

УДК: 616-037:613:378.180:.6

## **ГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ ПРОГНОСТИЧНОЇ ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ, ЩО НАВЧАЮТЬСЯ В УМОВАХ МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

**Александрова О.Є.**

Кафедра загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

До числа найбільш суттєвих проблем сучасної профілактичної медицини, які вимагають нагального розгляду і першочергового аналізу, необхідно віднести проблеми збереження та зміцнення здоров'я, підвищення рівня соціальної та професійної дієздатності підлітків та молоді. Отже, надзвичайно важливим слід визнати розроблення медичних, гігієнічних та психолого-педагогічних основ формування соціально- і професійно-значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості, характеристик стану здоров'я та адаптаційних можливостей організму і, відповідно професійної успішності учнів і студентів, що здобувають певні спеціальності, в тому числі і медичні професії, прогностичну оцінку ступеня успішності їх засвоєння тощо.

Метою наукового дослідження було вивчення гігієнічних аспектів прогностичної оцінки стану здоров'я студентів, що навчаються в умовах медичних вищих навчальних закладів.

При цьому ураховували, що прогностична оцінка результатів, одержаних в ході проведення наукової роботи, а також визначення основних прогностично-значущих тенденцій їх зрушень в динаміці певного періоду, що знаходиться в центрі уваги, являє собою імовірнісний процес, що полягає у заміні реальних співвідношень окремих об'єктів певною логічною або математичною конструкцією, котра адекватно відображує найістотніші риси певної бази даних та створює спрощений, схематичний, первісний за своїм змістом і абстрагований від незначущих та неістотних ознак образ.

Така ситуація зумовлює надзвичайно широке запровадження до сфери ймовірнісного передбачення підходів, що зумовлюють застосування певних статистичних моделей, використання яких дозволяє встановити особливості взаємозв'язку численних характеристик внутрішнього й зовнішнього середовища, котрі сприяють розвитку певних патологічних процесів, в тому числі й донозологічних зрушень та захворювань, які лише формуються, а також розробити на цій підставі підходи до створення діагностично-експертних систем, запровадити оптимальні підходи до корекції виявлених відхилень у стані здоров'я тощо.

На першому етапі досліджень здійснювалась логічна за своєю суттю класифікація досліджуваних показників за їх змістовним призначенням. Далі проводився кореляційний, кластерний, факторний та покроковий регресійний аналіз визначених угруповань. Причому, якщо перші два з числа перелічених методів мали за мету здійснення класифікаційної за своєю суттю інтерпретації одержаних величин, то два останніх, навпаки, передбачали проведення інтеграційної за своїми характеристиками узагальненої статистичної процедури, яка передбачала визначення та прогностичну оцінку закономірностей формування провідних ознак стану здоров'я дівчат і юнаків. Така стратегія вирішення питань щодо встановлення особливостей взаємозв'язку між досліджуваними показниками суттєво підвищувала об'єктивність, адекватність та валідність визначення найбільш поширених і типових їх взаємовідношень.

Отримані дані переконливо засвідчували той факт, що здійснення моніторингу та адекватної прогностичної оцінки стану психічного здоров'я студентів має передбачати реалізацію цілого ряду фундаментальних положень, до числа яких необхідно віднести: визначення критеріальних показників стану психофізіологічних функцій та особливостей особистості (властивості темпераменту, тривожності, характеру, мотиваційної спрямованості і нервово-психічного стану), встановлення основних періодів визначення критеріальних показників стану психічного здоров'я (початок і закінчення навчального процесу тощо), урахування сенситивних періодів розвитку психофізіологічних функцій та особливостей особистості, виявлення особливостей навчально- та позанавчально-значущого навантаження на провідні кореляти вищої нервової діяльності (звичайна повсякденна навчальна діяльність, здійснення комплексного рубіжного контролю знань, екзаменаційний стрес, проведення незалежного тестування тощо), кількісне вимірювання та якісна оцінка ступеня розвитку критеріальних показників стану психофізіологічних функцій та особливостей особистості, оцінка рівня розвитку окремих показників розвитку психофізіологічних функцій та особливостей особистості, розроблення, уніфікація та наукове обґрунтування інтегральних показників функціонального стану організму дітей, підлітків та молоді тощо.

