. – 208 с.

Семенова С.В.

асистент,

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Хвороби шлунково-кишкового тракту є одними з найпоширеніших в світі після патології серцево-судинної системи та онкологічних захворювань. Серед них чільне місце займає хронічний некаменевий холецистит (ХНХ). Перспективним принципом вибору стратегії діагностики та лікування хронічних захворювань повинен бути цілісний та індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Таким вимогам цілком відповідає застосування гомеопатичних ліків в комплексному лікуванні ХНХ. В такому

випадку виконується комплексний цілісний вплив з врахуванням етіології, симптоматики, патогенезу та індивідуально-орієнтованої реактивності пацієнта з ХНХ.

В роботі досліджено вплив гомеопатичних ліків (ГЛ) на функцію жовчного міхура та хронічні запальні процеси в ньому. Використано можливості електропунктурної діагностики за методом Фолля, теорія та практика рефлексотерапії. Таким чином, було об'єднано три напрямки, створено та запатентовано лікувально-діагностичний алгоритм.

Діагностика проходила шляхом виявлення відхилень показників з біологічно-активних точок (БАТ) ряду меридіанів кистей та стоп з наступної корекцією методом гомеосинатрії. Для гомеосинатрії застосовували індивідуально підібрані та тропні до системи жовчного міхура ГЛ.

В дослідженні приймало участь 39 хворих. Всі пацієнти були поділені на дві групи: перша група (19 чол.) на фоні загальноприйнятого симптоматичного лікування приймала ГЛ *per os*, в той час як в другій групі (20 чол.) застосовувалася гомеосинатрія, тобто індивідуально підібрані ГЛ вводили в контрольні акупунктурні точки меридіанів (КАТМ). Відбиралися меридіани з відхиленнями показників та в точки меридіанів жовчного міхура, печінки, підшлункової залози, товстого та тонкого кишківників, шлунка.

В результаті, в групі з гомеосинатричної корекцією (ГСК) патологічна симптоматика (больова, диспепсична, астено-вегетативна) зникала після 3-5 впливів на КАТМ, але для закріплення результатів пацієнтів спостерігали на протязі 2-х тижнів. В групі з традиційним прийомом ліків симптоматика зникала в більш пізні строки, на 7 -9 день, у затяжних випадках й пізніше – на 11-13 день.

Також оцінювали якість життя хворих за спеціально розробленими опитувальниками, оскільки вони є найбільш чутливими до хронічного захворювання з тривалим протіканням, зокрема ХНХ. На даний час ЯЖ розглядають як самостійний критерій оцінки ефективності терапії, який за своїм значенням порівняльний з клінічними критеріями. Якість життя хворих – це суб'єктивне переживання ними захворювання з позицій фізичного, психоемоційного та соціального комфорту. Опитування включало соціальну, ментально-емоційну, системну (відчуття пацієнта в цілому) сфери та локальну патологію, тобто хронічне запалення

жовчного міхура. Оскільки показники якості життя змінюються залежно від стану хворого ми оцінювали перебіг захворювання ХНХ та ефективність лікування з порівняльною характеристикою в обох групах. В обох групах пацієнти скаржилися на нерегульований апетит ($p < 0,001$), коливання маси тіла ($p < 0,001$), відсутність відчуття відпочинку після сну ($p < 0,001$), періодичний головний біль ($p < 0,001$), втому та низький рівень працездатності ($p < 0,05$), поганий настрій ($p < 0,001$) до лікування. Після лікування в групі з традиційним призначенням ліків нормалізація вказаних показників відбувалася пізніше на 5-7 днів та була менш стійкою, тому через 3-4 тижні виникала потреба в повторному курсі лікування.

Вплив ГЛ через вищий регуляторний рівень системи меридіанів підвищує ефективність та скорочує строки лікування, особливо в контексті покращення якості та тривалості життя пацієнтів.

Список використаних джерел:

1. Андріюк Л.В., Мацко Н.В., Лабінський А.Й., Яцюк В.М., Грабоус О.В., Магулка І. В., Семенова С.В., Пелішенко К.О., Довбняк О.Ф. Немедикаментозні методи лікування. Навчально-методичний посібник з самостійної роботи для лікарів-слухачів циклу спеціалізації та передатестаційного циклу «Народна і нетрадиційна медицина».
2. Г.Г. Реквег, Гомеопатическая антигоммотоксикология. М: «Гомеопатическая медицина», 2000 – 234 с.
3. Семенова С.В. Патент № 15281. UA, А61В 10/00; А 61Н 39/00. № заявки u200600166; Заявлено 06.01.2006, Опубл. 15.06.2006. Бюл. №6;
4. И. Самосюк, В. Лисенюк Акупунктура. М: «Аст-Пресс книга», 2004. – 526 с.

Статинова Е.А.

*доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедры неврологии и медицинской генетики;*

Коценко Ю.И.

*преподаватель-стажер,
Донецкий национальный медицинский университет
имени Максима Горького*

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ, ОБУСЛОВЛЕННОГО АНОМАЛИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Во всем мире церебральные ишемические инсульты остаются главной причиной госпитализации, инвалидизации и смертности населения. В ближайшее время эксперты ВОЗ предполагают дальнейший эпидемиологических показателей мозгового инсульта [2, с. 13; 4, с. 132]. По данным официальной статистики МЗ в Украине регистрируется от 100 до 120 тыс. новых случаев ЦИИ в год (в 2011 г. – 294,6 случаев на 100 тыс. населения), из них 37,4 тыс. (35,5%) – у людей трудоспособного возраста. [1, с. 12].

Актуальность и сложность проблемы ЦИИ у молодых пациентов дискуссионна и связана с наличием причин развития мозгового инсульта отличных от старших возрастных групп с изменением их патогенетической структуры [1, с. 13; 3, с. 10; 5, с. 11]. Однако, недостаточная изученность роли аномалий ЦА в развитии ЦИИ, сложность медицинских и диагностических аспектов, необходимость совершенствования терапевтических подходов определяет актуальность проблемы медикаментозного управления ЦИИ в острый период [6, с. 522].

Обследовано 120 пациентов с ЦИИ (мужчин – 51, женщин – 69) в возрасте 22-50 лет (средний возраст $35,4 \pm 1,2$), которые поступили в клинику нервных болезней Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения в первые сутки от начала мозговой катастрофы. Всем пациентам проведено комплексное клиничко-неврологическое (шкалы Рэнкина и национального института здоровья – NIHSS), клиничко-лабораторное и клиничко-инструментальное (магнитно-резонансная ангиография – МР-АГ) обследование. Аномалии ЦА выявлены у 54 (45%) пациентов (мужчин – 26, женщин – 28) в возрасте 22-49 лет

(средний возраст $37,4 \pm 1,2$), которые в дальнейшем были разделены на две группы в зависимости от проводимой медикаментозной терапии. Пациенты I группы – 29 (53,7%) человек получали Цитиколин в дозе 2000 мг/сутки внутривенно капельно на 200мл изотонического раствора в течение 5 дней, затем по 1000мг/сутки внутривенно капельно в течение 10 дней, с последующим переходом на пероральный прием в таблетках по 500 мг 1 раза в день в течение 15 дней. Пациенты II группы – 25 (46,3%) человек получали Цитиколин в дозе 1000мг/сутки внутривенно капельно на 200 мл изотонического раствора в течение 10 дней, затем по 500 мг перорально 1 раз в день в течение 20 дней. Контрольную группу составили 25 (46,3%) пациентов без аномалий ЦА, которые были сопоставимы с пациентами I группы по тяжести течения ЦИИ. Все пациенты контрольной группы получали базисную терапию, которая включала антигипертензивные, антикоагулянтные, антиоксидантные и противоотечные препараты. Полученные данные обработаны статическими методами с использованием стандартных методик оценки критериев и программ EXCEL 7.0, Statistica фирмы Stat Soft.

После обследования у пациентов I и II групп выявлены аномалии интрацеребральных и прецеребральных артерий. У пациентов I группы преимущественно диагностированы аплазии обеих задних соединительных артерий (ЗСА) (82,8%), аплазия передней соединительной артерии (ПСА) (62,1%), гипоплазии обеих позвоночной артерий (ПА) (51,7%), аплазия одной ПА (34,5%), также имело место сочетание вышеперечисленных аномалий с задней трифуркацией одной из внутренних сонных артерий (68,9%). У пациентов II группы чаще встречались патологическая извитость внутренних сонных артерий (ПВСА) в 23 (92%) случаев, гипоплазия обеих ПА – в 13 (52%), аплазия ПСА – в 12 (48%) и аплазия одной ЗСА – в 9 (36%) наблюдений.

Оценивая степень тяжести ЦИИ по шкале NIHSS у пациентов I группы в первые сутки заболевания установлены: легкая степень тяжести – у 5 (17,2%), средняя – у 11 (37,9%) и тяжелая степень – у 13 (79,3%) больных. У пациентов II группы легкая степень тяжести выявлена у 7 (28%), средняя – у 12 (48%) и тяжелая степень – у 5 (24%) пациентов.

У всех пациентов I группы по шкале Рэнкина в 1-е сутки наблюдалась умеренная и тяжелая степень инвалидизации: 3 балла – у 6 (20,7%), 4 балла – у 9 (31%), 5 баллов – у 14 (48,3%) больных. По

шкале Рэнкина у пациентов II группы в 1-е сутки зафиксирован 1 балл у 11 (44%), 2 балла – у 7 (28%), 3 балла – у 4 (16%), 4 балла – у 3 (12%) пациентов, 5 баллов не наблюдалось ни у одного больного. Исходный неврологический дефицит по исследуемым шкалам в 1-ые сутки у пациентов контрольной группы соответствовал тяжести ЦИИ у пациентов I группы.

После проведенной медикаментозной терапии у пациентов обеих групп отмечен регресс неврологической симптоматики. У пациентов I группы снижение показателей неврологической симптоматики по NIHSS на 7-ые сутки составило в среднем 29,6%, на 14-ые – 40,3%, на 21-ые – 55,3%. У пациентов II группы снижение показателей неврологической симптоматики по NIHSS на 7-ые сутки составило в среднем 5,4%, на 14-ые – 15,1%, на 21-ые – 21,5% от исходных. В контрольной группе у пациентов, которые получали базисную терапию выявлено снижение показателей неврологической симптоматики по NIHSS на 7-ые сутки – 2,2 %, на 14-ые – 6,5%, на 21-ые – 10,9%.

В результате проведенного исследования было выявлено, что у пациентов с аномалиями ЦА отмечено более тяжелое течение ЦИИ в виде выраженного неврологического дефицита, глубокого нарушения уровня сознания, высокой степени инвалидизации по сравнению с пациентами без аномалий ЦА. При проведении МР-АГ установлено, что у пациентов с более тяжелым неврологическим дефицитом имели место аплазия ПСА (62,1%), аплазии обеих ЗСА (82,8%), гипоплазии ПА (86,2%), в сочетании с передними и задними трифуркациями одной из ВСА (68,9%). У пациентов с легким и умеренным клиническим течением наблюдались преимущественно аномалии ЦА: ПИВСА (92%), гипоплазия обеих ПА (52%), аплазия ПСА (48%), аплазия одной ЗСА (36%). Доказано, что применение Цитиколина у пациентов молодого возраста с ЦИИ, обусловленным аномалиями ЦА, по предложенной схеме оказывает хороший клинический эффект. Цитиколин является мощным дозозависимым нейропротектором, который рекомендовано использовать у молодых пациентов с ЦИИ различной степени тяжести.

Список использованных источников:

1. Дзяк Л. А. Инсульт у молодых пациентов. / Л. А. Дзяк, Е. С. Цуркаленко // Здоров'я України. – 2009. – №5/1 – С. 12–15.
2. Мищенко Т. С. Особенности структурно-функциональных изменений головного мозга у больных с фатальными кардиоэмболическими инсультами /

Т. С. Мищенко, В. В. Бокатуева, В. В. Лебединец // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вып 1 (74). – С. 12-15.

3. Попова Е. Н. Особенности ишемических инсультов у пациентов с врожденными аномалиями виллизиева круга / Е. Н. Попова, М. В. Вишнякова, Т. В. Маратканова, Л. А. Шерман, С. В. Котов, Е. В. Исакова // Журнал неврологии и психиатрии. – №8 Вып 2. – 2011. – С 9-14.

4. Brainin M. Organization of Stroke Care: Education, Referral, Emergency Management and Imaging, Stroke Units and Rehabilitation / Brainin M.; Olsen T. S.; Chamorro A. et al.: // Cerebrovascular Diseases. – 2010. – 17 (suppl 2). – P. 1-1431.

5. Factors associated with misdiagnosis of acute stroke in young adults. / A. Kuruvilla, P. Bhattacharya, K. Rajamani [et al.] // J. of Stroke. Cerebrovasc. Dis. – 2010. – N 8. – P. 10-16.

6. Guidelines for the primary prevention of stroke. A guideline for healthcare professional from the American Heart Association. / L. B. Goldstein, Ch. D. Bushnell, R. J. Adams [et al.] // Stroke. – 2011. – Vol. 42. – P. 517-584.

Ступницька Г.Я.

кандидат медичних наук, доцент;

Федів О.І.

доктор медичних наук, професор,

Буковинський державний медичний університет

ДЕЯКІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Поєднання ожиріння та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) може призвести до дихальної недостатності, що загрожує життю хворого. Навіть за відсутності первинної патології легень ожиріння, особливо абдомінальний його тип, виявляє істотний вплив на систему дихання, призводячи до порушення вентиляційної функції, респіраторної механіки, сили і виносливості дихальних м'язів, газообміну, контролю за диханням, переносимості фізичного навантаження, зумовлюючи розвиток дихальної недостатності [1, с.14-15].

Мета дослідження: дослідити стан оксидантно-протиоксидантного гомеостазу при хронічному обструктивному захворюванні легень із супутнім ожирінням.

Обстежено 24 хворих на ХОЗЛ, асоційоване з ожирінням (основна група) віком від 37 до 78 років (в середньому – $(62,6 \pm 1,4)$ роки), переважали чоловіки (18(75%) осіб), тривалість захворювання становила від 1 до 32 років (в середньому – $(18,6 \pm 3,4)$ років; у чоловіків – $(14,9 \pm 1,1)$ років, у жінок – $(7,5 \pm 1,8)$ років ($p < 0,05$)); індекс маси тіла становив $(32,8 + 0,48)$ кг/м² (у чоловіків – $(31,6 + 0,5)$ кг/м², у жінок – $(33,7 + 0,9)$ кг/м² ($p < 0,01$)). Крім того, обстежено 15 хворих на ХОЗЛ (контрольна група) та 15 практично здорових осіб.

Формулювання клінічних діагнозів ХОЗЛ проводили згідно з Наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.

Загальноклінічні методи досліджень включали аналіз даних анамнезу, скарг на задишку (за рекомендованою для хворих на ХОЗЛ шкалою MRC) [2, с. 581-586], кашель (за 5-бальною шкалою), наявність, кількість та характер харкотиння [3, с. 46-50], даних антропометричного й фізикального обстеження, результатів лабораторних та інструментальних методів.

Дослідження функції зовнішнього дихання проводили на комп'ютерному спірометрі Master Screen Body/Diff («Jager», Німеччина) вранці натще. Усі показники обчислювались в абсолютних величинах та відсотках до належних величин, котрі розраховувались за Knudson (1983). Зворотність бронхіальної обструкції оцінювали за результатами фармакологічної проби через 15 хвилин після інгалювання 400 мкг сальбутамолу.

Досліджували також вміст молекулярних продуктів пероксидного окислення ліпідів – ПОЛ (ізолюваних подвійних зв'язків – ІПЗ, дієнових кон'югатів – ДК, кетодієнів та спряжених триєнів КД і СТ, малонового альдегіду – МА) [4, с.127-131], інтенсивність окиснювальної модифікації білків – ОМБ (за вмістом альдегід– та кетондинітрофенілгідрозонів нейтрального характеру – АКДНФГ НХ та основного характеру – АКДНФГ ОХ у сироватці крові) [5, с. 24-26], вміст відновленогоо глутатіону (ВГ) [6, с. 571-573] та активності глутатіонпероксидази (ГП) [7, с. 452-454] та глутатіон-S-трансферази (ГТ) [8, с. 135] в крові.

Для статистичної обробки отриманих даних використовували критерій Ст'юдента і кореляційний аналіз за Пірсоном.

Аналіз отриманих даних свідчить про вірогідне підвищення вмісту молекулярних продуктів пероксидного окиснення ліпідів, альдегід і кетондинітрофенілгідрозонів нейтрального і основного характеру в обох групах хворих порівняно із практично здоровими

особами ($p < 0,05$). При цьому в основній групі таке підвищення було істотнішим ($p < 0,05$), ніж в контрольній (ІПЗ – на 22,3%, ДК – на 35,4%, КД і СТ – на 32,8%, МА – на 39,7%, АКДНФГ НХ – на 31,6%, АКДНФГ ОХ – на 40,3%)

При дослідженні вмісту відновленого глутатіону у крові встановлено вірогідне його зниження в основній та контрольній групах хворих (на 35,4% та 19,8% відповідно, $p < 0,05$) на тлі підвищення активностей глутатіонпероксидази (на 44,5% та 32,1% відповідно, $p < 0,05$) та глутатіон-S-трансферази (на 28,7% та 16,4% відповідно, $p < 0,05$).

Отже, при загостренні ХОЗЛ поряд із зростанням вмісту молекулярних продуктів пероксидного окиснення ліпідів у крові нами вперше виявлене збільшення рівня білкових карбонільних похідних на тлі порушення функціонування системи глутатіону. Зазначені зміни були істотнішими при ХОЗЛ, асоційованому з ожирінням.

Виявлене нами підсилення ОМБ білків плазми крові у хворих на ВХ у цілому відображає загальний напрямок вільнорадикальних процесів, і, зокрема, окиснення білків у всьому організмі, у тому числі в бронхах. Враховуючи різноманітне функціональне навантаження на білки в тканинах, ОМБ, на відміну від ПРОЛ, носить більш специфічний характер. Оскільки продукти ОМБ стабільніші порівняно із молекулярними продуктами ПОЛ, окиснювальна модифікація білків є надійнішим маркером оксидативного пошкодження тканин. При цьому, можливо, залежно від ступеня вираженості патологічного процесу, окиснювальній деструкції підлягають різні білки, що дає змогу розцінювати ОМБ як одну із патогенетичних ланок виникнення загострення ХОЗЛ, а також ускладнення перебігу захворювання за наявності ожиріння.

У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, асоційоване з ожирінням, спостерігається порушення оксидантно-протиоксидантного гомеостазу, що супроводжується підвищеною продукцією молекулярних продуктів пероксидного окиснення ліпідів та окиснювальної модифікації білків на тлі зниження вмісту відновленого глутатіону та компенсаторного підвищення активностей глутатіонпероксидази та глутатіон-S-трансферази у крові.

Список використаних джерел:

1. Яшина Л.А. Избыточная масса тела, ожирение и патология легких / Л.А.Яшина, С.Г.Ищук // Здоров'я України. – Квітень 2011 р. – С.14-15.
2. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease / J.C. Bestall, E.A. Paul, R. Garrod, R. Garnham [et al.]. – Thorax. – 1999. – Vol. 54, № 7. – P. 581-586.
3. Савченко В.М. Формализованная система базовых клинических показателей для оценки состояния больных с хроническими необструктивными и обструктивными болезнями легких / В.М.Савченко // Укр.пульмонол. журнал. – 2001. – № 2. – С. 46-50.
4. Волчегорский И.А. Сопоставление различных подходов к определению продуктов перекисного окисления липидов в гептан-изопропанольных экстрактах крови / И.А.Волчегорский, А.Г.Налимов, Б.Г.Яровинский, Р.И.Лифшиц // Вопр. мед. химии.– 1989. – Т. 35, № 1. – С. 127-131.
5. Дубинина Е.Е. Окислительная модификация белков сыворотки крови человека, метод ее определения / Е.Е.Дубинина, С.О.Бурмистров, Д.А.Ходов, И.Г. Поротов // Вопр. мед. химии. – 1995. – Т. 41, № 1. – С. 24-26.
6. Мещишен И.Ф. Окисление и восстановление глутатиона в органах крыс при введении этония / И.Ф.Мещишен, И.В. Петрова // Укр. биохим. ж.- 1983.–Т.55, № 5. – С. 571-573.
7. Мещишен И.Ф. Влияние этония на гликолиз в печени крыс / И.Ф.Мещишен // Укр. биохим. ж. – 1982. – Т. 54, № 4. – С. 452-454.
8. Мещишен И.Ф. Метод определения активности глутатионтрансферазы в крови / И.Ф.Мещишен // Применение ферментов в медицине. – Симферополь, 1987. – С. 135.

Ташук В.К.

доктор медичних наук, професор;

Турубарова-Леунова Н.А.

кандидат медичних наук, доцент;

Іванчук П.Р.

кандидат медичних наук, доцент;

Абдуль Р.К.

аспірант,

Буковинський державний медичний університет

КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА В УМОВАХ СТВОРЕННЯ РЕЄСТРІВ МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ: ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ

Однією з провідних патологій у структурі поширеності та захворюваності хвороб системи кровообігу є ішемічна хвороба серця (ІХС) [1, с. 38, 2, с.5]. В цілому як у жінок, так і у чоловіків з віком відмічається зростання захворюваності та смертності від гострих форм ІХС [3, с.4, 6, с.10]. Різке підвищення захворюваності на інфаркт міокарда (ІМ) серед чоловіків починається у віці 45 – 54 роки. У жінок ІХС виникає на 10–15 років пізніше, що обумовлено гормональними відмінностями та протекторною дією жіночих статевих гормонів [5, с.932]. Тому в зв'язку зі збільшенням тривалості життя населення ІХС стає дедалі більш характерною та частою для жінок.

Враховуючи, що прогноз наслідків захворювання у пацієнтів із гострими формами ІХС значною мірою пов'язаний із розвитком серцевої недостатності (СН) [4, с. 6], залишається актуальним виявлення статевих відмінностей у клінічній картині захворювання, особливостей діагностики, змін функціонального стану міокарда ЛШ із метою визначення гемодинамічних детермінант розвитку СН, як одного з ускладнень ІХС та визначенням груп підвищеного ризику з урахуванням статевих аспектів.

З метою визначення клініко-фізіологічних особливостей перебігу гострих форм ІХС залежно від статі з виділенням груп підвищеного ризику обстежено 257 осіб, які надійшли в блок кардіореанімації з гострими формами ІХС. Всі хворі обстежені впродовж 24 год від початку захворювання та на 10-у добу перебування в стаціонарі з попереднім детальним клінічним

вивченням перебігу захворювання, аналізом анамнестичних даних, динаміки ЕКГ, лабораторних показників.

Для визначення функціонального стану міокарда всім хворим проводилася ехокардіографія (ЕхоКГ) в стані спокою та на фоні антиортостатичного навантаження. Після реєстрації вихідних величин фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ), хворим пасивно піднімали нижні кінцівки на 45^0 і до кінця першої хвилини знову проводили реєстрацію гемодинамічних показників.

При проведенні ЕхоКГ оцінювали такі показники, як кінцевий діастолічний об'єм (КДО), кінцевий систолічний об'єм (КСО), ФВ, ступінь укорочення передньозаднього розміру ЛШ під час систоли (ΔS) та масу міокарда (ММ).

Статистичну обробку проводили за допомогою програми Statistica 6,0.

Детальний аналіз особливостей клінічного перебігу захворювання залежно від статі дозволив виявити певні закономірності. Так, середній вік чоловіків становив $55,9 \pm 0,9$ років, на відміну від жінок, де показник коливався в межах $65,4 \pm 1,6$ років ($p < 0,001$). За даними літератури з віком частота розвитку ІМ більша у жінок, при співставленні з чоловіками [8, с.30]. Зниження рівня естрогенів у жінок є безумовним фактором ризику виникнення ІХС [3, с. 6].

Залежно від глибини пошкодження серцевого м'язу вірогідних розбіжностей серед чоловіків та жінок не виявлено. Так, діагноз Q-ІМ спостерігався у $65,5 \pm 3,4$ % чоловіків та у $51,5 \pm 8,6$ % ($p > 0,1$) жінок, не Q-ІМ – у $34,5 \pm 3,4$ % та $48,5 \pm 8,6$ % випадків, відповідно, ($p > 0,1$). Залежно від локалізації ІМ також вірогідної різниці не було. Так, інфаркти передньої локалізації у чоловіків діагностовано в $63,4 \pm 3,5$ % випадків та в $60,6 \pm 8,5$ % випадків у жінок ($p > 0,5$). ГХ, як супутнє захворювання, зустрічалась у $48,8 \pm 2,9$ % чоловіків та $31,0 \pm 6,1$ % жінок ($p < 0,01$).

Дані об'єктивного обстеження свідчили про відсутність вірогідних змін за динаміки артеріального тиску серед обстежених хворих залежно від статі. Середній максимальний систолічний артеріальний тиск становив для обстежених жінок $157,6 \pm 2,8$ мм рт.ст., для чоловіків – $155,8 \pm 2,0$ мм рт.ст. ($p > 0,5$), максимальний діастолічний артеріальний тиск – $96,2 \pm 1,3$ мм рт.ст. у жінок і $95,2 \pm 1,2$ мм рт.ст. ($p > 0,5$) у чоловіків, при робочому систолічному $128,4 \pm 1,8$ мм рт.ст. та діастолічному $81,7 \pm 0,6$ мм рт.ст. в обох

групах, при подібних результатах, що були отримані в інших дослідженнях [8].

Певні особливості були встановлені при аналізі ЕКГ. При поступленні показники сумарної депресії сегмента ST (Σ ST), кількості відведень із ішемічними змінами (NST) та середньої депресії сегмента ST (AST) вірогідно не розрізнялися між обстеженими чоловіками та жінками. Аналіз ЕКГ на 10-у добу перебування в стаціонарі свідчить про вірогідне зменшення цих же показників як у чоловіків, так і у жінок ($p < 0,001$). Згідно результатів ЕКГ обстеження на 10-у добу NST була вірогідно нижче серед жінок порівняно з чоловіками ($p < 0,01$). Інших суттєвих статевих відмінностей, як і при поступленні, не відмічалось.

При аналізі зубця Т також були виявлені вірогідні розбіжності. Так, при поступленні сумарна амплітуда негативного зубця Т (Σ T) у жінок виявилася більшою, ніж у чоловіків ($p < 0,02$). Кількість відведень із наявністю негативного зубця Т (NT) також була більшою у жінок порівняно з чоловіками ($p < 0,05$). Така ж закономірність спостерігалася при аналізі середньої величини негативного зубця Т (AT) ($p < 0,001$). На 10-у добу Σ T залишалась у жінок на тому ж рівні, порівняно з вихідними даними ($p > 0,5$) і вірогідно зросла у чоловіків ($p < 0,01$). NT зросла у чоловіків ($p < 0,001$) та майже не змінювалась у жінок ($p > 0,2$). AT через 10 днів залишалася на тому ж рівні у жінок ($p > 0,5$) та вірогідно збільшувалась у чоловіків ($p < 0,001$).

У спокої кількість відведень із патологічним зубцем Q (NQ) у чоловіків та жінок суттєво не розрізнялася ($p > 0,5$). На 10-у добу цей показник зростав у чоловіків ($p < 0,001$) та майже не змінювався у жінок ($p > 0,5$). Більш глибокі зміни електрокардіографічних показників у чоловіків порівняно з жінками також відзначаються в роботах інших авторів [7, с.21].

Аналіз даних лабораторного обстеження дозволив встановити деякі особливості. Так, було встановлено, що вміст глюкози в крові при поступленні у чоловіків становив $6,8 \pm 0,2$ ммоль/л і $7,9 \pm 0,4$ ммоль/л у жінок ($p < 0,01$). На 10-у добу цей показник досягав $5,8 \pm 0,1$ ммоль/л у чоловіків та $6,4 \pm 0,2$ ммоль/л у жінок ($p < 0,05$).

Динаміка показників коагулограми мала деякі відмінності залежно від статі. Так, при поступленні протромбіновий індекс (ПІ) у чоловіків становив $79,4 \pm 0,8$ % і мав вірогідну тенденцію до збільшення на 10-у добу ($82,3 \pm 1,3$ %, $p < 0,01$). У жінок, навпаки, цей показник вірогідно зменшувався протягом 10 днів від $79,8 \pm 2,3$ % до

73,7±2,1 % ($p<0,05$). Гематокрит у жінок при поступленні був 43,6±0,8 % і 39,5±1,0 % на 10-у добу ($p<0,02$). У чоловіків впродовж 10-и днів суттєвих змін не спостерігалось (43,9±0,5 % та 43,0±0,9 %, відповідно, $p>0,2$). Фібриноген у жінок протягом 10 днів залишався майже на одному рівні: 3,15±0,15 г/л при першому обстеженні та 2,98±0,12 г/л при повторному ($p>0,2$) і достовірно збільшувався у чоловіків: 3,19±0,10 г/л при поступленні та 4,14±0,31 г/л ($p<0,01$) на 10-у добу.

Отримані результати ЕхоКГ-дослідження свідчать про наявність відмінностей динаміки об'ємних показників і ФВ при проведенні навантажувального тесту. КДО в стані спокою виявився більшим у чоловіків (175,6±2,3 мл) і вірогідно меншим у жінок (143,5±4,0 мл, $p<0,001$), що обумовлено анатомічними особливостями. При проведенні навантажувальної проби КДО збільшувався на 6,7 % у чоловіків (187,3±2,5 мл, $p<0,001$, порівняно з вихідними даними) і на 9,2 % у жінок (156,7±4,2 мл, $p<0,05$, відповідно). Збільшення КДО вказує на збереження діастолічного резерву і, навпаки, при відсутності реакції КДО на об'ємне навантаження діастолічний резерв знижений, або це пов'язано з підвищеною жорсткістю лівого шлуночка (ЛШ) [4]. Показник КСО в спокої у жінок виявився 59,2±2,2 мл та був значно більший у чоловіків, і становив 78,6±1,4 мл ($p<0,001$). На фоні об'ємного навантаження КСО у жінок збільшувався на 11,1% (65,8±2,7 мл, $p>0,5$) та на 9,4% у чоловіків (86,0±1,7 мл, $p<0,001$). Як в стані спокою, так і при навантаженні КСО був більшим у чоловіків, ніж у жінок ($p<0,001$). ФВ виявилася більшою серед жінок (59,1±0,4 %), на відміну від чоловіків, де вона становила 55,9±0,3 % ($p<0,001$). При проведенні проби з пасивним підйомом нижніх кінцівок ФВ знижувалася на 2,2 % у жінок (57,8±0,4 %, $p<0,05$) та на 3,2 % у чоловіків (54,1±0,4 %, $p<0,001$). Порівняння ФВ залежно від статі виявило більш високі показники у жінок, ніж у чоловіків, як в стані спокою ($p<0,001$), так і при об'ємному навантаженні ($p<0,001$). Показник ΔS в стані спокою виявився дещо більшим у жінок (31,6±0,4 %) на відміну від чоловіків (29,9±0,2%, $p<0,001$). При проведенні об'ємної навантажувальної проби у чоловіків ΔS мав тенденцію до зниження (-3,7 %) і становив 28,8±0,26 % ($p<0,001$), та вірогідно не змінювався (-1,6%) у жінок 31,1±0,7 % ($p>0,5$). Оскільки показник ΔS зумовлений рівнем післянавантаження та скоротливим станом міокарда, то можна припустити, що в даному випадку серед чоловіків більшою мірою, ніж у жінок переважає зниження

контрактильного стану серцевого м'яза у відповідь на зростання стінкової напруги, що співпадає з думкою інших авторів [9, с.918]. При аналізі ММ (Devereux) було зареєстровано вірогідне переважання цього показника у чоловіків ($219,6 \pm 5,1$ г), ніж у жінок ($179,8 \pm 6,4$ г, $p < 0,001$).

Таким чином, перебіг захворювання при статевому розподілі має свої особливості, що може бути пояснено більш тривалим перебігом атеросклерозу серед чоловіків [2, с. 4]. Проте, переважання деяких показників у жінок або визначення їх на одному рівні з чоловіками свідчить про відсутність «естрогенного захисту», що може бути пояснено віковими аспектами обстежених жінок [5, с. 932].

Проведене дослідження виявило певні зв'язки між електрокардіографічними, лабораторними та гемодинамічними показниками і показало, що пацієнти з гострими формами ІХС залежно від статі є гемодинамічно неоднорідною групою. Крім того, слід зазначити визначення систолічної дисфункції ЛШ на ранніх етапах розвитку інфаркту міокарда об'єктивізує подальший несприятливий прогноз за розвитком серцевої недостатності, що дає можливість прогнозувати подальший перебіг захворювання, визначити індивідуальну тактику лікування та подальші реабілітаційні заходи.

Список використаних джерел:

1. Гафаров В. В. Программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», «MONICA»: треть века (1977-2006 гг.) эпидемиологических исследований инфаркта миокарда в популяции высокого риска/ В. В. Гафаров, А. В. Гафарова //Терапевт. арх. – 2011. – № 1. – С. 38-45.
2. Коваленко В.М. Атеросклероз і асоційовані з ним хвороби внутрішніх органів: загальна стратегія профілактики та етапність спеціалізованого лікування / В.М. Коваленко //Укр. кардіол. ж. – 2007. – № 5. – С. 3-8.
3. Нетяженко В.З. Ішемічна хвороба серця у жінок: особливості факторів ризику / В.З. Нетяженко, О.М.Барна //Укр. кардіол. ж. – 2003. – № 2. – С. 6-11.
4. Оцінка ризику несприятливого перебігу ішемічної хвороби серця у хворих з гострим інфарктом міокарда /О.М.Пархоменко, О.С.Гур'єва, О.В.Шумаков [та ін.] // Укр. кардіол. ж. – 2008. – №8. – С. 4-10.
5. Anand S. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. / S.Anand, S.Islam, A.Rosengren // Eur heart J. – 2008. – Vol. 29, N 7. – P. 932-940.
6. Higginson R. Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial infarction / R. Higginson // Br J Nurs. – 2008. – Vol.17, N1. – P.10-14.

7. Mieszanska H. Gender-related differences in electrocardiographic parameters and their association with cardiac events in patients after myocardial infarction / H. Mieszanska, G. Pietrasik, K. Piotrowicz // Am J Cardiol. -2008. – Vol.101, N 1. – P. 20-24.

8. Norris C.M. Sex differences in prodromal symptoms of patients with acute coronary syndrome: a pilot study. / C.M. Norris, K.M. Hegadoren, L.Patterson // Prog Cardiovasc Nurs. – 2008. – Vol.23, N 1. – P. 27-31.

9. York K.M. Do men and women differ on measures of mental stress-induced ischemia? / K.M. York, M. Hassan, H. Li // Psychosom Med. – 2007. – Vol.69, N 9. – P. 918-922.

Федів О.І.

доктор медичних наук, професор;

Шевчук В.В.

аспірант,

Буковинський державний медичний університет

ВМІСТ ДЕЯКИХ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Останніми роками печінку розглядають як орган-мішень при метаболічному синдромі (МС), а неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) як компонент МС [1, с. 295-304]. Хвороби печінки та біліарного каналу (НАСГ, холестероз жовчного міхура, жовчнокам'яна хвороба) серед пацієнтів з МС виявляють у 64% випадків. Популяційні дослідження дають підстави зробити висновок, що приблизно 80% криптогенних цирозів печінки є наслідком НАСГ [2, с. 41-45]. Одним із важливих механізмів, які призводять до розвитку зазначеної патології, є оксидативний стрес [3, с. 493], додатковим джерелом якого, здатним ініціювати процеси пероксидного окиснення ліпідів, є ендотоксини і цитокіни, (TNF α , IL-6, IL-8 та ін.), продукція яких індукується під впливом ендотоксинів [4, с. 2-7].

В літературі недостатньо висвітлені питання участі цитокінової системи в патогенезі НАСГ на тлі метаболічного синдрому. Згідно з цим, роль дисфункції системи цитокінів як важливого ланцюга в регуляції запалення і регенерації печінки у хворих на НАСГ залишається недостатньо вивченою.

Мета дослідження: дослідити вміст деяких цитокінів ($\text{TNF}\alpha$, IL-10 , $\text{TGF}\beta_1$) та оцінити їх клінічну інформативність при неалкогольному стеатогепатиті у хворих на метаболічний синдром.

Обстежено 25 хворих на НАСГ, асоційований з класичним МС (поєднання артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, абдомінального ожиріння, порушення толерантності до глюкози/цукрового діабету 2 типу) та 18 практично здорових осіб (контрольна група).

Діагноз НАСГ встановлювали на підставі виключення вірусного алкогольного, метаболічного, автоімунного походження та інших причин ураження печінки. Морфологічне дослідження біоптатів печінки проведено у 16 хворих з визначенням вираженості некротичнозапального процесу і стадії фіброзу за E.Brunt [5, с. 14-15]. Концентрацію цитокінів ($\text{TNF}\alpha$, IL-10 , $\text{TGF}\beta_1$) у сироватці крові визначали імуноферментним методом на імуноферментному аналізаторі «Униплан-М» (Росія).

Для статистичної обробки отриманих даних використовували критерій Ст'юдента і кореляційний аналіз за Пірсоном.

При дослідженні вмісту цитокінів у сироватці крові встановлено вірогідне ($p < 0,05$) підвищення вмісту $\text{TNF}\alpha$ (в 4,8 раза) та $\text{TGF}\beta_1$ (в 5,4 раза) на тлі зменшення вмісту IL-10 в сироватці крові порівняно з практично здоровими особами.

Високий вміст $\text{TNF}\alpha$ у хворих на НАСГ, асоційований з класичним МС, свідчить про зсув в продукції цитокінів в бік прозапальних. Ймовірними індукторами його секреції можуть бути ендотоксини, а також активовані метаболіти кисню і продукти пероксидного окиснення ліпідів. Останні шляхом активації ядерних факторів транскрипції ($\text{NF-}\kappa\text{B}$) спричиняють підсилення секреції цитокінів мононуклеарними фагоцитами [6, с. 13-17; 7, с. 7-13].

Особам з надлишковою масою тіла, гіперліпідемією, інсуліннезалежним цукровим діабетом властивою є інсулінорезистентність – важлива патогенетична ланка у розвитку неалкогольного стеатогепатиту. Інсулін, як відомо, активує синтез вільних жирних кислот і тригліцеридів, сприяє зниженню швидкості β -окислення вільних жирних кислот в печінці, що призводить до відкладання тригліцеридів в ній [8, с. 73-79]. Прозапальні цитокіни, зокрема $\text{TNF}\alpha$, можуть брати участь в реалізації механізму інсулінорезистентності. $\text{TNF}\alpha$ пригнічує синтез ліпопротеїнази, що призводить до вивільнення запасів жиру і втрати маси тіла [9, с. 45-54]. Підвищена мобілізація вільних жирних кислот із жирових депо під впливом $\text{TNF}\alpha$ сприяє накопиченню жиру в тканині

печінки. Синдром інсулінорезистентності, у свою чергу, може сприяти розвитку фіброгенезу в печінці, що інтенсифікується під впливом встановленого нами підвищення секреції $TGF\beta_1$.

У хворих з неалкогольним стеатогепатитом, асоційованим з класичним метаболічним синдромом, спостерігається дисфункція системи цитокінів, що супроводжується підвищеною продукцією прозапальних цитокінів на тлі зниження вмісту протизапальних цитокінів у сироватці крові.