За результатами багатовимірної статистичної аналізу та прогнозування, який був проведений, визначено, що найбільш значущий зв'язок з характеристиками рівня психічного здоров'я дівчат і юнаків мали показники щодо рівня навчальної адаптації, числа захворювань з тимчасовою втратою працездатності, особливостей характеру навчання та рівня нервово-емоційного напруження під час виконання звичної навчальної та позанавчальної діяльності, загальної оцінки житлово-побутових та соціальних умов життя, особливостей взаємовідносин в ро-

дині, рівня поширення шкідливих звичок, а також рівень нейротизму, ситуаційної та особистісної тривожності, окремі характерологічні властивості та провідні типи їх акцентування, рівень суб'єктивного контролю в галузі професійних і міжособистісних відносин та в галузі відношення до здоров'я та хвороби, ступінь соціально-психологічної адаптованості тощо.

**УДК:** 576.2:616.233:617.51:616.831:616-001

## **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЕПІТЕЛІЮ БРОНХІВ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ**

**Андреев С.А.<sup>2</sup>, Король Т.М.<sup>1</sup>, Гаврилюк А.О.<sup>1</sup>**

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова<sup>1</sup> (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018); ДУ "Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова АМНУ"<sup>2</sup> (вул. Мануїльського, 32, м. Київ, Україна, 04050)

Десквамація миготливого епітелію, що спостерігається при запальних захворюваннях органів дихання, відома давно. В ході вивчення структурних змін тканини легень при тяжкій черепно-мозковій травмі (ТЧМТ) (Шамаев, 2008) нами був відмічений факт стереотипного масивного злушення миготливого епітелію бронхів, що виникало значно раніше, ніж будь-які інші патологічні процеси в тканині легень та бронхів. У роботах, присвячених дослідженню структури органів дихання, в умовах порушеної діяльності ЦНС відмічається факт злушення епітелію бронхів, проте його динаміка та значення для розвитку патологічних змін у легенях освітлено недостатньо (Сундуков, 2005; Рагимов, 2007).

*Мета роботи:* вивчити динаміку морфологічних змін епітелію бронхів у гострому періоді тяжкої черепно-мозкової травми.

35 судово-медичних досліджень загиблих в перші 48 годин після ТЧМТ. Розтини проводились в межах 24 годин від моменту настання смерті. Тканина легень фіксувалася в 4% розчині нейтрального формаліну, парафінові зрізи фарбувалися оглядовими та спеціальними (орсеїном за Тенцером-Унна, толуїдиновим синім).

У всіх досліджених випадках змін у стані базальних мембран бронхів як у ранніх, так і пізні терміни виявлено не було. При смерті на місці події (травма не сумісна з життям) епітелій бронхів залишався інтактним, або був відсутній лише на обмежених ділянках. Перші ознаки десквамації епітеліального покриву бронхів відмічалися лише через 40 хвилин з моменту ураження головного мозку. При настанні смерті в терміни до 2-х годин, десквамований епітелій розташовувався в просвіті бронхів короткими пластами. Із збільшенням термінів десквамація епітелію прогресувала. Вже через 2-3 години ці пласти виявлялися роздробленими на окремі клітинні депозити; епітелій заповнював бронхи у вигляді безладної клітинної маси, серед якої зустрічалися одиничні епітеліальні комплекси. У бронхах різного калібру відмічалася нерівномірне накопичення десквамованих епітеліальних клітин. У дрібних бронхах ці клітини повністю або майже повністю заповнювали їх просвіт. У середніх бронхах клітинна маса була перемішана з бульбашками повітря або набряковою рідиною. У крупних бронхах епітеліальні клітини нерідко містилися в невеликій кількості, частіше розташовуючись біля позбавленої епітелію стінки. Якщо в перші 12 годин клітини злушеного бронхіального епітелію містилися в бронхах у великій кількості, то починаючи з 12 годин вони зустрічалися значно рідше, а до кінця першої доби і в подальші терміни зовсім не визначалися. Не збільшувалася їх кількість і в просвіті альвеол. Як і в ранні терміни, в деяких альвеолах можна було бачити або окремі клітини злушеного бронхіального епітелію, або невеликі їх скупчення. До цього часу в просвіті багатьох бронхів, переважно повністю позбавлених епітеліального вистилання, містився густий лейкоцитарний екссудат. У відповідних таким бронхам респіраторних відділах спостерігали множинні фокуси бронхопневмонії.