Список використаних джерел:

1. Боднар П.М. Метаболічний синдром: патогенез, діагностика та лікування / П.М.Боднар // Ендокринологія. – 2010. – Т.15, №2. – С. 295-304.
2. Абрагамович О. Особливості ураження печінки у хворих на метаболічний синдром / О.Абрагамович, З.Заяць, М.Абрагамович // Практична медицина. – 2008. – Т. XIV, № 2. – С. 41-45.
3. Pera N. Oxidative stress in hepatic fibrogenesis: implications from a nutritional model of non-alcoholic steatohepatitis / N.Pera, N.Phung, G.C.Farrell // Hepatology. – 1999. – Vol. 19, N 2. – P. 205-219.
4. Буеверов А.О. Некоторые патогенетические и клинические вопросы неалкогольного стеатогепатита А.О. Буеверов, М.В.Маевская // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2003. – № 3. – С. 2-7.
5. Brunt E. Histological grading and staging for nonalcoholic steatohepatitis / E.Brunt // Falk Symposium Steatohepatitis. – 2000 (Abstract). – P. 14-15.
6. Ивашкин В.Т. Клеточная и молекулярная биология воспаления печени / В.Т.Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1998. – Т.8, № 5. – С. 13-17.
7. Лукина Е.А. Система мононуклеарных фагоцитов и биологические эффекты провоспалительных цитокинов / Е.А.Лукина // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1998. – Т.8, №5. – С. 7-13.
8. Marchesini G. Association of nonalcoholic liver disease with insulin resistance / G.Marchesini // Am. J.Med. – 1999. – Vol. 92. – P. 73-79.
9. Возианов А.Ф. Цитокины: биологические и противоопухолевые свойства / А.Ф.Возианов, А.К.Бутенко, К.П.Зак. – Киев: Наукова думка, 1998. – 320 с.

Фесивская С.В., Машир В.В.

врачи,

Центр информационной медицины

ЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА. ОБОРУДОВАНИЕ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ

Сейчас во всем мире среди врачей и людей, не имеющих отношения к врачебной специальности, идет процесс изменения отношения к традиционным концепциям медицины и лечения. До сих пор традиционная медицина продолжает реагировать на эти изменения общественного сознания крайне медленно и неохотно, а порою и агрессивно. Типичной характеристикой этого процесса является более серьезное отношение к тому факту, что медицина является биологической наукой. А поскольку человек является творением природы, то должен находиться в гармонии с ней, постоянно пребывающей в движении и изменении.

Вся вселенная насыщена жизненной энергией, и человек является частью ее энергетической структуры. Свободное течение энергии означает здоровье, целостность, радость бытия. Её блокирование вызывает болезнь и неполноценность жизни. Энергия выступает регулятором физических процессов.

На стыке наук создаются новые медицинские технологии и направления. Среди них – энергоинформационные способы и оборудование для диагностики, лечения и профилактики, и, в частности – спектральные.

Из кибернетики, в частности кибернетического закона функциональных циклов, следует правило, согласно которому все физические, физиологические и психические процессы при всем их разнообразии взаимосвязаны и подчиняются единым законам. Поэтому заболевание нужно рассматривать как следствие нарушений в работе информационных механизмов и механизмов обратных связей. С этой точки зрения регуляционная теория воздействия на нарушенные взаимосвязи между информацией и обратной связью логически является не только самой быстрой, но и позволяющей проводить коррекцию нарушений в организме. До сих пор в центре внимания ортодоксальной медицины находится симптом, который необходимо устранить. Но время привязанности к линейным причинно-следственным связям фармакообразующего уровня окончательно уходит. В подтверждение этого я хочу

привести слова одного из основоположников американской натуральной гигиены Р. Тrolла: «...система лекарственной медицины ложна, неверна с философской точки зрения, абсурдна с научной, враждебна природе, противоречит здравому смыслу, катастрофична по результатам, она проклятие для человеческого рода».

Исходя из вышесказанного, хочу донести до сведения коллег информацию о том, что в Украине разработано и более 5 лет успешно работает компактное медицинское оборудование (т.н. «Спектральный комплекс», в дальнейшем – С.К.), не имеющее прямых аналогов за всю историю развития медицины, имеющее патенты и Государственную регистрацию в Украине, России, Казахстане. Данное оборудование позволяет проводить полное диагностическое обследование, включая широчайшее паразитарное (от вирусов до гельминтов) с вероятностью выше 90% без каких-либо анализов и биоматериала (кровь, моча и т.п.), и устранять выявленные терапевтические и инфекционные патологии БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ антибиотиков, гормонов, фармсредств, гомеопатических препаратов, БАДов, оперативных вмешательств. Безусловно, исключая ургентные хирургические и травматологические ситуации, стоматологические манипуляции и протезирование, родовспоможение, онкологические заболевания с уже метастазированием и ряд патологий, причины и методы лечения которых классической медицине неизвестны. Особо ценно то, что данное оборудование позволяет диагностировать широчайший список заболеваний до их клинического проявления.

Запись информации о пациенте занимает 3 (три) секунды, а в остальное время (40-60 минут) идет расшифровка данных и (или) лечебное воздействие. Лечебные сеансы проводятся 1 раз в неделю.

Оборудование и технология награждены медалью им. К.Э.Циолковского Федерации космонавтики России, являются финалистом Всеукраинского конкурса инноваций.

Данная технология основана на снятии сигнала от любого объекта в очень широком спектре частот (от 0,001 Гц до 386 ГГц), компьютерной обработке этого сигнала и «свертывания» его в довольно небольшой файл, который содержит не только статическую «фотографию» состояния объекта, но и его динамические характеристики. Дальнейшее сравнение информации, которая помещается в таком файле с набором текстовых файлов (или базой данных маркеров), которые содержат информацию о

динамическом состоянии известных объектов, впервые разрешает осуществить диагностику состояния объекта и дальше выработать сигнал коррекции этого состояния. В основе принципа действия С.К. лежит контроль и управление внутриядерными и межъядерными процессами, новейшие достижения ядерной физики и современной математики, в частности впервые разработанный многофазовый анализ, использующий новую технологию анализа – так называемое Wavelet-преобразование. В отличие от классического быстрого преобразования Фурье, этот метод впервые разрешил работать именно с динамикой состояний объектов. С.К. по многим признакам похож на такие уже широко известные разработки, как пассивная радиолокация, другие медицинские диагностические приборы, которые также имеют за основу контроль внутриядерных процессов (МРТ). Но со С.К. специалисты впервые получили возможность видеть процессы и состояние разнообразных объектов в их динамике, работать с иерархическими комплексами взаимосвязанных систем.

Приведу несколько примеров из нашей практики:

1. Пациент А. З., 30 лет.

Диагноз (поставлен в 2006 г.) – новообразование стволового отдела головного мозга, неоперабельное (на тот момент) в Украине. Нарушения речи, зрения, сильнейшие головные боли. Прогноз официальной медицины – 1 год жизни.

Проведены по 10 сеансов в 2006г., 2007г., 2008 г. По заключению киевских профессоров в 2008 г. (томографические снимки (уменьшение размера и структуры опухоли) и осмотр) – диагноз «Остаточные явления после перенесенного мелкоочагового инсульта». Состояние – удовлетворительное. Редкие незначительные головные боли.

2. Пациентка Т.М., 50 лет.

Гипертонические кризы до 3-4 раз в неделю, сопровождавшиеся тошнотой, сильной головной болью, вплоть до потери сознания. Обычные методы лечения приносили временное облегчение. В 2007 г. проведено 15 сеансов. После 5-го сеанса ощутила дискомфорт в области печеночного угла ободочной кишки, где на 6 сеансе была получена информация о начальных процессах новообразования. После 12 сеанса вся симптоматика исчезла. Самочувствие – хорошее. На данный момент (2012 год) самочувствие хорошее. Жалоб нет.

3. Пациентка Т.В., 55 лет.

Обратилась на 2 день после возникновения симптомов с жалобами на гиперемию, отечность лица с одной стороны, боль, повышенную температуру. При осмотре – клиническая картина острой свинки. При диагностике выявлен возбудитель паротита. Проведен один лечебный сеанс. Через 1 день – контрольное посещение. Никаких клинических проявлений паротита обнаружено не было, жалоб не предъявлялось.

4. Пациентка А.А., 60 лет.

Установленные ранее диагнозы: Узелковый зоб с гиперфункцией щитовидной железы. Са-1 молочной железы. Настоятельные рекомендации по хирургическому их удалению. Проведено 20 сеансов. По окончании последнего сеанса при применении метода УЗИ -исследования ранее выявленные изменения не обнаружены.

5. Пациент А.К., 65 лет.

Аденома предстательной железы, частые позывы ночью с невозможностью полного опорожнения мочевого пузыря, боли. Проведено 15 сеансов. Восстановилось мочеиспускание, боли исчезли.

6. Пациентка О.Б., 23 года.

Частые боли внизу живота, постоянные выделения, нерегулярность менструального цикла, неспособность забеременеть. Неоднократное безрезультатное лечение антибиотиками. Проведено 15 сеансов. Все проблемы исчезли, менструальный цикл стал регулярным. По окончании лечения пациентка забеременела.

7. Пациентка К.Р., 1,5 года

После проведенной операции по поводу незначительного косоглазия на одном глазу началась аутоиммунная агрессия на шовный материал. Ставился вопрос об удалении глаза. При обращении- веко сомкнуто, глаз мутный, не реагирует на раздражители, не видит, движения отсутствуют. Проведено 30 сеансов.

После лечения – веко открыто, глаз реагирует на раздражители, осталось небольшое помутнение роговицы, движения активны. Титр антител пришел в норму. При УЗИ – исследовании – все структуры глаза в норме.

8. Больная Н.Т., 55 лет, (скончалась в июне 2008 г).

Обратилась в феврале 2007 года. Диагноз – системная склеродермия. При обращении теряла в весе до 1 кг. в неделю при

весе 55 кг. Социально активно прожила после обращения 1 год и 3 месяца.

9. Пациент М.Д., 7 лет.

При обращении – не выглядит на свой возраст. Отсутствие аппетита, вялость. Постоянная субфебрильная температура. Увеличенные крупные и мелкие суставы. Связывают начало заболевания с плановой вакцинацией АКДС в 2 года, после чего поднялась температура до 40 С, опухли суставы, появилась кожная сыпь. С 3 лет получал гормональные препараты (до 5 мг./сутки). Дважды находился в реанимационном отделении по поводу кишечного кровотечения, как осложнения гормонотерапии. Лечение в традиционной медицине не приносило желаемого эффекта, в связи с чем постепенно повышалась доза гормонов. Проведено 10 лечебных сеансов. После 4 сеанса естественными путями вышло несколько гельминтов до 10 см. Восстановился аппетит, температура пришла в норму, опухоль суставов прошла.

10. Пациентка Л.К., 5 лет.

ДЦП, врожденная эпилепсия. Косоглазие. Сильное отставание в психическом развитии. Не разговаривала. Не ходила. При поступлении – плаксивость, агрессивность, неусидчивость, судорожная готовность. Сильные эпилептические приступы – до 20 раз в сутки.

Проведено 25 сеансов. Слабые эпилептические приступы 2-3 раза в неделю. Косоглазие исчезло. Активно проявляет интерес к окружающему. Начала разговаривать («папа», «мама» и др. простые слова), появилась усидчивость, концентрация внимания. Уверенно стоит на ногах, пытается самостоятельно ходить. Лечение продолжается.

Таким образом, можно смело утверждать, что применение данного метода и оборудования открывает широчайшие перспективы. Как в излечении среднестатистических острых и хронических заболеваний, так и ряда патологий, считающихся в классической медицине неизлечимыми.

Список использованных источников:

1. Евреинов Э. В. Однородные вычислительные системы, структуры, среды. – М., 1988.
2. Евтихийев Н. Н. Кибернетика. – М., 1991.
3. Николис Г., Пригожин И. Самоорганизация в неравновесных системах. – М., 1979.

4. Блюменфельд Л. А. Информация, термодинамика и конструкция биологических систем // Соросовский Образовательный Журнал. – 1997. – №7. – С. 88–92.

5. Миллиметровые волны в медицине: Сб. ст. ТТ. 1,2 / под ред. Н. Д. Девяткова, О. В. Бецкого. – М. : Изд_во Ин-та радиотехн. и электрон. АН СССР, 1991. – 585 с.

Чигір І.В.

клінічний ординатор,

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ ІЗ НУТРІТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Гіпотрофія у дітей першого року життя продовжує займати провідне місце серед захворювань дітей раннього віку. Білково-енергетична недостатність характеризується зниженням імунітету, порушенням органів травлення, обмінних та трофічних процесів у дітей [1, с.3].

Поширеність гіпотрофії серед дітей перших трьох років життя в різних країнах складає 7-30%, а смертність при тяжкому ступені даної патології досягає 30% [2, с.928].

Захворювання, які перебігають на фоні гіпотрофії мають більш тяжкий і тривалий перебіг, несприятливий прогноз [3, с.460-468].

Метою нашої роботи було вивчення етіологічних факторів та структури білково-енергетичної недостатності у дітей першого року життя.

Під нашим спостереженням знаходилось 25 дітей віком від 2 до 12 місяців життя, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні раннього віку обласної дитячої клінічної лікарні м.Вінниці.

Серед обстежених було 18 (72%) доношених дітей та 7 (28%) дітей, які народилися передчасно. Дослідження базувалось на вивченні клініко-анамнестичних даних та клінічному огляді дітей із оцінкою їх фізичного розвитку.

Оцінка фізичного розвитку доношених дітей проводилась згідно наказу МОЗ України від № 149 від 20.03.2008 р. «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років»

[3, с.16-23]. Оцінка фізичного розвитку недоношених дітей проводилась відповідно до терміну гестації згідно наказу МОЗ України № 584 від 29.08.2006 «Клінічний протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні» [4,с.28].

Згідно наказу МОЗ України №9 від 10.01.2005р. діти були розподілені на 3 групи в залежності від ступеня гіпотрофії: I група – (24%) 6 дітей з I ступенем гіпотрофії, II група – (40%) 10 дітей з II ступенем гіпотрофії та III група – (36%) 9 дітей із III ступенем гіпотрофії [6, с.1].

Серед факторів ризику щодо розвитку гіпотрофії у дітей першого року життя заслуговував на увагу акушерський анамнез. Ускладнений перебіг вагітностей був у переважної більшості матерів (80% випадків). Так, загроза переривання вагітності мала місце у кожній другій жінки (50%), гестоз першої та/або другої половини вагітності та анемія вагітних у кожній третій жінки (по 33,3% відповідно), загострення хронічних захворювань спостерігалась у 25% жінок. Встановлено, що 40% дітей народилися шляхом кесарського розтину.

Одним із чинників, який сприяв виникненню нутритивної недостатності у дітей першого року життя були також фонові захворювання. У більшості обстежених дітей спостерігалась залізодефіцитна анемія (32% випадків), вітамін Д-дефіцитний рахіт (20% випадків) та вроджений токсоплазмоз у 16% дітей.

У структурі основної патології дітей першого року життя з гіпотрофією, які знаходилися на стаціонарному лікуванні вагоме місце займала патологія органів дихання (88%) та патологія органів травлення (12%). Оскільки порушення нутритивного статусу ускладнює перебіг соматичної патології, нами була проведена оцінка перебігу позагоспітальної пневмонії у дітей першого року життя на тлі гіпотрофії. Результати наших досліджень свідчать, що у хворих з II-III ступенем гіпотрофії позагоспітальна пневмонія мала III-IV ступені тяжкості (68%). Слід зазначити, що у переважної більшості дітей з білково-енергетичною недостатністю (72,7%) позагоспітальна пневмонія була двобічної локалізації. Результати рентгенологічного обстеження показали, що у 63,6% дітей раннього віку гостра позагоспітальна пневмонія мала вогнищевий характер. Варто зауважити, що у дітей із порушенням нутритивного статусу середній термін перебування на стаціонарному лікуванні становив 25 ± 2 днів. Етіотропне лікування пневмонії у дітей раннього віку з

гіпотрофією полягало у призначенні двох курсів антибіотикотерапії. Слід зазначити, що у 23% дітей один курс антибіотикотерапії полягав у призначенні двох груп антибіотиків.

Таким чином, серед значимих факторів ризику розвитку нутритивної недостатності у дітей першого року життя вагоме місце займає патологія перинатального періоду. Діти з гіпотрофією характеризувалися тяжчим перебігом позагоспітальної пневмонії.

Список використаних джерел:

1. Володина Н.А. Обоснование применения метаболических средств в комплексном лечении гипотрофии у детей раннего возраста Самара 2009.
2. Шабалов Н.П. Детские болезни. СПб.: Питер, 2008. 928 с.
3. Шварц И. Д. Задержка развития. Старая беда в новом тысячелетии. Междунар. мед. журн. 2001; 5: 460-468
4. Наказ МОЗ України від № 149 від 20.03.2008 р. «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років» с.16-23
5. Наказ МОЗ України № 584 від 29.08.2006р. «Клінічний протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні»с. 28
6. Наказ МОЗ України №9 від 10.01.2005р. «Протокол лікування дітей з недостатністю харчування».

Шевчук В.В.

аспірант;

Федів О.І.

доктор медичних наук, професор,

Буковинський державний медичний університет

ВПЛИВ ТІВОРТІНУ НА СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Аргінін – умовно не замінима амінокислота, вперше виділений в 1886 р. Е.Schulze та Е.Steiger, а структура його встановлена Е.Schulze та Е.Winterstein в 1897 році. Середній добовий рівень споживання L-аргініну становить 5,4 г. Фізіологічна потреба тканин і органів більшості ссавців в аргініні забезпечується його ендогенним синтезом і/або поступленням з їжею, однак для молодих осіб і дорослих в умовах стресу або хвороби ця амінокислота стає

ессенціальною. Аргінін є необхідним попередником для синтезу білків і багатьох біологічно важливих молекул (орнітин, пролін, поліаміни, креатин, агматин). Однак основна роль аргініну в організмі людини – бути субстратом для синтезу монооксиду нітрогену (NO) [1, с. 1650S-1655S].

Результати численних досліджень останніх років свідчать про можливість ефективного і безпечного застосування L-аргініну як активного донатора NO в клінічній практиці при різноманітній патології [2, с. 1-6].

Мета дослідження: дослідити вплив Тівортіну на стан системи гемостазу при неалкогольному стеатогепатиті (НАСГ) у хворих з метаболічним синдромом (МС).

Згідно з принципами доказової медицини з метою проведення дослідження ефективності та порівняння запропонованих програм лікування була проведена рандомізація групи хворих на 2 групи.

Пацієнтам першої (основної) групи (група I) склали 32 пацієнтів (20 хворих на НАСГ, асоційований з класичним МС, і 12 хворих на НАСГ, асоційований з МС без дисліпідемії – фенотип АГ+АО+ПТГ/ЦД 2 типу), які отримували, крім стандартної базисної терапії, на першому етапі лікування отримували препарат Тівортін® (L-аргініну гідрохлорид) по 100 мл в/в крапельно 1 раз на добу + Тівортін аспартат® per os по 20 мл 2 рази на добу – 10 днів з подальшим прийомом Тівортіну аспартату® по 20 мл 2 рази на добу впродовж 3 місяців.

До другої групи (група порівняння II) увійшли 31 пацієнт (19 хворих на НАСГ, асоційований з класичним МС, і 12 хворих на НАСГ, асоційований з МС без дисліпідемії – АГ+АО+ПТГ/ЦД 2 типу), які отримували стандартну терапію: дієтичне харчування (№5/9); гепатопротектори (Есенціалє Форте Н – по 10 мл в/в на крові 1 раз на день № 10, потім по 1800 мг (6 капсул) в день впродовж 3 місяців); метформін (по 1000 мг/добу впродовж 3 місяців).

Обстежено також 34 практично здорових осіб (контрольна група).

Діагноз НАСГ встановлювали на підставі виключення вірусного алкогольного, метаболічного, автоімунного походження та інших причин ураження печінки. Морфологічне дослідження біоптатів печінки проведено у 16 хворих з визначенням вираженості некротичнозапального процесу і стадії фіброзу за E.Brunt [3, с. 14-15].

Загальний коагуляційний потенціал крові (ПТЧ, ТЧ), фібринолітичну активність плазми, потенційну активність плазміногену, рівень фібриногену в плазмі крові, а вивчали за допомогою наборів реактивів фірми «DanishLtd» (м.Львів) за методиками Н. Тіца. З використанням реактивів цієї ж фірми вивчали стан ферментативного та неферментативного фібринолізу у плазмі крові. Принцип методу полягає в тому, що при інкубації азофібрину зі стандартною кількістю плазміногену в присутності активаторів фібринолізу, які містяться в плазмі крові, утворюється плазмін, активність якого оцінюється за ступенем забарвлення розчину у лужному середовищі в присутності ϵ -амінокапронової кислоти (НФА) або без неї (СФА). Різниця між ними визначає стан ФФА.

Під впливом Тівортіну поліпшення самопочуття, зменшення ознак астенізації, диспептичних і больових проявів у пацієнтів основних груп відмічалось вже на 4-5-й день від початку лікування, тоді, як у хворих контрольних груп – лише з 10-12-го дня. Через 2 тижні від початку терапії астенічний синдром значно меншої інтенсивності зберігався лише у 2 чоловік (5,1%) І групи, тоді як в контрольній групі він залишався у 14 (35,9%) хворих. У той же термін у 34 (92,1%) хворих І групи зникли біль та відчуття тяжкості в правій підреберній ділянці, а також практично не турбували диспептичні явища (у 32 хворих (84,2%)). До 14-15-го дня лікування у 36 (94,7%) пацієнтів І групи зникла жовтяниця, у 2 хворих (5,3%) жовтяниця набула значно меншої інтенсивності. Водночас, у хворих ІІ групи дане співвідношення склало 70% / 30%.

Встановлено вірогідне ($p < 0,05$) зростання всіх часових характеристик гемокоагуляції, а також активностей АТІІІ та ФХІІІ в І групі (ЧРП – на 24,7%, ПЧ – на 18,7%, ТЧ – на 22,9%, АПТЧ – на 19,3%, АТІІІ – на 21,7%, ФХІІІ – на 32,9%), які досягали відповідного рівня у практично здорових осіб ($p > 0,05$). При цьому зміни ПЧ, АПТЧ, ФХІІІ були найістотнішими при застосуванні в комплексному лікуванні тівортіну і вірогідно ($p < 0,05$) відрізнялися від таких в ІІ групі. Активність АТІІІ та ТЧ після лікування в контрольних групах достовірно не відрізнялися від відповідних показників в основній групі. Зміни концентрації фібриногену в плазмі крові в динаміці лікування були вірогідними тільки в І групі (зменшилась на 28,3%, $p < 0,05$), причому за базисного лікування вона залишалася достовірно вищою, ніж у здорових осіб.

Відзначений позитивний вплив тівортіну на фібринолітичну активність крові. Зокрема, в усіх групах обстежених після лікування спостерігалось підвищення СФА на 31,4% ($p<0,05$) – в І групі, на 12,7% ($p<0,05$) – в ІІ групі; зменшення НФА – на 20,3% ($p>0,05$) – в І групі, на 11,2% ($p<0,05$) – в ІІ групі; підвищення ФФА – на 41,2% ($p<0,05$) – в ІІ групі, на 33,3% ($p<0,05$) – в ІІ групі; ПАП – на 23,2% ($p<0,05$) – в І групі, на 12,6% ($p<0,05$) – в ІІ групі.

Отже, призначення комплексної терапії з використанням тівортіну призводить до істотного зменшення гемостазіологічних порушень у хворих на НАСГ на тлі МС завдяки позитивному впливу на функціональний стан ендотелію, та стан системи гемостазу.

Список використаних джерел:

1. Böger R.H. The pharmacodynamics of L-arginine / R.H. Böger // J.Nutr. – 2007. – Vol. 137. – P. 1650S-1655S.
2. Бабушкина А.В. L-аргинин с точки зрения доказательной медицины / А.В.Бабушкина // Укр. мед. часопис. – 2009. – № 6. – С. 1-6.
3. Brunt E. Histological grading and staging for nonalcoholic steatohepatitis / E.Brunt // Falk Symposium Steatohepatitis. – 2000 (Abstract). – P. 14-15.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Дудник С.В.

асистент,

Луганський державний медичний університет

ДО ПИТАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ СМЕРТНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ЛУГАНСЬКОГО РЕГІОНУ

Протягом останніх років Луганська область відноситься до числа регіонів України з високими показниками смертності населення (загальний показник смертності населення Луганської області за 2011 р. – 16,3 померлих на 1000 населення, по Україні – 14,5). Однією з негативних тенденцій в наявній демографічній ситуації залишається смертність чоловіків працездатного віку, яка тягне за собою втрату людського потенціалу, дефіцит трудових ресурсів, зниження шлюбності і народжуваності, і безпосередньо впливає на зниження показника середньої очікуваної тривалості життя населення України за яким наша держава займає передостаннє місце в Європі.

З метою визначення медико-соціальної характеристики передчасної смертності чоловіків було проведено комплексний аналіз смертності чоловіків працездатного віку Луганського регіону. Вивченню підлягали дані власного дослідження: 7562 випадків смерті чоловіків працездатного віку Луганської області за 2008 рік з використанням методів біостатистики та епідеміології.

За результатами дослідження у загальній структурі причин смертності чоловіків працездатного віку Луганської області провідне (I) місце займають хвороби системи кровообігу ($29,6 \pm 0,6\%$, 95% ДІ), друге (II) – травми, отруєння та деякі наслідки зовнішніх чинників ($25,6 \pm 1,0\%$, 95% ДІ), третє (III) рейтингове місце належить хворобам органів травлення ($15,3 \pm 0,8\%$, 95% ДІ), четверте (IV) – новоутворенням ($10,2 \pm 0,7\%$, 95% ДІ), п'яте (V) – інфекційним і паразитарним хворобам ($7,3 \pm 0,6\%$, 95% ДІ). Середній вік передчасно померлих чоловіків склав $46,92 \pm 0,23$ років. Повікова структура смертності чоловіків має свої відмінності від загальної структури смертності чоловіків за причинами і дає можливість визначити напрями впливу на попередження смертності в певних

вікових групах. Слід зазначити, що більшість передчасних смертей можна попередити, це в першу чергу відноситься до травм, отруєнь та деяких наслідків зовнішніх чинників, які в віці 17-39 років взагалі займають перше місце серед причин смерті ($49,92 \pm 4,05\%$). Важливим моментом є той факт, що серед померлих чоловіків на момент смерті були непрацюючими 78,3% і працювали 21,7% (валідний відсоток). У більшості випадків смерті чоловіків (67,7%) швидка медична допомога не виїжджала, в 44,5% – медична допомога не надавалася і в 37,8% випадків смерті за тривалістю хвороби, що призвела до смерті, реєструвалася раптова смерть.

Проведений аналіз дозволив встановити статистично значимі залежності між середнім віком померлих і причиною смерті, якістю надання медичної допомоги і причиною смерті, тривалістю захворювання і причиною смерті, характером захворювання і середнім віком померлих, причиною смерті і характером захворювання, сезоном смерті і середнім віком померлих, віковою групою і причиною смерті. Чоловіки, які перебували на диспансерному обліку жили в середньому довше $49,55 \pm 0,33$ років (Std. Dev.: 8,73; 95% ДІ: 49,73-49,87) ніж чоловіки, що не перебували під диспансерним наглядом $45,45 \pm 0,31$ років (Std.Dev.: 10,151; 95% ДІ: 45,14-45,75), така ж тенденція спостерігалась і у померлих чоловіків без інвалідності $46,60 \pm 0,25$ років (Std.Dev.: 10,003; 95% ДІ: 46,35 – 46,85), які мали менший середній вік смерті, ніж чоловіки з інвалідністю $48,96 \pm 0,53$ років (Std. Dev.: 8,954; 95% ДІ: 48,44–49,48).

Виявлені особливості будуть використані для створення моделі прогнозування смертності і розробці програми медико-соціальної профілактики смертності чоловіків у працездатному віці в Луганському регіоні.

Kozulya S.V., Ivanov S.V., Rubel A.D., Rudenco V.V.
department of general hygiene and ecology
Crimean State Medical University named after S.I. Georgievskiy

PROPENSITY TO ALCOHOLISM OF CSMU STUDENTS

Consumption growth of alcohol by the world population becomes a huge medical and social problem. Alcohol abuse leads to the increase in risk of injury, disability and degradation of the individual.

Alcohol in Ukraine is concerned with 72.2% of all homicides, 42.1% of suicides, and 52.6% of deaths due to other external factors; 67.6% of cirrheses, 60.1% of pancreatitis and 23.2% of circulatory system diseases. This problem is getting younger: according to the literature, school-children start drinking alcohol at the age of 11-16 years old, which affects their behavior, studies and leads to conflicts in the family.

School graduation and admission to the higher institutions accompanies by changes in living conditions and reducing of parental control. Therefore, the aim of this research was examining the propensity to alcoholism by the students of CSMU and its change during the study process.

We used a screening test for alcoholism – MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), which has 90% sensitivity and accuracy of 80%. MAST questionnaire consists of 37 questions. After counting points received from each answer, the conclusion regarding addiction to alcohol of the interviewed person could be made. Due to the fact that on the basis of one screening test diagnose could not be made, the results should be explained as follows: up to 4 points – without suspicion of alcoholism; 5-6 – a suspicion of alcoholism; 7 and more – alcoholism is probable.

Additional questions have been also included into the questionnaire. Their goal was to obtain the information on whether alcohol depends on external factors, does it affect the study process and is there any alternative to drinking for students.

There were totally surveyed 179 students of medical and dental departments, 95 of them were first-year students, and 84 – the last-year students.

According to information received regarding first-year students, there were 1.8% of nondrinkers, 74.6% – with no suspicion of alcohol abuse, 12.4% – suspected in alcohol abuse and 11.2% probably suffering from alcoholism. As the survey was held in autumn, it is clear that the basis of this catastrophic situation was laid back in school. And this is where control over healthy lifestyle should be started.

	Non-drinkers		Without suspicion of alcoholism		With suspicion of alcoholism		Alcoholism is likely to occur	
Year of study	1-st	6-th	1-st	6-th	1-st	6-th	1-st	6-th
Percentage	1,8%	1,2%	74,6%	46,2%	12,4%	38,5%	11,2%	14,1%
Deviation	±0,5	±0,5	±0,2	±0,4	±0,45	±0,4	±0,4	±0,5
Change	-0,6%		-28,4%*		+26,1%*		+2,9%*	

There are significant changes among the sixth-year students: nondrinkers – 1.2% (-0.6%), with no suspicion of alcohol – 46.2% (-28.4%), suspicion of alcohol – 38.5% (26.1%), and probably suffering from alcoholism -14.1% (+2.9%).

As it follows from the data received, during study at the University the percentage of students with alcoholism suspicion has a primarily increase. The number of people with alcoholism has a slight vary. This is explained by the negative impact of alcohol on performance and a high risk of expulsion from the university among this particular category of students.

23.8% of first-year students recognize that they skip classes because of bad health after drinking on the night before. By the sixth year the number of these students increases to 48.8% (25%). The number of students who relate their low progress to alcohol drinking is also significant: 25% on the first year and 33.3% on the sixth (7.3%).

It is natural that with increasing of alcohol consumption the financial costs are also increase. 34.2% of first-year students and 44% of sixth-year students (+9.8%) realize the fact that purchase of alcohol affects their financial situation

When filling out the questionnaire respondents had to indicate what would reduce the consumption of alcohol by students in their opinion. The vast majority was in favor of free access to the gym (63.7% first-year students and 44% of last-year students), free swimming pool (58% and 39.3% respectively) and access to the stadium (56.1 % and 35.7%).

Young people see an alternative to drinking. Therefore, by developing and maintaining sports programs at the university level, alcohol consumption by students could be reduced. This will positively affect both health and level of knowledge of the future specialist. It is particularly important to involve first-year students into sports, as the number of six-year students willing to visit gym and pool is steamily reducing.

The current problem must be also solving by tightening the rules of sale and strengthening control over the distribution of alcoholic beverages.

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА

Гораш Є.В.

кандидат медичних наук;

Бойчук Н.В., Войтко М.З.

студенти,

Буковинський державний медичний університет

УЛЬТРАЗВУКОВА АНАТОМІЯ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

Актуальність проблеми патології дистального відділу товстої кишки, пов'язана з порушенням дефекації у новонароджених, зумовлена щорічним зростанням кількості дітей як із патологією шлунково-кишкового тракту (ШКТ) в цілому, так і з патологією сигмоподібної ободової та прямої кишок зокрема [1-4, 6]. Сигморектальний сегмент – це перехідна ділянка між сигмоподібною ободовою та прямою кишками, яка забезпечує дозоване і регульоване їх скорочення. Для візуалізації сигмоподібної ободової та прямої кишок необхідне заповнення сечового міхура (затримання сечовипускання), що неможливо в новонароджених, заповнення кишки гомогенним вмістом (рідиною), видалення ехонегативних формувань (газів), що потребує проведення клізми чи введення газовідвідної трубки. Наведені маніпуляції пов'язані з ризиком інфікування кишки і можуть проводитися тільки за показаннями в спеціалізованих відділеннях. Упродовж останнього десятиріччя ультразвукова діагностика патології ШКТ у дітей витісняє інші методи, пов'язані з опроміненням організму чи з введенням стороннього матеріалу (барій) у кишечник, що може алергізувати організм [5]. Отже, актуальність дослідження зумовлена відсутністю цілісних уявлень щодо діапазону анатомічної мінливості сигморектального сегмента, особливостей ультразвукової анатомії у дітей раннього віку, що потребує подальшого наукового розроблення.

Результати дослідження будуть слугувати морфологічною основою для встановлення термінів і механізмів виникнення варіантів і природжених вад сигморектального сегмента та обґрунтування методів їх хірургічної корекції.

Мета дослідження визначити особливості ультрасонографічної будови складових компонентів сигморектального сегмента в дітей раннього віку.

Завдання дослідження:

1. Вивчити особливості ультразвукової анатомії складових елементів сигморектального сегмента в неонатальному періоді.
2. Визначити ультрасонографічні параметри сигморектального сегмента в новонароджених та грудних дітей.

Скринінг-ультразвукове дослідження сигморектального сегмента (дистальний відділ сигмоподібної ободової кишки, сигморектальний перехід, очеревинний відділ прямої кишки) проведено у 30 доношених новонароджених та 35 дітей грудного віку. Сигморектальний сегмент візуалізовано в 32 дітей (16 – новонароджених, 16 – дітей грудного віку) на апараті "Toshiba SSA-SSOA" 2001 року випуску датчиком PSM 50 AT 3 МН. Для візуалізації сигморектального сегмента орієнтирами були крижовий та куприковий відділи хребта, сечовий міхур при горизонтальному та вертикальному положеннях датчика. Датчик встановлювали над лобком по серединній лінії. У секторі огляду визначали сечовий міхур у вигляді утворення неправильної форми з анехогенним вмістом. У разі відсутності вмісту сечовий міхур визначався як гіпоехогенне утворення. Позад сечового міхура відскановували сигморектальний сегмент у поздовжньому зрізі. Сигморектальний сегмент має вигляд гіперехогенної трубчастої структури, заповнений кишковим вмістом із гіперехогенними включеннями різного розміру. Крижовий та куприковий відділи хребта визначаються як гіпоехогенні структури. У просвіті сигморектального переходу наявний випин слизової оболонки, який візуалізується на рівні другого-третього крижових хребців.

Сфінктерний відділ сигморектального переходу візуалізувався у вигляді слабкоехонегативного формування і мав вид півкільця. Довжина прямої кишки коливається в межах 4,2–5,2 см. У новонароджених хлопчиків діаметр дистального відділу сигмоподібної ободової кишки коливається в межах 1,7–2,0 см, у новонароджених дівчаток – 1,5–2,0 см. У грудних дітей чоловічої статі діаметр дистального відділу сигмоподібної ободової кишки визначається в межах 1,8–2,4 см, у грудних дітей жіночої статі – 2,0–2,3 см.

У новонароджених хлопчиків діаметр сигморектального переходу (на рівні найвузшого сегмента) становить 1,2–1,5 см, у

новонароджених дівчаток – 1,3–1,6 см. У грудних дітей чоловічої статі діаметр сигморектального переходу визначається в межах 1,4–1,7 см, у грудних дітей жіночої статі – 1,4–1,8 см. У новонароджених хлопчиків діаметр очеревинного відділу прямої кишки на висоті 2–2,5 см від відхідника становить 2,3–2,5 см, у новонароджених дівчаток – 2,3–2,8 см.

У грудних дітей чоловічої статі діаметр очеревинного відділу прямої кишки визначається в межах 3,0–3,3 см, у грудних дітей жіночої статі – 3,2–3,5 см.

У новонароджених хлопчиків товщина стінки сигморектального переходу становить 2,3–2,6 см, у новонароджених дівчаток – 2,2–2,6 см. У грудних дітей чоловічої статі товщина стінки сигморектального переходу визначається в межах 3,1–3,5 см, у грудних дітей жіночої статі – 3,2–3,4 см. Зіставивши ультразвукові параметри діаметрів дистального відділу сигмоподібної ободової кишки, сигморектального переходу та очеревинного відділу прямої кишки, з'ясовано, що за середнім квадратичним дані параметри в дівчаток більші, ніж у хлопчиків. Отже, при скринінговому УЗД визначенні будова та реальні розміри складових компонентів сигморектального сегмента. Одержані результати можуть бути основою для профілактичного сканування з метою виявлення можливої патології сигморектального сегмента в дітей раннього віку.

Сигморектальний сегмент у дітей раннього віку візуалізується при вертикальному положенні датчика у вигляді трубчастої гіперехогенної структури. Сигморектальний перехід візуалізується у вигляді слабкоехогенного півкільця, у фазі спорожнення вужчий, ніж дистальний відділ сигмоподібної ободової кишки та очеревинний відділ прямої кишки. У просвіті сигморектального переходу візуалізується випин слизової оболонки, який визначається на рівні 2-3 крижових хребців. Діаметри дистального відділу сигмоподібної ободової кишки, сигморектального переходу та очеревинного відділу прямої кишки в дітей жіночої статі більші, ніж у дітей чоловічої статі.

Список використаних джерел:

1. Гусева О.И. Пренатальная ультразвуковая диагностика и перинатальные исходы при врожденных пороках желудочно-кишечного тракта в Нижнем Новгороде: реалии и пути улучшения / О.И.Гусева // Пренатальная диагностика. – 2004. – Т. 3, № 3. – С. 169-174.

2. Кедик Л.В. Эхография в диагностике функционального нарушения дистального отдела толстой кишки у детей / Л.В.Кедик // Хірургія дитячого віку. – 2007. – Т. 4, № 4. – С. 66-80.

3. Михеева Н.Г. Совершенствование пренатальной диагностики задержки внутриутробного развития плода при применении региональных нормативов фетометрии / Н.Г.Михеева, М.В.Медведев / Ультразвук. и функцион. диагност. – 2006. – № 5. – С. 40-43.

4. Опыт применения ультразвукового скальпеля в колоректальной хирургии / Г.И.Воробьев, А.М.Кузьминов, А.П.Жученко, [и др.] // Анналы хирургии. – 2001. – № 2. – С. 59-61.

5. Применение методов прижизненной визуализации (компьютерной томографии, магниторезонансной томографии, ультразвукового исследования) в клинко-анатомических исследованиях / И.И.Каган, С.В.Чемезов, Л.М.Железнов [и др.] // Клин. патол. и эксперим. хирургия. – 2002. – № 2. – С. 28-34.

6. Татанашвили Д.Р. Первичная ультразвуковая диагностика заболеваний полых органов брюшной полости / Д.Р.Татанашвили, В.В.Шенгелидзе, Г.Г.Мухашаврия // Современные технологические достижения в ультрасонографии: международный симпозиум по ультразвуковой диагностике: тезисы докл.; под ред. Д.Г.Татишвили // Ультразвук. и функцион. диагност. – 2002. – № 4. – С. 141-142.

Єрьоменко Р.Ф.