Таким чином, починаючи від моменту ураження мозку до смерті, особливо в перші години, відмічено постійне прогресивне злушення епітелію. При співставленні змін у дрібних і крупних бронхах видно, що клітини злушеного епітелію переміщуються з вище розташованих відділів бронхіального дерева в ті, що розташовані нижче. Наявність окремих клітин бронхіального епітелію в просвіті альвеол указує на те, що вони заносяться туди при дихальних рухах. З цього видно, що у хворих з ураженням головного мозку вже в ранні терміни випадає один із захисних механізмів органів дихання - діяльність миготливого епітелію, що створює умови, сприяючі виникненню пневмоній. Очевидно, що описане первинне злушення бронхіального епітелію при ТЧМТ грає певну роль в патогенезі пневмоній, сприяючи затримці мікроорганізмів в глибоких відділах дихальних шляхів, що і було відмічено нами при вивченні розвитку запального процесу в легенях у хворих з ураженням головного мозку.

*Висновки:* 1. При ТЧМТ вже в перші години спостерігається виражена десквамація миготливого епітелію у всіх відділах бронхіального дерева, що є прижиттєвим процесом і що не має відношення до посмертних змін. 2. Злушення епітелію, ймовірно, обумовлене розладами моторики бронхів, що виникають у зв'язку з порушенням їх іннервації в результаті ураження головного мозку.

дині, рівня поширення шкідливих звичок, а також рівень нейротизму, ситуаційної та особистісної тривожності, окремі характерологічні властивості та провідні типи їх акцентування, рівень суб'єктивного контролю в галузі професійних і міжособистісних відносин та в галузі відношення до здоров'я та хвороби, ступінь соціально-психологічної адаптованості тощо.

**УДК:** 576.2:616.233:617.51:616.831:616-001

## **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЕПІТЕЛІЮ БРОНХІВ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ**

**Андреев С.А.<sup>2</sup>, Король Т.М.<sup>1</sup>, Гаврилюк А.О.<sup>1</sup>**

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова<sup>1</sup> (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018); ДУ "Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова АМНУ"<sup>2</sup> (вул. Мануїльського, 32, м. Київ, Україна, 04050)

Десквамація миготливого епітелію, що спостерігається при запальних захворюваннях органів дихання, відома давно. В ході вивчення структурних змін тканини легень при тяжкій черепно-мозковій травмі (ТЧМТ) (Шамаев, 2008) нами був відмічений факт стереотипного масивного злушення миготливого епітелію бронхів, що виникало значно раніше, ніж будь-які інші патологічні процеси в тканині легень та бронхів. У роботах, присвячених дослідженню структури органів дихання, в умовах порушеної діяльності ЦНС відмічається факт злушення епітелію бронхів, проте його динаміка та значення для розвитку патологічних змін у легенях освітлено недостатньо (Сундуков, 2005; Рагимов, 2007).

*Мета роботи:* вивчити динаміку морфологічних змін епітелію бронхів у гострому періоді тяжкої черепно-мозкової травми.

35 судово-медичних досліджень загиблих в перші 48 годин після ТЧМТ. Розтини проводились в межах 24 годин від моменту настання смерті. Тканина легень фіксувалася в 4% розчині нейтрального формаліну, парафінові зрізи фарбувалися оглядовими та спеціальними (орсеїном за Тенцером-Унна, толуїдиновим синім).