*кандидат біологічних наук, доцент,
Національний фармацевтичний університет*

ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ЕКСТРАКТУ З ТРАВИ ЛЮЦЕРНИ ПОСІВНОЇ НА ІМУННУ СИСТЕМУ ЗДОРОВИХ ЩУРІВ ЗА ФАГОЦИТАРНОЮ АКТИВНІСТЮ ЛЕЙКОЦИТІВ

Відомо, що біологічним сенсом імунної системи є забезпечення генетичної цілісності організму протягом його індивідуального життя. Розвиток імунної системи зумовив можливість існування складно організованих багатоклітинних організмів. Основними діючими компонентами імунної системи є лейкоцити, які відіграють головну роль у специфічному та неспецифічному захисті організму від зовнішніх та внутрішніх агентів, а також у реалізації типових патологічних процесів. Для всіх видів лейкоцитів (гранулоцити: нейтрофіли, еозинофіли та базофіли; та агранулоцити: лімфоцити та моноцити) характерним є фагоцитоз: лейкоцити здатні до активного руху та можуть переходити крізь стінку капілярів та проникати до

тканин, де вони поглинають та перетравлюють чужерідні часточки, тобто проявляють фагоцитарну активність та можуть бути фагоцитами. Для здійснення фагоцитозу необхідні певні умови. В-лімфоцити утворюють антитіла (мають білкову природу) до антигенів (бактерій, вірусів тощо), які прикріплюються до їх мембран, що робить їх чутливими до фагоцитозу. Також більшість структур організму мають захисні білкові оболонки, які відштовхують фагоцити, але при пошкодженні та втраті цих оболонок вони стають об'єктами фагоцитозу. Отже, стан білкового обміну має важливе значення для нормального функціонування імунної системи. Як коректор білкового обміну представляє інтерес екстракт з трави люцерни посівної (ЕТЛП), який містить багато білка, амінокислот, у тому числі незамінних, флавоноїдів, органічних кислот, дубильних речовин, для яких характерною є антиоксидантна, протизапальна, мембрано стабілізуюча, цитопротекторна та органопротекторна дія, та зможе забезпечити відновлення вмісту мембранних білків і їх пластичної функції та білкових компонентів для утворення антитіл, що сприятиме нормалізації функціональної активності імунної системи.

Зважаючи на вищевикладене метою нашої роботи стало вивчення впливу екстракту з трави люцерни посівної в дозі 25 мг/кг та препарату порівняння калію оротату в дозі 180 мг/кг на функціонування білків імунної системи здорових щурів за фагоцитарною активністю лейкоцитів, тобто за здатністю лейкоцитів поглинати часточки пекарських дріжджів. Для оцінки фагоцитарної активності лейкоцитів розраховували наступні показники: фагоцитарний індекс (ФІ) (відсоток лейкоцитів, які фагоцитували), фагоцитарне число (ФЧ) (середню кількість часточок дріжджів, що поглинуто одним лейкоцитом) та інтегральний показник індекс фагоцитарної активності (ІФА) (добуток фагоцитарного індексу на фагоцитарне число).

Установлено, що при превентивному паротягом 2-х тижнів пероральному введенні щурам екстракт з трави люцерни посівної в дозі 25 мг/кг достовірно в порівнянні з інтактним контролем (ІК) збільшував на 38% ФІ, на 10% – ФЧ та на 51% – інтегральний показник ІФА, який і свідчить про його значну здатність стимулювати ФАЛ. Препарат порівняння калію оротат в дозі 180 мг/кг, який також вводили щурам в превентивному режимі протягом 2-х тижнів, недостовірно в порівнянні з групою ІК збільшував на

26% ФІ та на 10% – ФЧ, та достовірно – на 40% інтегральний показник ІФА, що засвідчує перевагу ЕТЛП.

Таким чином, встановлено виражену здатність ЕТЛП в дозі 25 мг/кг стимулювати неспецифічну імунну відповідь організму, сприяючи значному зростанню фагоцитарної активності лейкоцитів, яке здійснюється, на нашу думку, за рахунок корекції білкового обміну та функціонального стану означених елементів імунної системи.

Черкасов В.Г.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри анатомії людини;*

Дзевульська І.В.

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри анатомії людини;*

Маліков О.В.

асистент кафедри анатомії людини;

Ковальчук А.В.

студентка,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

АНАТОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В РОБОТАХ ВИДАТНОГО ПОЕТА Й.В. ГЕТЕ



Відомий німецький поет Йоган Вольфганг Гете був видатним натуралістом, який працював у багатьох напрямках науки і більш за все здобув славу завдяки своїм дослідженням з фізіології кольорового зору та морфології. Як відомо успіх літератора не завадив його зацікавленості при вивченні анатомії.

Ще в молодому віці Гете знайомиться із герцогом Карлом Августом, з міста Веймар, і той

пропонує поетові оселитися у його князівстві. Гете погоджується і залишається у Веймарі назавжди. Тут він швидко досяг кар'єрного зросту, пошани й заможного становища.

Поблизу Веймана знаходиться місто Ієна зі своїм відомим університетом. Гете почав доволі часто навідуватися туди і спілкуватися з місцевими професорами. Кафедру анатомії у Ієні на той час очолював професор Х. Лодер – талановитий педагог, який вже 1780 року відвідував Веймар за запрошенням Карла Августа і викладав йому та його оточенню анатомію. Серед слухачів Лодера був і Гете. Невдовзі Гете почав особисто займатися анатомією у Лодера, відновивши й розвинувши ті знання, що отримав у Страсбурзі. Гете так глибоко засвоїв анатомію людини, що деякий час навіть читав лекції учням школи художників у Веймарі.

Тісне спілкування з університетськими професорами підштовхнуло Гете до першого наукового відкриття: він знайшов міжщелепну кістку в скелеті людини. Ця парна кістка у всіх ссавців розташовується в середині верхньої щелепи, наче вклинена між правою та лівою половинами верхньої щелепи. Відмінністю цієї міжщелепної кістки є те, що в ній розміщені різці, відтак вона дістала назву «різцева» кістка. Гете в «Вибраних творах з природознавства» на рахунок відкриття ним різцевої кістки писав: «На черепах тварин легко можна помітити, що верхня щелепа складається більше ніж з однієї пари кісток. Її передня частина досить явно з'єднується за допомогою різного роду швів з задньою, утворюючи декілька особливих кісток. Цьому передньому відділу верхньої щелепи було дано назву «os intermaxillare». Ще древні люди знали про цю кістку, а з недавнього часу вона набула особливого значення, оскільки, її приймали за ознаку відмінності між приматами та людиною... У різних тварин вона має свою форму, і її будова досить помітно змінюється в залежності від того, простягається вона вперед чи виступає назад. Найширша та найпотужніша її частина, названа мною «тілом», побудована відповідно до виду їжі, що призначена природою тварині.» За часів Гете ця кістка була ще недостатньо вивчена. Вона не була описана в багатьох хребетних, тому різні автори висловлювали суперечливі судження щодо неї. Зокрема, відомий голландський лікар та анатом Петрус Кампер (1722-1789) з приводу відкриття Гете, сказав: «Це все чудово, але ж, os intermaxillare не існує в людській щелепі». Думку Кампера підтримали найавторитетніші анатоми Зоммеринг та Блюменбах вважаючи, що різцева кістка слугує однією з

відмінністей у скелетах людини та тварин. А таку відмінність «благочестиві» вчені вважали за необхідне знайти у догоду біблейському уявленню про людину як особливу істоту.

Гете в міру своїх можливостей продовжував вивчення цієї кістки у тварин, підкріплюючи своє відкриття, яке він надалі здебільшого приховував. Так само він не ставить свою роботу в зв'язок із ідеєю про спільний тип. Чимало авторів стверджували, що Гете, виходячи з ідеї про спільність типів, вирішив, що в людини повинна бути міжщелепна кістка, а згодом він відкрив і описав її фактично. Сам Гете, вже у похилому віці, писав про цю роботу в автобіографічній книзі «Аннали»: «Я був цілком впевнений в тому, що в усіх органічних істотах можливо прослідкувати підвищений за рахунок метаморфозу спільний тип, що спостерігається доволі успішно у кожній з частин на відомих середніх сходинках; його доводиться визнати й там, де він на найвищій сходинці людства скромно приховується». У великому дослідженні Брейнинга-Октавіо робиться спроба довести, що це традиційне уявлення помилкове. Гете, напевно, не керувався прямолінійно теорією типу, хоча він знав її як об'єктивну ідею того часу.

Стаття Гете з приводу протестів тодішніх спеціалістів довгий час не видавалась. Її було надруковано у 1820 році в збірці, виданій Гете під назвою «Питання морфології». Однак вийшла вона без малюнків, вочевидь через нестачу коштів. Текст статті містив незначні авторські доповнення ще з 1786 року. Згодом було доповнено огляд літератури, що свого часу Гете не встиг вчасно зробити і доробив лише в останні роки життя. Зрештою, стаття вже містила коментарі, історичні й автобіографічні за змістом, що подекуди мали відношення не лише до міжщелепної кістки, а і до остеологічних робіт автора взагалі. Стаття в цій редакції мала таку назву: «Людині, так само як і тваринам, слід приписати міжщелепну кістку верхньої щелепи». І лише у 1830 році ця робота була надрукована в журналі Леопольдинської академії («Acta») з ілюстраціями усіх згаданих в статті об'єктів у вигляді відмінної якості гравюр. На той час відкриття Гете вже ні в кого не викликало сумнівів.

Насправді, це відкриття було зроблено ще до Гете. Роками раніше цю кістку в людини описав та зобразив Вік-д'Азир, перший раз – у 1780 році (статтю було надруковано у 1784 році), а вдруге – 1786 року в I томі свого «Трактату». В тому ж році Гете дізнався про цю роботу Вік-д'Азіра й визнав, що їх висновки співпадають. Таким

чином, пріоритет безсумнівно належить французькому вченому. Власне для Гете робота над міжщелепною кісткою мала неабияке значення: вперше він відчув себе самостійним дослідником, розробивши ті методичні способи, які з успіхом використовував у своїй подальшій роботі. Попри невдачі своєї першої наукової праці, він продовжував розробку в цьому питанні й далі і з часом вивчив міжщелепну кістку в багатьох хребетних, зокрема у риб.

Серед морфологічних ідей Гете була одна, яку він обмірковував протягом багатьох років та вкрай пильно обговорював із колегами після своєї мандрівки до Венеції у 1790 році, де, побачивши напівзруйнований череп барана, йому спало на думку те, що череп взагалі виник шляхом метаморфозу, тобто перетворення хребців. Проте цю думку вперше оприлюднив у 1807 році Лоренц Окен. Відтоді ідею «хребтової теорії черепа» багаторазово обговорювали в літературі, що сприяло поглибленому вивченню питання про виникнення черепа тварин.

Гете був невдоволений відгуком з боку Окена, крім того, Окен не визнав його пріоритету. Щодо походження черепа із хребців, Гете стисло написав у коментарях до статті про міжщелепну кістку. Пізніше, 1824 року, у другому випуску «Питань морфології» він розмістив коротку статтю під назвою «Будова черепа з шести хребців». Хоча з часом ідея Гете щодо такої будови черепа була відкинута, та нова наука довела, що все ж таки весь задній відділ черепа утворюється з ембріональних структур (сомітів), що подібні до тих, з яких розвиваються хребці.

Як відомо, нові покоління морфологів вдосконалили ті ідеї, які свого часу доводилось виборювати Гете, проте він залюбки поступився місцем своїм нащадкам.

Список використаних джерел:

1. Гёте И.В. О межчелюстной кости человека и животных. М. – 1957. С. 114-143.
2. Гёте И.В. Избранные сочинения по естествознанию. Л. – 1957. 553 с.
3. Аникст А.А. Творческий путь Гёте. М. – 1986. С. 50-63.
4. И.И. Канаев. Очерки из истории сравнительной анатомии. М. – 1963. С. 126-135.
5. Тимирязев К.А. Гёте естествоиспытатель. М. – 1939. С. 378-385.
6. Герцен А.И. «Письма об изучении природы»/А.И.Герцен. – М.:Гос.изд-во.полит.лит., 1946. - с. 47
7. Goethe. Werke. II Abt., Bd. 6-8. Morphologie. Weimar. 1892-1898.

Семененко С.Б.

асистент;

Попова І.С.

студент,

Буковинський державний медичний університет

ВПЛИВ БЛОКАДИ СИНТЕЗУ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ НА ХРОНОРИТМИ КИСЛОТОРЕГУЛЮВАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК

Впродовж останніх десятиліть все більшої актуальності набуває вивчення біологічних ритмів [5, с. 578], як обов'язкових компонентів живих систем [2, с. 129]. Уже сьогодні набули статусу наук хронобіологія [7, с. 988] та хрономедицина [1, с. 35]. У світлі цих наук особливе місце займають нирки [4, с. 97].

Особливо важливе значення мають функціональні підходи в діагностиці і патології нирок, пов'язані з порушенням водно-сольового і кислото-основного гомеостазу [3, с. 65]. Відомо, що нирки, також, характеризуються чіткою часовою організацією функцій. Однак, особливості циркадіанної організації та механізми участі внутрішньоклітинних месенджерів [4, с. 97], зокрема, монооксиду нітрогену (NO) у біоритмічній регуляції ниркових функцій [8, с. 336] залишаються недостатньо вивченими [3, с. 65].

Метою дослідження було проаналізувати особливості структури хроноритмів кислоторегулювальної функції нирок за умов блокади синтезу NO.

Досліди провели на 72 статевозрілих нелінійних самцях білих щурів масою 0,15-0,18 кг. Тварин утримували в умовах віварію при сталій температурі та вологості повітря на стандартному харчовому раціоні. Контрольну групу склали тварини (n=36), які перебували за умов звичайного світлового режиму (12.00C:12.00T) упродовж семи діб. Дослідну групу склали тварини (n=36), яким вводили N^w-нітро-L-аргінін (L-NNA) в дозі 20 мг/кг впродовж 7-ми днів. На 8-у добу тваринам проводили 5% водне навантаження підігрітою до кімнатної температури водогінною водою і досліджували параметри кислоторегулювальної функції нирок за умов форсованого діурезу.

Експерименти проводили з 4-годинним інтервалом впродовж доби. Вивчали рН сечі, екскрецію іонів водню, титрованих кислот, аміаку, амонійний коефіцієнт. Результати обробляли статистично методом «Косинор-аналізу», а також параметричними методами

варіаційної статистики. Діагностика функціональних особливостей ґрунтувалася на основі аналізу змін характеристик мезору (середньодобового рівня), амплітуди, акрофази та форми кривої циркадіанного ритму. Отримані індивідуальні хронограми для кожної тварини групували за принципом ідентичності максимальної акрофази і розраховували методом «Косинор-аналізу» пересічні для кожної групи хронограм мезор, амплітуду і фазову структуру (за інтервалом часу між акро- та батифазою).

Дослідження в контрольних та досліджуваних тварин у нічний період доби проводили при слабкому (2 лк) червоному світлі, яке практично не впливає на біосинтез мелатоніну шишкоподібною залозою (ШЗ). Всі етапи експерименту проведено з дотриманням основних вимог Європейської конвенції щодо гуманного ставлення до тварин.

Отримані експериментальні дані обробляли на персональних комп'ютерах пакетом програм EXCE-2003 (Microsoft Corp., США). Для всіх показників розраховували значення середньої арифметичної вибірки ($\bar{x}$), її дисперсії і похибки середньої (Sx). Для виявлення вірогідності відмінностей результатів в дослідній і контрольній групах тварин визначали коефіцієнт Стюдента (t), після чого визначали вірогідність відмінності вибірок (p) і довірчий інтервал середньої за таблицями розподілу Стюдента. Вірогідними вважали значення, для яких $p < 0,05$.

За нормальних умов ШЗ добова організація кислото-регулювальної функції нирок відзначалася циркадіанною періодичністю. Діапазон, в якому змінювався рН сечі впродовж доби, характеризувався межами від 7,46 до 8,02 з мезором $7,7 \pm 0,08$. Амплітуда коливань ритму не перевищувала 4%. Максимальну кислотність сечі спостерігали о 24.00 год, низький її рівень реєстрували о 16.00 год.

Архітектоніка ритмів рН сечі та екскреції іонів водню мали обернено-пропорційну залежність: із збільшенням екскреції іонів водню кислотність сечі зменшувалася.

Динаміка екскреції титрованих кислот мала однофазний характер з акрофазою о 8.00 год та батифазою о 24.00 год і мезором $18,6 \pm 1,12$ мкмоль/ 2 год. Амплітуда ритму не перевищувала 25%. Високий рівень кислот, що титруються, у нічний проміжок доби узгоджувався зі змінами кислотності сечі.

Хроноритм екскреції аміаку двофазний. Максимальні величини показника припадали на 20.00 год, міні фаза – на 24.00 год. Середньодобовий рівень ритму становив $37,9 \pm 1,43$ мкмоль/ 2 год.

За умов блокади синтезу NO спостерігалось підвищення екскреції іонів водню на фоні зниженої екскреції іонів натрію, що вказувало на активізацію роботи натрій-водневого антипорту. Біоритмічно це віддзеркалилося зниженням у всі періоди доби рівня рН сечі.

Зростання кислотності сечі пов'язано також із зменшенням екскреції аміаку. Середньодобовий рівень та амплітуда істотно знижувалися з контролем. Максимальні величини екскреції аміаку виявляли о 24.00 год, а мінімальні о 20.00 год. Циркадіанна динаміка екскреції кислот, що титруються, відзначалася порушенням фазової структури ритму відносно хронограм контрольної групи щурів. Таким чином, у всі періоди доби рівень рН істотно знижувався. Підвищення екскреції іонів водню на фоні зниженої екскреції іонів натрію вказувало на активізацію роботи натрій-водневого антипорту. Циркадіанна динаміка екскреції кислот, що титруються, відзначалася порушенням фазової структури ритму зі зниженням мезору та амплітуди відносно хронограм контрольної групи щурів.

Список використаних джерел:

1. Агаджанян Н.А. Десинхроноз: механизмы развития от молекулярно-генетического до организменного уровня / Н.А. Агаджанян, Д. Г. Губин // К.: Успехи физиол. наук. – 2004. – Т. 35.
2. Бондаренко Л.О. Вікові особливості хронобіологічних ритмів функціонування епіфізарно-тиреоїдної систем / Л.О. Бондаренко, Г.І. Губіна–Вакулик, В.О. Дунаєв // Бук. мед. вісник. – 2003. – Т. 6, № 3-4. – С. 129 – 131.
3. Гоженко А.І. Функціональний стан нирок при хронічній блокаді синтезу оксиду азоту в щурів / А.І. Гоженко, Н.І. Куксань, І.В. Погоріла // Мед. хім. – 2002. – Т. 4, № 4. – С. 65-66.
4. Горбач Т.В. Динамика содержания метаболита оксида азота и адениловых нуклеотидов в почках при экспериментальном гломерулонефрите / Т.В. Горбач, В.И. Жуков // Клини. и эксперим. мед. – 2004. – Т. 13, № 1-2. – С. 97–99.
5. Лабунец И.Ф. Влияние биологически активных факторов эпифиза на клеточный состав эпифиза костного мозга и селезенки у мышей разного возраста / И.Ф. Лабунец, Г.М. Бутенко, В.Х. Хавинсон // Бюл. эксперим. биол. и мед. – 2004. – Т. 137, № 5. – С. 578-207.
6. Martino T. Daylight rhythm in gene expression of the normal murine heart / T. Martino, S. Arab, M. Straume [et al.] // J. Mol. Med. – 2004. – Vol. 82, № 4. – P. 256-264.

7. Prata-Lima M.F. Effects of melatonin on the ovarian response to pinealectomy or continuous light in female rats: similarity with polycystic ovary syndrome / M.F. Prata-Lima, E.C. Bacarat, M.J. Simoness // Brazil J. Med. Biol. Res. – 2004. – Vol. 37. – P. 987-995.

8. Zacharasiewicz A. Effect of inhalation times on exhaled NO / A. Zacharasiewicz, N. Wilson, C. Lex [et al.] // Pediat. Pulmonol. – 2004. – Vol. 38, № 4. – P. 335-338.

Проняєв Д.В.

кандидат медичних наук;

Марчук В.Ф.

кандидат медичних наук;

Ощурко А.П.

студент,

Буковинський державний медичний університет

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ТА ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ МАТКОВИХ ТРУБ У РАНЬОМУ ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ

Роботи деяких авторів присвячені вивченню кровопостачання, іннервації, гістопатології маткових труб, оскільки ці органи мають виключне значення для організму людини. Саме тут відбувається запліднення та просування жіночої статеві клітини в порожнину матки. Як свідчить аналіз наукової літератури, ці дослідження проведені на поодиноких плодах та досить часто носять описовий характер [1-5].

Права маткова труба у 14 плодів розміщена у черевній порожнині, у 3 – на межі порожнини великого та малого тазу. З усіх боків труба вкрита очеревиною. Загальна довжина маткової труби в середньому становить $10,6 \pm 1,6$ мм. Окремі її частини мають розміри: лійка – $2,4 \pm 0,3$ мм, ампула – $5,1 \pm 2,2$ мм, перешийок – $2,2 \pm 0,4$ мм, маткова – $0,8 \pm 0,08$ мм. Інші розміри структур маткової труби складали: ширина лійки – $1,7 \pm 0,2$ мм, товщина ампули – $1,5 \pm 0,8$ мм, товщина перешийка – $1,3 \pm 0,3$ мм. В усіх випадках брижа труби утворена 2 листками очеревини, які без чітких меж переходять в пристінкову очеревинну великого тазу. Довжина брижі становить – $4,8 \pm 0,8$ мм, ширина в середній ділянці – $1,8 \pm 0,5$ мм. В

2/3 випадків брижа маткової труби простяглася від підвішувальної зв'язки яєчника до його власної зв'язки та не приймає участі в утворенні широкої зв'язки матки. Вздовж правої маткової труби у плодів нараховано від 2 до 6 звужень, тому вона має вигляд гофрованої трубки. В основному труба S-подібної форми, розташована в горизонтальній площині, або косо. Торочки труби в більшості випадків розвинені слабо, мають вигляд горбиків, або пластинчастих відростків, які прилягають до трубного кінця яєчника або до пристінкової очеревини бічної стінки живота. Паралельно над трубою розміщений яєчник, позаду неї розміщені великий поперековий м'яз, зовнішні клубові артерії, статево-стегновий нерв, сечовід та пупкова артерія. До передньої поверхні маткової труби прилягають петлі клубової кишки.

Ліва маткова труба в усіх випадках розташована в порожнині великого тазу та вкрита очеревиною з обох боків. Загальна довжина маткової труби в середньому становить $9,8 \pm 1,8$ мм. Окремі її частини мають наступні розміри: лійка – $2,5 \pm 0,3$ мм, ампула – $4,6 \pm 1,7$ мм, перешийок – $2,3 \pm 0,2$ мм, маткова – $0,9 \pm 0,1$ мм. Інші розміри структур маткової труби складають: ширина лійки – $1,8 \pm 0,2$ мм, товщина ампули – $1,5 \pm 0,2$ мм, товщина перешийка – $1,4 \pm 0,2$ мм. Брижа лівої маткової труби утворена так само, як і брижа правої маткової труби. В половині випадків брижа маткової труби обмежена латеральною підвішувальною зв'язкою яєчника, а медіально – власною зв'язкою яєчника. В інших випадках брижа труби без чітких меж переходить в брижу матки. Довжина брижі становить – $6,5 \pm 1,2$ мм, ширина її на рівні воріт яєчника – $2,4 \pm 0,3$ мм. По ходу лівої маткової труби у плодів нараховується від 2 до 4 звужень. Як і права маткова труба, ліва має S-подібну форму, розташована в горизонтальній площині. В інших випадках маткова труба має косий напрямок, опуклістю спрямована вниз. Торочки труби в більшості випадків розвинені слабо, мають вигляд горбиків або пластинчастих відростків. Паралельно і вище від труби розміщений яєчник, позаду – зовнішні клубові судини, статево-стегновий нерв, сечовід та пупкова артерія. До передньої поверхні маткової труби прилягають петлі клубової кишки. Відстань між матковими трубами на рівні дна матки складала в середньому $2,2 \pm 0,1$ мм. В усіх випадках в ділянці дна матки відмічається заглибина.

На цій стадії внутрішньоутробного розвитку відбувається формування зв'язкового апарату внутрішніх статевих органів, а

також встановлюється їх тісний контакт із кістковими структурами тазу.

Розвиток та форма маткових труб у 4-місячних плодів зумовлені тісними корелятивними взаємовідношеннями з прилягаючими органами: яєчниками, судинами, нервами, сечоводами, а також тонкою і товстою кишками.

Список використаних джерел:

1. Войтенко С.І. Деякі міркування щодо розвитку парамезонефричних проток у зародковому та передплідному періодах онтогенезу людини / С.І. Войтенко // Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання морфогенезу». – Чернівці, 1996. – С. 72-73.
2. Козуб М.М. Розвиток і становлення мезонефричних та парамезонефричних проток в ранньому онтогенезі людини / М.М. Козуб, В.В. Кривецький // Буковинський медичний вісник. – 2001. – Т. 5, №1. – С. 88-90.
3. Мавров Г.И. Гистопатология маточных труб у больных с хламидийной инфекцией – Г.И. Мавров, Т. А. Мальцев // Журнал академії медичних наук України. – 2003. – Т. 9, № 1. – С. 185-193.
4. Хмара Т.В. До питання розвитку маткових труб людини / Т.В. Хмара, С.Г. Войтенко // Матеріали наукової конференції, присвячені 50- річчю ЧДМІ «Вчені Буковини – народній охороні здоров'я». –
5. D'Albora Hortensia, Ansesatti Gabriel, Zombide Paula, Zes Dees W., Ojeda Sergio R. Intrinsic neurons in the mammalian ovary // Microsc. Res. And Techn. – 2002. – V. 59, №6. – P. 484-489.

Столяр Д.Б.

асистент,

Буковинський державний медичний університет

БАГАТОФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КОМПОНЕНТІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

З розвитком комп'ютерної томографії (КТ) та магнітно-ядерно-резонансної томографії (МРТ) з'явилася можливість представляти зображення в числовому вигляді, без препарування «заглянути» в пошарову структуру біологічних об'єктів, об'єктивізувати розміри, відстані, діаметри та співвідношення складових компонентів об'єктів дослідження [1-4]. Тому використання новітніх методів

візуалізації набуває неабиякого значення при вивченні анатомічних препаратів [5-8]. Патологія скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) – актуальна проблема сучасної стоматології, вона посідає третє місце серед захворювань зубощелепної системи після карієсу та уражень пародонту. 28% дорослих людей страждають від дисфункції СНЩС, 30-55% людей скаржаться на певні зубощелепні порушення: аномальне положення щелеп (25%), дистальна оклюзія (5-12,1%) [7]. Складність у діагностиці пов'язана з відсутністю чіткої рентгенологічної характеристики складових елементів СНЩС, що зумовлено анатомічними особливостями будови суглоба, близьким розташуванням основи черепа, органа слуху. Для формування правильного діагнозу та вибору адекватного лікування патології СНЩС необхідно провести повний аналіз його структурних елементів [6].

Виконане дослідження з нових позицій висвітлює особливості становлення СНЩС його топографії та будови на етапах перинатального періоду розвитку, що може бути морфологічною основою для встановлення нових діагностичних критеріїв нормального розвитку СНЩС за даними новітніх малоінвазивних діагностичних методів (КТ, МРТ).

Визначити топографоанатомічні особливості скронево-нижньощелепного суглоба у плодовому та ранньому неонатальному періодах онтогенезу людини.

Дослідження виконане на 70 препаратах плодів та 15 новонароджених методами макроскопії, рентгенографії, комп'ютерної томографії, морфометрії, краніометрії, статистичного аналізу. За допомогою аналізу КТ сканів на програмно-апаратному комплексі встановлені розміри кістково-хрящових компонентів СНЩС.

При аналізі КТ-сканів спостерігалось рівномірне збільшення розмірів компонентів СНЩС протягом перинатального періоду. Інтенсивніше зростають розміри висоти щілини (відстань між суглобовими поверхнями СНЩС) на 14-му, 15-му і 27-29 тижнях внутрішньоутробного розвитку та в новонароджених. Ширина нижньощелепної ямки інтенсивніше збільшується на 15-му, 20-му, 21-му і 32 тижнях внутрішньоутробного розвитку та в новонароджених. Глибина нижньощелепної ямки збільшується рівномірно, з періодами інтенсивного збільшення на 18-му, 19-му, 21-му і 30 тижнях внутрішньоутробного розвитку, а також спостерігається подальше збільшення глибини нижньощелепної

ямки в новонароджених. За період спостереження (від 14 тижнів внутрішньоутробного розвитку до 7-ї доби) відбувається збільшення висоти щілини СНЩС в 2,1 раза, ширини нижньощелепної ямки – 1,7 раза, ширини голівки нижньої щелепи – 2,03 раза, глибини нижньощелепної ямки – в 2,25 раза.

Загалом спостерігається рівномірне збільшення щільності кістково-хрящових компонентів СНЩС. Виявлено більш інтенсивне ущільнення нижньощелепної ямки на 18-24 тижнях внутрішньоутробного розвитку (5-6 місяць) та в новонароджених. Щільність нижньощелепної ямки збільшується рівномірно, з періодами інтенсивного розвитку на 14-18 (4 та початок 5 міс.), 32-34 тижнях внутрішньоутробного розвитку та в новонароджених. Наприкінці 8-го і на початку 9-го місяців внутрішньоутробного розвитку відбувається прискорення темпів ущільнення кістково-хрящової тканини голівки нижньої щелепи порівняно із показниками щільності нижньощелепної ямки скроневої кістки. За період спостереження спостерігається збільшення щільності кістково-хрящових компонентів СНЩС, а саме щільності нижньощелепної ямки – в 1,81 раза та збільшення щільності голівки нижньої щелепи – в 1,56 раза. Для з'ясування тенденцій змін компонентів СНЩС у віковій динаміці проведено багатофакторний регресійний аналіз.

Спостерігається інтенсивне підвищення рівнів щільності компонентів СНЩС в період 8-9 місяців та у новонароджених, що відповідає періоду готовності компонентів СНЩС для виконання його природних функцій [6]. За допомогою кореляційного аналізу розмірів кістково-хрящових компонентів СНЩС та показників його щільності спостерігався сильний кореляційний зв'язок ($r \geq 0,90$) між висотою щілини (відстань між суглобовими поверхнями СНЩС) та віком ($r = 0,9425$). Встановлено середньої сили кореляційний зв'язок ($r \geq 0,70$) – між шириною голівки нижньої щелепи та віком ($r = 0,8828$), щільністю голівки нижньої щелепи та віком ($r = 0,8449$); найслабший кореляційний зв'язок – між щільністю голівки нижньої щелепи та глибиною нижньощелепної ямки скроневої кістки ($r = 0,7808$).

У плодів нижньощелепна ямка скроневої кістки плоска, її глибина протягом плодового періоду збільшується лише в 2,25 раза і в новонароджених становить $0,717 \pm 0,133$ мм. Суглобовий горбик скроневої кістки диференціюється з третього триместру внутрішньоутробного розвитку у вигляді підвищення на нижній поверхні основи її виличного відростка. Типовою формою голівки

нижньої щелепи в перинатальному періоді є дахоподібна. Ширина голівки нижньої щелепи протягом плодового періоду збільшується в розмірах в 2,03 рази і в новонароджених становить $0,454 \pm 0,0568$ см. За даними комп'ютерної томографії, щільність кістково-хрящової тканини нижньощелепної ямки скроневої кістки упродовж II-III триместрів внутрішньоутробного розвитку та у новонароджених змінюється з 299 до 818 НУ, щільність кістково-хрящової тканини голівки нижньої щелепи – від 112 до 263 НУ, що свідчить про інтенсивний розвиток компонентів скронево-нижньощелепного суглоба. Наприкінці 8-го і на початку 9-го місяців внутрішньоутробного розвитку відбувається прискорення темпів ущільнення кісткової тканини голівки нижньої щелепи порівняно показниками щільності нижньощелепної ямки скроневої кістки.

Список використаних джерел:

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика [пер. с англ.] / Гланц С. – М.: Практика, 1998. – 1998. – 459 с.
2. Особенности топографии нижнечелюстного сустава по данным компьютерной томографии / М.А. Чибисова, И.А. Гаськов, Р.А. Фадеев [и др.] // Институт стоматологии – 2008. – № 4 – С. 102-104.
3. Accuracy and precision of a method to study kinematics of the temporomandibular joint: combination of motion data and CT Imaging / Evre Baltali, Kristin D. Zhao, Matthew F. Koff [et al.] // Biomech. – 2008. – Vol.41, part. 11. – P. 2581-2584.
4. Analysis of magnetic resonance images of disk positions and deformities in 1,265 patients with temporomandibular disorders. / Yong-Suk Choi, Jun-ichi Asaumi, Miki Hisatomi [et al.] // The Open Dentistry J. – 2009. – Vol. 3. – P. 1-20.
5. Computerized three-dimensional magnetic resonance imaging reconstructions of temporomandibular joints for both a model and patients with temporomandibular pain dysfunction. / S.A. Chu, K.J. Skultety, T.I. Suvinen, [et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 1995. – Vol. 80. – P. 604-611.
6. Development of the Human Temporomandibular Joint / J.R.Merida-Velaso, J.F.Rodriguez-Vasquez, J.A.Merida-Velaso [et al.] // The Anat. Record. – 1999. – Vol. 255. – P. 20-33.
7. Jones Kenneth Lyons. Oculo-Auriculo-Vertebral Spectrum. In Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation / Jones Kenneth Lyons. – Philadelphia: W.B. Sanders, 1997. – 703 p.
8. Magnetic resonance imaging findings in asymptomatic volunteers and symptomatic patients with temporomandibular disorders. / R.H. Tallents, R.W. Katzberg, W. Murphy, H. Proskin // J. Prosthet. Dent. – 1996. – Vol. 75. – P. 529-533.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ХІМІЯ ТА ФАРМАКОГНОЗІЯ

Конон А.Д., Софілканич А.П.

аспіранти;

Покора Х.А.

студентка;

Пирог Т.П.

доктор біологічних наук, професор,

Національний університет харчових технологій

АНТИМІКРОБНІ ТА АНТИАДГЕЗИВНІ ВЛАСТИВОСТІ ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНИХ РЕЧОВИН ACINETOBACTER CALCOACETICUS IMB B-7241 ТА RHODOCOCCLUS ERYTHROPOLIS IMB AC-5017

Завдяки амфіфільній будові молекул мікробним поверхнево-активним речовинам (ПАР) притаманні різноманітні властивості, що зумовили їхнє використання у нафто- та гірничодобувній, хімічній, харчовій промисловості, сільському господарстві, а також у природоохоронних технологіях для очищення довкілля [1, с. 427–444; 2, с. 99–121]. Іншим перспективним напрямом практичного застосування мікробних ПАР є медицина. На сьогодні цей напрям лише починає розвиватися, але вже є певні позитивні результати, що дають змогу розглядати ПАР мікробного походження як альтернативу синтетичним лікарським засобам. Завдяки антимікробним, антивірусним і антиадгезивним властивостям мікробні ПАР можуть бути використані як безпечні та ефективні терапевтичні засоби [3, с. 1597–1599; 4, с. 610].

У попередніх дослідженнях із забруднених нафтою зразків ґрунту виділено нафтоокиснювальні бактерії, ідентифіковані як *Acinetobacter calcoaceticus* IMB B-7241 і *Rhodococcus erythropolis* IMB Ac-5017 і встановлено здатність цих штамів синтезувати метаболіти з поверхнево-активними і емульгувальними властивостями під час росту на різних гідрофобних і гідрофільних субстратах [5, с. 544; 6, с. 304]. За хімічною природою ПАР *R. erythropolis* IMB Ac-5017 є комплексом гліко-, фосфо- і нейтральних ліпідів [5, с. 548], а ПАР *A. calcoaceticus* IMB B-7241 – комплексом

гліко-, аміно- та нейтральних ліпідів [6, с. 309]. Гліколіпіди обох штамів представлені трегалозоміколатами.

Мета даної роботи – дослідження антимікробних та антиагезивних властивостей поверхнево-активних речовин *R. erythropolis* ІМВ Ас-5017 і *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241.

Як препарати поверхнево-активних речовин штамів ІМВ Ас-5017 і ІМВ В-7241 використовували стерильні супернатанти культуральної рідини. Для одержання супернатанту постферментаційну культуральну рідину центрифугували упродовж 15 хв (5000 g) для осадження біомаси, надосадову рідину зливали і піддавали автоклавуванню при 112 °С (30 хв).

На першому етапі досліджували антимікробну дію препаратів ПАР *R. erythropolis* ІМВ Ас-5017 і *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241 на добові культури *B. subtilis* БТ-2 і *E. coli* ІЕМ-1. У табл. 1 наведено залежність виживання клітин *B. subtilis* БТ-2 від концентрації ПАР у досліджуваних препаратах та тривалості експозиції. За концентрації ПАР 0,98 мг/мл у препараті *R. erythropolis* ІМВ Ас-5017 спостерігали загибель майже 98 % клітин *B. subtilis* БТ-2 уже через годину експозиції. За нижчої (0,61 мг/мл) концентрації ПАР у препараті виживання клітин становило 53–55 % незалежно від тривалості експозиції.

Таблиця 1

**Порівняння антибактеріальної дії препаратів ПАР
R. erythropolis ЕК-1 і *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241
щодо тест-культури *B. subtilis* БТ-2**

Продуцент ПАР	Концентрація ПАР у препаратах, мг/мл	Вживання (%) через	
		1 год	2 год
<i>R. erythropolis</i> ІМВ Ас-5017	0,61	55,0±2,7	53,0±2,6
	0,98	1,95±0,1	1,8±0,09
<i>A. calcoaceticus</i> ІМВ В-7241	0,15	1,4±0,07	0,52±0,03
	0,22	0	0

П р и м і т к а. Кількість клітин *B. subtilis* БТ-2 (добова культура) до внесення препаратів ПАР становила $4 \cdot 10^6$ КУО/мл. Кількість клітин у контрольних (не оброблених препаратами ПАР) варіантах не змінювалася упродовж 2 год експозиції.

Препарати ПАР *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241 виявилися ефективнішими порівняно з препаратами *R. erythropolis* ІМВ Ас-5017. Так, за невисокої (0,15 мг/мл) концентрації ПАР у препараті штаму ІМВ В-7241 кількість клітин тест-культури уже через годину зменшилася більш ніж на 98 %. За вищої (0,22 мг/мл) концентрації ПАР у препараті спостерігали 100 % загибель клітин *B. subtilis* БТ-2.

Відомо, що антимікробний вплив ПАР залежить від фізіологічного стану тест-культури. На прикладі *B. subtilis* БТ-2 нами було показано ефективність дії препаратів ПАР *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241 як проти вегетативних (зниження виживання клітин на 47 % через 2 год експозиції), так і спорових клітин, причому антимікробна дія препарату на спори виявилася сильнішою (на 75 % через 2 год).

Наступні експерименти показали, що препарати ПАР *R. erythropolis* ІМВ Ас-5017 (0,98–1,44 мг/мл), на відміну від препаратів штаму ІМВ В-7241, не проявляли антимікробної активності щодо *E. coli* ІЕМ-1. За концентрації ПАР 0,22 мг/мл у препараті *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241 кількість живих клітин *E. coli* ІЕМ-1 знижувалася на 67 %.