У всіх досліджених випадках змін у стані базальних мембран бронхів як у ранніх, так і пізні терміни виявлено не було. При смерті на місці події (травма не сумісна з життям) епітелій бронхів залишався інтактним, або був відсутній лише на обмежених ділянках. Перші ознаки десквамації епітеліального покриву бронхів відмічалися лише через 40 хвилин з моменту ураження головного мозку. При настанні смерті в терміни до 2-х годин, десквамований епітелій розташовувався в просвіті бронхів короткими пластами. Із збільшенням термінів десквамація епітелію прогресувала. Вже через 2-3 години ці пласти виявлялися роздробленими на окремі клітинні депозити; епітелій заповнював бронхи у вигляді безладної клітинної маси, серед якої зустрічалися одиничні епітеліальні комплекси. У бронхах різного калібру відмічалася нерівномірне накопичення десквамованих епітеліальних клітин. У дрібних бронхах ці клітини повністю або майже повністю заповнювали їх просвіт. У середніх бронхах клітинна маса була перемішана з бульбашками повітря або набряковою рідиною. У крупних бронхах епітеліальні клітини нерідко містилися в невеликій кількості, частіше розташовуючись біля позбавленої епітелію стінки. Якщо в перші 12 годин клітини злушеного бронхіального епітелію містилися в бронхах у великій кількості, то починаючи з 12 годин вони зустрічалися значно рідше, а до кінця першої доби і в подальші терміни зовсім не визначалися. Не збільшувалася їх кількість і в просвіті альвеол. Як і в ранні терміни, в деяких альвеолах можна було бачити або окремі клітини злушеного бронхіального епітелію, або невеликі їх скупчення. До цього часу в просвіті багатьох бронхів, переважно повністю позбавлених епітеліального вистилання, містився густий лейкоцитарний екссудат. У відповідних таким бронхам респіраторних відділах спостерігали множинні фокуси бронхопневмонії.

Таким чином, починаючи від моменту ураження мозку до смерті, особливо в перші години, відмічено постійне прогресивне злушення епітелію. При співставленні змін у дрібних і крупних бронхах видно, що клітини злушеного епітелію переміщуються з вище розташованих відділів бронхіального дерева в ті, що розташовані нижче. Наявність окремих клітин бронхіального епітелію в просвіті альвеол указує на те, що вони заносяться туди при дихальних рухах. З цього видно, що у хворих з ураженням головного мозку вже в ранні терміни випадає один із захисних механізмів органів дихання - діяльність миготливого епітелію, що створює умови, сприяючі виникненню пневмоній. Очевидно, що описане первинне злушення бронхіального епітелію при ТЧМТ грає певну роль в патогенезі пневмоній, сприяючи затримці мікроорганізмів в глибоких відділах дихальних шляхів, що і було відмічено нами при вивченні розвитку запального процесу в легенях у хворих з ураженням головного мозку.

*Висновки:* 1. При ТЧМТ вже в перші години спостерігається виражена десквамація миготливого епітелію у всіх відділах бронхіального дерева, що є прижиттєвим процесом і що не має відношення до посмертних змін. 2. Злушення епітелію, ймовірно, обумовлене розладами моторики бронхів, що виникають у зв'язку з порушенням їх іннервації в результаті ураження головного мозку.

УДК: 615:015:615.012/312

## STRUCTURAL CHANGES IN LUNGS CAUSED BY SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY AND THEIR ROLE IN SECONDARY BRAINSTEM LESIONS FORMATION IN EARLY TERMS OF POSTTRAUMATIC PERIOD

Andreev S.<sup>1</sup>, Korol T.<sup>2</sup>, Gavriluk A.<sup>2</sup>

State Institution "Institute of neurosurgery named after academic A.Romodanov Ukrainian Academy of Medical Science" (Manuil'skogo str., 32, Kiev, Ukraine, 04050)<sup>1</sup>, Pirogov Vinnitsya National Medical University (Pyrogov str., 56, Vinnitsya, Ukraine, 21018)<sup>2</sup>

Traumatic brain injury (TBI), especially closed head injury resulting from hemorrhage, blunt trauma, or traffic accidents, has become an increasing problem in medical care (Marion, 1999). TBI is known to cause several secondary effects, which lead to multiple organ dysfunction syndrome (Campbell, 2003). An acute systemic inflammatory response seems to play an integral role in the development of such complications providing the potential for massive secondary injury. Apart from mechanical disruption of brain tissue and vasculature, the extracellular and intracellular changes that follow have been termed 'secondary injury'. Secondary injury is manifested by excitotoxicity, changes in concentrations of ions, specific peptides/proteins and neurotransmitters, etc. These secondary events occur within hours or days after primary injury, and can lead to further damage of the nervous system (Faden, 1989). This results in a myriad of pathophysiologic complications affecting neurologic, psychological, cardiovascular, pulmonary, vascular, and metabolic functions, which in turn impede the recovery process (Kalsotra, 2003). More recently, the association between brain injury and subsequent pulmonary dysfunction has been recognized clinically. Indeed, development of acute lung injury is associated with the worst neurologic outcome in patients with severe brain trauma.