Ми припускаємо, що різна антибактеріальна дія препаратів ПАР *R. erythropolis* ІМВ Ас-5017 і *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241 зумовлена відмінностями у їхньому хімічному складі. Зазначимо, що препарати ПАР *R. erythropolis* ІМВ Ас-5017 за своєю дією схожі на поверхнево-активну речовину N1, яка була ефективна лише проти грам-позитивних бактерій [7, с. 144], а препарати *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241 – на ліпопептид *B. circulans* [8, с. 1678], який краще діяв на різні види роду *Bacillus*, ніж на *E. coli*.

На другому етапі досліджували дію препаратів ПАР на еукаріотичні клітини. Встановлено, що кількість клітин *Candida tropicalis* ПБТ-5 за присутності ПАР *R. erythropolis* ІМВ Ас-5017 знижувалася на 80 % із підвищенням концентрації ПАР до 1,44 мг/мл і тривалості обробки до 2 год. Виживання клітин *Candida albicans* Д-6 за обробки ПАР *R. erythropolis* ІМВ АС-5017 (0,92 і 1,44 мг/мл) становило 26–33 і 44–47 % відповідно. Аналогічно, за присутності ПАР *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241 кількість живих клітин *C. albicans* Д-6 збільшувалася від 71 % до 89 % з підвищенням концентрації ПАР від 0,15 мг/мл до 0,22 мг/мл.

З літератури відомо, що мікробні поверхнево-активні речовини здатні синергічно посилювати дію антибіотиків на патогенні дріжджі [3, с. 1598]. Разом з тим досить цікавими антимікробними

агентами можуть бути ефірні олії, які вже широко використовуються для боротьби із патогенами. Наші дослідження показали, що ПАР *R. erythropolis* IMB Ac-5017 посилювали антимікробну дію олії чайного дерева на певні мікроорганізми (*C. albicans* Д-6, *Aspergillus. niger* Р-3, *Staphylococcus aureus* БМС-1) завдяки власним як антимікробним, так і емульгувальним властивостям. Встановлено, що за одночасного внесення у суспензію досліджуваних тест-культур (10^4 – 10^5 клітин/мл) емульсії на основі олії чайного дерева (12,5 мкл/мл) і ПАР (0,43 мг/мл) кількість живих клітин через 15 хв експозиції була на 0,7–66 % нижчою, ніж у разі обробки суспензії мікроорганізмів препаратами олії без поверхнево-активних речовин.

На наступному етапі наші дослідження були спрямовані на виявлення антиадгезивних властивостей ПАР *A. calcoaceticus* IMB В-7241 щодо добових культур *B. subtilis* БТ-2 та *E. coli* ІЕМ-1 (табл. 2).

Таблиця 2

**Вплив препаратів ПАР *A. calcoaceticus* IMB В-7241
на адгезію клітин бактерій на деякі матеріали**

Тест-культура	Адгезія клітин (%), на			
	лінолеум	сталь	пластик	кафель
<i>B. subtilis</i> БТ-2	17,6±0,9	—	*	58,7±2,9
<i>E. coli</i> ІЕМ-1	*	59±2,9	85±4,2	86±4,3

Примітка. Тут і у табл. 3: концентрація ПАР у препараті– 0,28 мг/мл. «—» – не спостерігалось адгезії на даний матеріал; «*» – виявлено стимуляцію адгезії на даний матеріал. Кількість клітин у контрольному зразку приймали за 100 %.

Як видно із даних, наведених у табл. 2, досліджувані препарати ПАР спричиняли зниження кількості прикріплених клітин *B. subtilis* БТ-2 на лінолеумі та кафелі на 82,4 % і 41,3 % відповідно. Водночас спостерігалось збільшення чисельності прикріплених клітин *B. subtilis* БТ-2 на пластикову поверхню і не відбувалось адгезії на нержавіючу сталь. Для штаму *E. coli* ІЕМ-1 характерним було зниження адгезії на сталеві пластинки на 41 %, на пластик – на 15 % і на кафель – на 14 % під впливом препаратів ПАР, проте спостерігалось зростання кількості прикріплених клітин *E. coli* ІЕМ-1 на лінолеум. Процеси прикріплення обох досліджуваних бактерій до різних поверхонь суттєво відрізнялися між собою. Наприклад, грамнегативні клітини *E. coli* ІЕМ-1 адгезувалися на сталь, на яку

грампозитивні клітини *B. subtilis* БТ-2 не прикріплювалася. Кількість адгезованих на пластикових пластинках клітин *E. coli* ІЕМ-1 зменшувалася на 15 %, а прикріплення *B. subtilis* БТ-2 навпаки, стимулювалося за присутності препаратів ПАР *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241. Відмінності у процесах адгезії грампозитивних і грамнегативних тест-культур на різні матеріали, оброблені препаратами ПАР, можуть бути зумовлені різним хімічним складом поверхневих структур клітинних стінок цих бактерій.

Встановлено, що, як і антимікрона, антиадгезивна активність ПАР *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241 залежала від фізіологічного стану тест-культури *B. subtilis* БТ-2 (табл. 3).

Таблиця 3

Залежність кількості прикріплених до деяких матеріалів клітин *B. subtilis* БТ-2 від фізіологічного стану культури за присутності препаратів ПАР *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241

Вік тест-культури, год	Адгезія клітин (%), на			
	лінолеум	сталь	пластик	кафель
15	20,8±1,0	—	*	61,3±3,1
72	14,2±0,7	—	*	54,2±2,7

Результати, наведені у табл. 2, свідчать про те, що препарати ПАР *A. calcoaceticus* ІМВ В-7241 у концентрації 0,28 мг/мл спричиняли зниження числа прикріплених клітин *B. subtilis* БТ-2 різного фізіологічного стану, на лінолеумі та кафелі, причому показники прикріплення знижувалися зі зростанням віку клітин, тобто 72-х година культура адгезувалася гірше, ніж 15-ти годинна (14,2 % на лінолеумі, 54,2 % на кафелі).

Аналогічно, як і для добової культури *B. subtilis* БТ-2 (табл. 2), для спор характерним було збільшення адгезії клітин на пластикову поверхню і не відбувалося прикріплення на пластинки сталі. Таке явище для клітин різного фізіологічного стану може пояснюватися реакціями клітин на стресові дії, а також особливостями взаємодії матеріалів із поверхневими структурами клітин.

Таким чином, результати даної роботи свідчать про перспективність використання мікробних поверхнево-активних речовин як антимікробних і антиадгезивних агентів.

Список використаних джерел:

1. Banat I.M., Franzetti A., Gandolfi I., Bestetti G., Martinotti M.G., Fracchia L., Smyth T.J., Marchant R. Microbial biosurfactants production, application and future potential // Appl. Microbiol. Biotechnol. – 2010. – Vol. 87, № 2. – P. 427–444.
2. Singh A., Van Hamme J.D., Ward O.P. Surfactants in microbiology and biotechnology. Part 2. Applications aspects // Biotechnol. Adv. – 2007. – Vol. 25, № 1. – P. 99–121.
3. Mimee B., Labbe C., Pelletier R., Belanger R. R. Antifungal activity of flocculosin, a novel glycolipid isolated from *Pseudozyma flocculosa* // Antimicrob. Agents Chemother. – 2005. – Vol. 49, № 4. – P. 1597–1599.
4. Rodrigues L., Banat I.M., Teixeira J., Oliveira R. Biosurfactants: potential applications in medicine // J. Antimicrob. Chemother. – 2006. – Vol. 57, № 4. – P. 609–618.
5. Пирог Т.П., Шевчук Т.А., Волошина И.Н., Карпенко Е.И. Образование поверхностно-активных веществ при росте штамма *Rhodococcus erythropolis* ЭК-1 на гидрофильных и гидрофобных субстратах // Прикладная биохимия и микробиология. – 2004. – Т. 40, № 5. – С. 544–550.
6. Пирог Т.П., Антонюк С.И., Карпенко Е.В., Шевчук Т.А. Влияние условий культивирования штамма *Acinetobacter calcoaceticus* К-4 на синтез поверхностно-активных веществ // Прикладная биохимия и микробиология. – 2009. – Т. 45, № 3. – С. 304–310.
7. Singh P., Cameotra S. Potential applications of microbial surfactants in biomedical sciences // Trends in Biotechnol. – 2004. – Vol. 22, № 3. – P. 142–146.
8. Das P., Mukherjee S., Sen R. Antimicrobial potential of a lipopeptide biosurfactant derived from a marine *Bacillus circulans* // J. Appl. Microbiol. – 2008. – Vol. 104, № 6. – P. 1675–1684.

Паламар А.О., Богдан Н.С., Ткачук О.Ю.

асистенти кафедри фармації,

Буковинський державний медичний університет

МІСЦЕ АПІТЕРАПІЇ У СУЧАСНІЙ МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Одним з основних недоліків використання синтетичних лікарських препаратів є наявність небажаних, часто ще невідомих побічних ефектів. Тому сьогодні, все більше уваги приділяється природним методам лікування. Прикладом цього є лікування захворювань людини бджолами та їх продуктами, що формує цілий напрям медицини – апітерапію.[1] Інтерес до якої зумовлений з одного боку великим вмістом біологічно активних речовин, що

виробляються бджолами, які володіють високою фармакологічною активністю. Продукти бджільництва є одними з найбільш поширених природних лікувальних та профілактичних засобів. Перевагою цих засобів лікування є відсутність токсичного впливу на організм, легкість отримання, загальна доступність та простота у використанні.

Апітерапія включає не тільки лікування укусами бджіл, а й застосування інших продуктів бджільництва, зокрема, маточного молочка, прополісу, меду, пилку бджолиного обніжжя та воску. Створено величезну кількість препаратів і лікарських форм на основі цих продуктів, що дає змогу застосовувати їх, як ефективні засоби для лікування атеросклерозу, бронхіту, пневмонії, туберкульозу, дисбактеріозу, міокардіодистрофії та оторалінгологічних захворювань [2, с.57].

Бджолиний мед може бути використаний в якості лікувального та дієтичного засобу при шлунково-кишкових захворювань, що супроводжуються підвищенням кислотності (гастрит, виразкова хвороба) у складі комплексної терапії. При цьому, мед нормалізує кислотність, виділення шлункового соку, зменшує біль, печію, покращує його загальний стан і знижує збудливість нервової системи.

Мед, як і маточне молочко є адаптогеном, який підвищує загальну стійкість організму до дії будь-яких шкідливих факторів довкілля, в тому числі до бактеріальної і вірусної інфекції, стимулюючи загальний і місцевий імунітет слизових оболонок та фагоцитарну активність лейкоцитів. Тому люди, які регулярно споживають натуральний бджолиний мед, більш стійкі до вірусних інфекцій.[3, с.35]

Прополіс проявляє болетамуючі, антисептичні, антимікробні та протигрибкові властивості, регенерує кісткову, хрящову тканину та заживляє рани, прискорює обмін речовин на рівні клітин та підвищує резистентність організму до дії несприятливих факторів зовнішнього середовища. Тому, перспективним є застосування прополісу у лікуванні пролежнів, опіків, виразок, важкозагоєваних ран, хронічних захворювань горла, шлунково-кишкового тракту та у вигляді свічок в гінекологічній практиці та для лікування геморою. Застосування прополісу разом з антибіотиками значно підвищує ефективність їх дії. Доведено ефективність застосування прополісу у людей похилого віку для покращання пам'яті. Лікування виразки

прополісом сприяє повному зникненню нудоти, періодичних болів, нормалізує кислотність шлункового соку.[4, с.100-150.]

Маточне молочко володіє загальнозміцнювальним впливом на організм, залози внутрішньої секреції, особливо на статеві, тому його рекомендують приймати у клімактеричний період, при імпотенції, психічній депресії, неврастенії, підвищеній втомлюваності, а також людям, які живуть на радіаційно-забруднених територіях. Клінічні дослідження підтверджують ефективність при лікуванні атеросклерозу, цукрового діабету, ішемічної хвороби серця і бронхіальної астми. Маточне молочко рекомендують дітям, в яких поганий апетит чи відстають у фізичному та розумовому розвитку. [5, с.19-62.]

Бджоловжалення поліпшують загальний стан організму, підвищують стійкість до радіації, поліпшують показники крові. Експериментально доведено позитивний вплив бджолиної отрути при лікуванні радикуліту, невриту, тромбофлебіту.

Бджолиний віск використовують у фармацевтичній галузі для виготовлення основ для мазей.

Пилок бджолиного обніжжя має антибактеріальні та поживні властивості, тому рекомендується при лікуванні захворювань шлунково-кишкового тракту, нервової системи, анемії, гіпертонічної хвороби, втоми, зниженого апетиту та при фізичному виснаженні організму. Окрім цього, пилок застосовують у геріатричній практиці, при псоріазі, погіршенні зору та для попередження розвитку аденоми простати.[6, с.112]

Отже, здійснюється активна наукова діяльність за різними напрямками апітерапії, продовжується клінічне випробування нових методів у багатьох клініках і науково-дослідних центрах, що є підтвердженням перспективності розвитку апітерапії.

Список використаних джерел:

1. Апітерапія: досягнення та перспективи розвитку: Матеріали ІІІ з'їзду апітерапевтів України, 28-30 верес. 2006 р., м. Харків /О.С. Шпичак, Г.Б. Ходарченко (упоряд.); В.П. Черних та ін. (редкол.); – Х.: Вид-во «Золоті сторінки», 2006. – 448 с.
2. Лекарственные препараты из продуктов пчеловодства: Информация для врача. – Донецк : БАО, 2006. – 384 с.
3. Мед та бджолине обніжжя/ Н. Б. Шанченко (уклад.); О. Б. Щербина (ред.). – Черкаси : Брама-Україна, 2005. – 95 с.
4. Алексеев В.Н.,Цельминыш Премениение продуктов пчеловодства // Продукты пчеловодства и апитерапия. - Вильнюс, 2000. – С. 100-150.

5. Гринь О. Народний лікарський порадник № 15 – С. 19-62

6. Пилок квітковий (бджолина обніжка) в клінічній та експериментальній медицині/ О. І. Волошин, О. В. Пішак, І. Ф. Мешишен ; Буков. держ. мед. акад. – Чернівці, 1998. – 191 с.

Шлюсар О.І.

асистент,

Буковинський державний медичний університет

Блажесівський М.Є.

доктор хімічних наук, професор,

Національний фармацевтичний університет

ВОЛЬТАМПЕРОМЕТРИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ЕТАПЕРАЗИНУ У БІОЛОГІЧНИХ РІДИНАХ ОРГАНІЗМУ У ВИГЛЯДІ ДЕРИВАТУ – ЙОГО S –ОКСИДУ

Одним із завдань медицини в аспекті лікування хронічного алкоголізму є розвиток не лише негативного рефлексу на алкоголь, але й усунення поліневрозів та психічного компоненту – похмільного синдрому. Можливо це здійснити лише шляхом контролю за прийманням та динамікою нагромадження препаратів [2, с. 768-772], які володіють транквілізуючою та нейрорепаративною дією, до яких належить етаперазин. Цей препарат застосовується для лікування хронічного алкоголізму як засіб, котрий нормалізує соматичний стан хворих [4, с. 1200, 6, с. 2781].

Для дослідження динаміки нагромадження та елімінування етаперазину в біологічних рідинах хворих хронічним алкоголізмом нами був опрацьований метод дериватизаційної вольтамперометрії [1, с. 61-65]. Він заснований на здатності етаперазину легко окиснюватися калій гідрогенпероксомоносульфатом у відповідний сульфоксид за 0,5 хв. Разом з тим, новоутворений сульфоксид етаперазину, здатний легко відновлюватися під час електролізу на стаціонарному ртутному електроді, утворюючи криву залежності сили струму від прикладеної напруги (вольтамперограму, $E = -0,70$ В щодо нас. хлоридосрібного електроду (НХСЕ) [3, с. 40-45]. Встановлено, що вольтамперограми відновлення надлишку окисника та новоутвореного сульфоксиду достатньо уособлені, щоб вибірково здійснювати аналітичне визначення етаперазину у вигляді електрохімічно активного деривату – відповідного сульфоксиду в

присутності залишку калій гідрогенпероксомоносульфату. Варто зауважити, що сульфоксид етаперазину є головним метаболітом препарату, а отже, якщо він був присутнім у розчині на початку випробувань, то додатково також може бути визначений вольтамперометрично у сліпому (без додавання окисника для дериватизації етаперазину) досліді [1, с.61-65]. Для одержання вольтамперометричних кривих залежності сили струму від наруги (потенціалу) необхідно, щоб фоновий розчин був електропровідним та водночас індиферентним. Склад фонового розчину: $c(\text{ДМФА})=1\cdot 10^{-2}$ моль/л, $c(\text{K}_2\text{SO}_4)=4\cdot 10^{-4}$ моль/л $c(\text{H}_2\text{SO}_4)=1\cdot 10^{-2}$ моль/л, де ДМФА – органічний розчинник диметилформамід. Для добування сульфоксиду, як окисник, використовували препарат Оксон[™], активно-діючою речовиною якого є калій гідрогенпероксомоносульфат, KHSO_5 [7, с. 1149-1153]. Вольтамперометричні вимірювання здійснювали за допомогою спеціалізованого полярографу типу ПЛС, використовуючи триелектродну систему у зміннострумовому варіанті з прямокутною формою поляризуючої напруги та режимом полярографування «Однокрапельний». Індикаторним електродом був стаціонарний ртутний електрод клапанного типу. До 2,0 мл сечі додавали 10 крапель 1 моль/л розчину натрій гідроксиду, екстрагували 3×5 мл гексану (1,5% ізобутанолу). 5 хв центрифугували, гексанову фазу змішували з 5 мл 0,05 моль/л H_2SO_4 . До однієї частини випробуваного водного розчину додавали розчин калій гідрогенпероксомоносульфату, перемішували 0,5 хв і реєстрували вольтамперограму на ртутному електроді на ділянці від $-0,4$ до $-0,9$ В (стосовно НХСЕ). Аналогічно виконували дослід з іншою частиною випробуваного водного розчину з відомою добавкою стандартного взірця етаперазину.

Вміст препарату розраховували за висотами піків [5, с. 147-154]. Повторюваність сигналу (висоти піків струму відновлення етаперазину з потенціалом $-0,73$ В) при випробуванні характеризувалася значенням $RSD = 0,03$ ($n=7$; $P=0,95$). Крім того, наявність інших можливих екстрактивних речовин не чинила помітного впливу на результати, що свідчить про достатньо високу вибірковість запропонованого аналітичного способу.

Список використаних джерел:

1. Блажеєвський М.Є. Непряме полярографічне визначення похідних фенотіазину у вигляді S-оксидів, одержаних за посередництвом

пероксикарбоновых кислот / М.Є. Блажеєвський // Журн. орган. та фармац. хімії. – 2005. – Т. 3, вип. 2(10). – С. 61-65.

2. Гайдук О.В. Новая каталитическая реакция для определения производных фенотиазина / О.В. Гайдук, Р.П. Панталер, А.Б. Бланк // Ж. аналит. химии. – 2004. – 59, № 7. – С. 768-772.

3. Кулапина Е.Г. Применение ионоселективных электродов для определения лекарственных препаратов (Обзор) / Е.Г. Кулапина, О.В. Барина // Химико-фармац. журнал. – 1997. Т. 31, № 12. – С. 40-45.

4. Машковский М.Д. Лекарственные средства: Пособие для врачей / М.Д. Машковский. – 15-е изд. Перераб., испр. и доп. – М.: Новая волна, 2005. – 1200 с.

5. Belal F. / Differential-Pulse Polarographic Determination of Some N-Substituted Phenothiazine Derivatives in Dosage Forms and Urine Through Treatment with Nitrous Acid / F. Belal, S.M. El-Ashry, I. M. Shehata, M. A. El-Sherbery, D.T. El-Sherbery // Microchimica Acta. – 2000. –V. 135, № 3/4. – P. 147-154.

6. European Pharmacopea. – 5th ed. – Strasbourg: European department for the Quality of Medicines, 2005. – 2781 p.

7. Puzanowska-Tarasiewicz H. Efficient oxidizing agents for determination of 2,10-disubstituted phenothiazines / H. Puzanowska-Tarasiewicz, L. Kuźmicka, J. Karpińska, K. Mielech-Lukasiewicz //Anal. Sci. – 2005. – Vol. 21, № 10. – P. 1149-1153.

ІСТОРІЯ ФАРМАЦІЇ

Дудка П.Ф.

професор;

Тарченко І.П., Бодарецька О.І., Добрянський Д.В.

асистенти,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

РОЛЬ ПРОФЕСОРА А.П. ПЕЛЕЩУКА В ФОРМУВАННІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ШКОЛИ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ФАКУЛЬТЕТІ

Видатний київський терапевт, Заслужений діяч науки України, професор Анатолій Петрович Пелешук – яскраве втілення якостей лікаря-гуманіста. Він лауреат премії ім. М.Д. Стражеска і Ф.Г. Яновського НАН України, славний продовжувач традицій терапевтичної школи в Україні. 16 липня нинішнього року виповнюється 100 років від його дня народження.

Інформацію про те, що майбутній професор А.П. Пелешук працював на кафедрі в перші роки її створення ми отримали з архівних документів нашої кафедри. Запис дуже короткий тільки прізвище і вказівка – «працює за сумісництвом». Яким було приємним наше здивування, коли в описі документів Державного архіву м. Києва серед списків співробітників стоматологічного інституту ми знайшли знайоме прізвище – Пелешук А.П. [1]. Надзвичайно зворушливо було вчитуватися в матеріали особистої справи патріарха терапевтичної школи в Україні.

Рукою майбутнього нашого завідувача кафедри обережно написана автобіографія, відмічено навчання в трудовій і торгівельно-промисловій школі, Робітфаку, медичному інституті. Воюючи на південному фронті Анатолій Петрович разом з полком кавалерійської дивізії (він служив начальником пересувного полкового медичного санітарного батальйону №123) потрапив у оточення. Це сталося в м. Дніпродзержинську. Далі перебування в німецькому таборі №348, що знаходився в м. Дніпропетровську. В 1942 р. йому допомогли втекти з полону, і влітку він був вже дома, в Києві.

Почалася активна робота лікаря і науковця. Як свідчать дані автобіографії вченого на нашу кафедру Анатолій Петрович прийшов працювати, маючи тривалий і вагомий досвід молодого вченого: успішне навчання в аспірантурі в факультетській терапевтичній клініці 2-го Київського медичного інституту під керівництвом проф. В.М. Іванова, написана дисертація на тему «Окислительно-восстановительные процессы при раке внутренних органов», яку захистив в 1944р.

До речі, в 1939р. після закінчення аспірантури він був зарахований на посаду асистента кафедри госпітальної терапії 2-го КМІ, а в 1940р. рада професорів 2-го КМІ присвоїла А.П. Пелешуку вчене звання асистента. На цій посаді він працював до 01.07.1941р.

Отже – весною 1946р. А.П. Пелешук залишає кафедру терапії стоматологічного інституту і повертається до неї в 1962р., за 16 років, на цей раз – завідувачем. Клінічною базою кафедри стає лікарня для працівників водного транспорту.

На базі кафедри функціонували три терапевтичні відділення на 160 ліжок. Клініка займала три поверхи нового корпусу. Лекції читалися в аудиторії, яка дозволяла систематично демонструвати хворих, проводити повний клінічний аналіз, включаючи питання генетики. Удосконалення навчального процесу здійснювалося шляхом використання на лекціях нового апарата «Епідіаскопа», таблиць, діапозитивів, програвача з демонстрацією різних звукових феноменів, результатів інструментальних методів дослідження (фонокардіографії, електрокардіографії, рентгенографії), а також нових біохімічних показників, які впроваджувалися в лікувальну практику внаслідок наукових випробувань співробітників кафедри та відділу терапевтичної нефрології щойно створеного Інституту нефрології.

Для ведення практичних занять широко використовувалася лабораторія Інституту нефрології. Для студентів 4-го курсу разом з Інститутом нефрології читалися комплексні лекції з проблем патології нирок, а на 5-му курсі – лекція, присвячена гострій нирковій недостатності.

Як свідчать дані архіву кафедри, у 1968 – 1970 роках на кафедрі працювали викладачі: Т.Д. Нікула, Н.Я. Фурсова, В.Н. Вальчук, К.М. Ревенок, Т.О. Белицька, Л.А. Пиріг, В.Б. Подобедов, В.Я. Персицький, Т.Ф. Подвальнюкова, Н.Я. Мельман, Ф.М. Едельман, Ф.М. Бялик та інші – відомі в майбутньому лікарі, вчені, педагоги.

У 1962 р. А.П. Пелешук захистив докторську дисертацію на тему «Влияние сна на секреторную и моторную функцию желудка», а в 1964р. отримав звання професора.

Тематика наукових досліджень кафедри в цей період була надзвичайно різноманітною, але основним напрямком наукових досліджень співробітників кафедри було «Фізіологія і патологія органів травлення». Досліджувалися проблеми ревматизму, інфекційного неспецифічного поліартриту, гіпертонічної хвороби, виразкової хвороби, хронічних гепатитів, захворювань жовчних шляхів.

В клініці проводилися клінічні дослідження лікарських препаратів, що використовувалися для лікування шлунково-кишкового тракту та печінки: галідору, сирепару, вітаміну В15, кокарбоксилази. Вивчався вплив мінералокортикоїдів, преднізолону, АКТГ на шлункову секрецію, лікування сном виразкової хвороби і навіть використання чаю, кави та какао в дієтичному харчуванні хворих на патологію шлунка.

Кафедра працювала в співдружності з клінічними кафедрами стоматологічного факультету. Наприклад, у 1960р. проф. А.П. Пелешук разом з проф. Ю.Й. Бернацьким був науковим керівником дисертації на здобуття вченого ступеня к.м.н. А.Р. Скрабенчук «Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы в связи с операциями в челюстно-лицевой области».

Проводилися дослідження разом з кафедрою терапевтичної стоматології, результатом цієї співпраці були наукові статті, надруковані в 1964р (журнал «Врачебное дело») доцентами А.К. Шейна та Е.С. Яворською: «Изменения в ротовой полости при заболеваниях печени» та «Глоссодиния при заболеваниях желудочно-кишечного тракта».

Активно працювала молодь. Широко впроваджувалися в практику лабораторій лікувальних закладів таблиці, складені аспірантом кафедри Ф.Г. Корабейніковим, які давали можливість швидко і точно розраховувати дебіт-час вільної соляної кислоти при дослідженні шлункової секреції. В подальшому клінічний ординатор кафедри В.М. Кудрін доповнив ці таблиці розрахунками кислого та лужного компонентів шлункового соку. Обидва дослідника отримали авторські свідоцтва на винахід.

Співробітники кафедри виступали на республіканських конференціях, всесоюзних симпозіумах, з'їздах з доповідями, які

були присвячені проблемам фізіології і патології органів травлення, питанням курортології.

Наприклад, у 1968р. проф. А.П. Пелешук зробив доповідь на республіканській конференції з проблем патофізіології системи травлення. На всесоюзному симпозіумі, присвяченому шлунковій секреції в м. Таллінні виступили з доповідями проф. А.П. Пелешук, аспірант В.Б. Подобедов. Влітку 1968р. проф. А.П. Пелешук доповідав на 16 з'їзді терапевтів та на Міжнародному конгресі гастроентерологів у Празі.

З 1962 до 1971 р. виконано понад 105 наукових робіт, більшість яких були надруковані в різних авторитетних на той час журналах: «Терапевтический архив», «Врачебное дело», «Урология и нефрология», «Клиническая медицина», «Лабораторное дело».

Виконано і захищено 4 кандидатські дисертації (В.Н. Вальчук, В.Н. Гуменная, Г.А. Белицька, К.М. Ревенок).

Виданий монотематичний збірник «Курортное лечение больных с заболеваниями печени» (відповідальний редактор професор А.П. Пелешук).

На початку 1970-х років матеріали наукових публікацій кафедри читали і цитували не тільки в СРСР, але і в зарубіжних країнах (Франції, Німеччині, Ізраїлі тощо).

На базі Київської клінічної лікарні для обслуговування працівників водного транспорту здійснювалася велика лікувально-консультативна робота. Продовжуючи кращі традиції свого вчителя – В.М. Іванова, А.П. Пелешук піклувався про створення спокійної творчої атмосфери в клініці, нерозривних зв'язків між кафедрою та клінічною базою. Ніколи протиріч між цими структурами не було.

Проф. А.П. Пелешук піклувався про молодь, активно підтримував роботу наукового студентського гуртка. Керувати роботою наукового студентського гуртка було доручено молодому асистенту Т.Д. Нікулі. Немало часу він витрачав на роботу з гуртківцями, проводив вечірні обходи хворих, обговорював результати студентських наукових досліджень.

За свідченнями учнів проф. А.П. Пелешука на кафедрі панувала атмосфера духовності, культури. Анатолій Петрович на ділі продовжив втілювати в життя набуття знаменитого Феофіла Гавриловича Яновського – «Не відмовити в допомозі жодному хворому». Саме так жив і працював професор А.П. Пелешук.

Отож, кафедра терапії стоматологічного факультету за часів керівництва професора А.П. Пелешука – яскрава сторінка в історії,

період формування достойної авторитетної наукової школи для підготовки майбутніх лікарів на стоматологічному факультеті Національного університету імені О.О. Богомольця.

Список використаних джерел:

1. Особиста справа А.П. Пелешука. Державний архів Києва. Ф.Р-859, оп. 7, спр. 142, арк 1-8.
2. А.С. Свінціцький, М.І. Дземан / Національний медичний університет імені О.О. Богомольця // <http://www.mif-ua.com/archive/issue-5470/article-5648/http>
3. Сторінки життя та діяльності Анатолія Петровича Пелешука / Журнал «Внутренняя медицина» // №4(10) – 2008.
4. Исаак Трахтенберг Оптимистические диалоги с врачами / 28 апреля 2006 ,// http://gazeta.zn.ua/HEALTH/optimisticheskie_dialogi_s_vrachami.html.
5. Матвієнко В. / Линия жизни. <http://therapia.ua/therapia/2010/04/liniya-zhizni-liniya-vnimaniya-k-patsientu>.
6. Юрий Григорьев, Леонид Виницкий. / Три гиганта киевской терапии <http://m-l.com.ua/?aid=33>

ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Васкес Абанто А.Э.

студентка,

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Васкес Абанто Х.Э.

кандидат медицинских наук,

*Отделение неотложной медицинской помощи центральной
районной поликлиники Оболонского района г. Киева*

К МЕЖДУНАРОДНОМУ ДНЮ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА (10.12.2013) – ПРАВА МЕДИКА

Сегодня ни для кого не секрет, какому давлению подвергаются работники практического здравоохранения в Украине, особенно те, кто оказывает помощь на уровне первого звена – медики скорой помощи или медицины неотложных состояний [1, с. 25].

Ежемесячно в средствах массовой информации (СМИ) появляются новости об административно-уголовных обвинениях в адрес медиков, физических нападениях на них, что в условиях Украины иногда носит и трагический характер [4, с. 157]. Все это является естественным результатом безнаказанности некоторых дежурных искателей жертв среди медиков, логическим продолжением распространенной бесправности профессионалов практического здравоохранения [1, 4]. О многих случаях сами медики молчат, ведь существует распространенное в медицинской среде понятие: жаловаться некому, да и что это даст? Самих медиков могут делать виновными!.

Этично и профессионально было бы, если бы в случае спорных ситуаций с участием медицинских работников руководители здравоохранения действовали объективно и в пределах того правового поля, которое есть на данный момент в стране; если бы создавались комиссии для определения психоневрологического статуса агрессивно настроенных пациентов, которые на данное время просто конфликтны, но в любую минуту могут стать потенциально опасными в физическом плане [1, 4].

В соответствии с Всеобщей Декларацией прав человека [6, с. 392], принятой резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи

Организации Объединенных Наций (ООН (UN)), от 10 декабря 1948г., Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах [6, с. 394], принятым резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966г., ратифицированных Украиной, а также Европейской Социальной Хартией [6, с. 352], принятой в 1961г., вступившей в силу в 1965г. и пересмотренной Советом Европы 03.05.1996г., подписанной Украиной 7 мая 1999г., множеством других документов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, (WHO)) и Всемирной медицинской ассоциации, (ВМА, (WMA)), значительную часть которых ратифицировала Украина, обязанностью государства является забота о здоровье человека и обеспечение его охраны в соответствии с современными стандартами развитых стран мира. Не менее важна роль в области здравоохранения и международной организации труда (МОТ (ILO)), в вопросах медицины труда и безопасности на работе.

В честь принятия такого фундаментального международного акта в области прав человека, Всеобщей Декларации прав человека, по предложению Генеральной Ассамблеи ООН 10 декабря ежегодно отмечается Международный день защиты прав человека, в этом году отмечается 65-я годовщина.

Права медика тоже находятся в этом контексте, а нормы по их защите, как справедливо отмечается специалистами права, вызывает больше всего вопросов среди медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности [1, 4, 5].

ВОЗ отмечает, что: «Работники здравоохранения – это все люди, занятые в основном работой, первичная цель которой состоит в укреплении здоровья», а также акцентирует внимание на том, что работники систем здравоохранения во всем мире вынуждены все чаще и чаще работать в состоянии стресса и отсутствия безопасности, поскольку им приходится реагировать на сложный комплекс сил – старых и новых.

Профессионал здравоохранения должен считать своим правом и обязанностью работать в пределах нормативно-правовых норм законодательства в области здравоохранения – своей страны и международно-признанной (ВОЗ, ВМА, МОТ) а также на основе собственных медицинских рассуждений и профессиональной эрудиции [2, с. 14]. Постоянное профессиональное самосовершенствование наряду с научно-техническим прогрессом является

залогом достижения наилучших результатов в процессе своей медицинской деятельности.

Итак, медики, не только обязаны, но и имеют право на выполнение своих задач так, как того требуют само медицинское образование и собственные профессиональные критерии наряду с накопленным опытом и знаниями мировой медицинской общественности. Законодательство страны и документы ВМА, требуют такого же подхода [1, с. 25].

Еще в 1948 году в принятой 2-й Генеральной ассамблеей ВМА (Женева, Швейцария, сентябрь 1948г.) Женевской декларации была дана по сути современная клятва со времен Гиппократы: «Вступая в сообщество врачей, торжественно клянусь:...». В другом документе «Международный кодекс медицинской этики», принятом 3-й Генеральной ассамблеей ВМА (Лондон, Англия, октябрь 1949 г.) определяются общие обязанности врача.

Особое внимание в контексте данной темы заслуживают на наш взгляд несколько международных нормативно-правовых документов ВМА (документы имеют маленький объем, некоторые – несколько строк), полностью представленных на сайте для профессионалов здравоохранения www.medic-info.org – см. раздел «Медицинская этика и WMA» [1, с. 25].

Существуют разные регламентирующие нормативно-правовые документы работы медиков в Украине, но, несмотря на это, в настоящее время стало практически нормой нарушение их прав [3, 7].

Нормативно-правовые основы, тем самым и определенные юридические гарантии обеспечения медицинской деятельности законодательством Украины – это совокупность мероприятий, направленных на создание правового пространства функционирования сферы здравоохранения в стране с целью обеспечения реализации законных прав и интересов субъектами медицинских правоотношений [3, 6, 7]. Главная цель нашей статьи – вызвать интерес медицинской общественности к вопросам законодательных норм и отстаивания своих прав при выполнении своих должностных инструкций.

Во многих странах бывшего советского пространства подлежат дальнейшему развитию вопросы, связанные с защитой прав медиков [1, 4]. Для многих практикующих врачей наиболее действенной защитой стало бы страхование собственных жизни и здоровья, а также введение административной и уголовной ответственности,

подобной той, которая сейчас грозит за нападение на сотрудников правоохранительных органов [3, 5].

Давайте все же глубже ознакомимся с нормами законодательства, которые напрямую связаны с нашей профессией [3, 6, 7]. Нужно помнить, что не только с правоохранительными органами, но и с другими лицами, «грозно» размахивающими руками или удостоверением, подчеркивая свою должность и «власть», следует со знанием своих прав и обязанностей соблюдать правило трех «НЕ», высказанных известным «диссидентом» – правозащитником А.Солженицыным: НЕ бояться! НЕ верить! НЕ просить!.

Директивы, требования, приказы со стороны руководства должны быть письменными, в пределах должностных инструкций (еще лучше с соблюдением профессиональной этики и иерархического порядка), но даже в таком случае врач должен тщательно обдумать свои профессиональные поступки. Данное положение лежит в основе конституций большинства стран мира, а также четко декларируются в трех документах ВМА: Декларация по правам человека и личной свободе медицинских работников; Декларация относительно независимости и профессиональной свободы врача; Мадридская декларация относительно профессиональной автономии и самоуправления [1, с. 25].

Врач любой специальности должен помнить, что от профессионального выполнения его должностных обязанностей зависят здоровье и жизнь пациента, поэтому должен четко осознавать свои действия или бездействие и их последствия. Этика и деонтология сегодня имеет свою нормативно-правовую основу, закрепленную законодательством страны и международными актами в сфере здравоохранения и социальной политики, на которой медику нужно опираться в процессе своей медицинской деятельности [1, 3].

Медицина все же должна прогрессивно развиваться и дальше [8]:

- без страха рядовых медиков-профессионалов;
- без страха тех руководителей, которые действительно хотят работать по справедливости закона и в защиту своих подчиненных медиков, по-настоящему заслуживающих нормальные условия труда и оплаты, нормальное положение в обществе;
- в поддержку тех инициатив Правительства страны, к которым шли долгие 20 лет.

Список использованных источников:

1. Васкес Абанто Х.Э. В поисках той самой правовой защиты медика // Газета «Новости медицины и фармации» 13 (464) 2013. – С. 25.
2. Васкес Абанто Х.Э. Вопросы диагностики и лечения заболеваний // Газета «Новости медицины и фармации» 9 (415) – 2012. – С. 14-15.
3. Васкес Абанто Х.Э. Медицинская деятельность законодательство страны // Газета «Новости медицины и фармации» 17 (471) 2013.
4. Васкес Абанто Х.Э. Нарушение прав медиков, или Давайте все же не молчать! // Журнал «Медицина неотложных состояний» 5(52) 2013. – С. 153-157.
5. Васкес Абанто Х.Э. Основы права в неотложной медицине // Газета «Новости медицины и фармации» 6 (404) – 2012. – С. 21.
6. Васкес Э., Кресный Д. Медико-социальные аспекты здоровья населения // К.: Изд-во Европ. ун-та, 2003. – 490 с.
7. Крьосний Д.І., Васкес Е. Охорона здоров'я в Україні: ліцензування та акредитація // К. Видавництво Європ. ун-ту, 2003. – 341 с.
8. D.Kresny, E.Vaskes (Ukraine, Peru). Introduccion to modern sytem of public health // Abstracts of the International Scientific and practical Conference dedicated to the 10th anniversary of Turkmenistan Neutrally and 10th anniversary of State Programme of President of Turkmenistan Saparmurat Turkmenbashy The Great «Health», 2005. – С. 274-275.

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

Наукове видання

**МЕДИЧНА НАУКА ТА ПРАКТИКА:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

Матеріали друкуються в авторській редакції

Дизайн обкладинки: А. Юдашкіна
Верстка: Н. Кузнєцова

Контактна інформація організаційного комітету:
73005 Україна, м. Херсон, а/с 20,
Науковий журнал «Молодий вчений»
Телефон: +38 (0552) 399 530
E-mail: info@molodyvcheny.in.ua
www.molodyvcheny.in.ua

Підписано до друку 09.12.2013. Формат 60х84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Друк на дуплікаторі.
Умовно-друк. арк. 6,74. Тираж 100. Замовлення № 0912.
Віддруковано з готового оригінал-макета.

Надруковано: Видавничий дім «Гельветика»
73034, м. Херсон, вул. Паровозна, 46-а, офіс 105.
Телефон +38 (0552) 399 580
E-mail: mailbox@helvetica.com.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 4392 від 20.08.2012 р.