Aim: analysis of lungs structural changes caused by severe TBI and correlations determination with secondary brainstem lesions formation in early terms of posttraumatic period.

35 forensic medicine post-mortem examinations during first 48 hours after severe TBI. Brain and lung tissue examination (general and special techniques) with morphometry (Kernogan index (KI); veins diameter, alveolus and alveolar ducts analysis, alveolar septum thickness study); statistical treatment with "Statistica 6" software.

Highest death rate is among working-age citizens - 75,7% (men - 72,7%, women - 27,3%). Cranial bones fractures are in 97% of cases, half of them are combined calvarium and skull base fractures. Brain injuries are multiple and extensive: brain contusions (57,5%); intracerebral bleedings (27,2%); with intraventricular spread (11%). Brainstem primary contusions - 11,4%, brainstem hemorrhagic impregnation - 30,3%. Lungs alterations are detected in all cases. Among patients who died in first minutes after severe craniocerebral injury there are signs of bronchospasm, microcirculatory vessels spasm, their desolation and/or irregular blood filling (KI in lungs artery of muscular type - 0,16-0,20). In cases of death during first day, lungs airiness considerably reduces, interstitial pulmonary edema increases, and subpleural hemorrhages are registered. Microscope observations: bronchial tubes and bronchioles deformation, distelettasis phenomena (alveole diameters are of 378-430 micrometers,  $p < 0,05$ ); alveolar ducts dilatation (from 567 micrometers till 1000 micrometers,  $p < 0,05$ ). Alveolar septum thickness is 28,3-30,3 micrometers. Structural features of pulmonary artery branch parietal dilatation (KI - 0,02-0,05). Confluent pneumonia is detected in all cases till the end of second day.

Brainstem lesions and brain contusions combination predominate during first day (moderate correlation ( $r = 0,72$ ,  $p > 0,01$ )). Correlation between brainstem lesions and pulmonary edema damage indexes during first day is moderate ( $r = 0,08$ ,  $p < 0,01$ ). Correlation between pulmonary edema index and death statistics during the day is high ( $r = 0,93$ ,  $p < 0,01$ ).

Summary. Lungs damages caused by severe craniocerebral injury are fulminant, declare themselves through hemodynamic disorders and are morphological expressions of acute respiratory failure. Structural changes in lungs while severe craniocerebral injury not always correspond to ARDS morphological picture, pneumonia is considered as completion phase of lungs damages (facilitates brain dishaemic disorders development and progression). Clinico-morphologic substantiation of wound dystrophy pathogenesis caused by severe craniocerebral injury must include characteristics assessment of pulmonary complications which occur in the majority of cases.

УДК: 613.88:616.66

## АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ХВОРОБ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ В УКРАЇНІ

Анфілова М.Р.

Кафедра шкірно-венерологічних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Хвороби або інфекції, що передаються статевим шляхом відносяться до найбільш частих у людській попу-

УДК: 615:015:615.012/312

## STRUCTURAL CHANGES IN LUNGS CAUSED BY SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY AND THEIR ROLE IN SECONDARY BRAINSTEM LESIONS FORMATION IN EARLY TERMS OF POSTTRAUMATIC PERIOD

Andreev S.<sup>1</sup>, Korol T.<sup>2</sup>, Gavriluk A.<sup>2</sup>

State Institution "Institute of neurosurgery named after academic A.Romodanov Ukrainian Academy of Medical Science" (Manuil'skogo str., 32, Kiev, Ukraine, 04050)<sup>1</sup>, Pirogov Vinnitsya National Medical University (Pyrogov str., 56, Vinnitsya, Ukraine, 21018)<sup>2</sup>

Traumatic brain injury (TBI), especially closed head injury resulting from hemorrhage, blunt trauma, or traffic accidents, has become an increasing problem in medical care (Marion, 1999). TBI is known to cause several secondary effects, which lead to multiple organ dysfunction syndrome (Campbell, 2003). An acute systemic inflammatory response seems to play an integral role in the development of such complications providing the potential for massive secondary injury. Apart from mechanical disruption of brain tissue and vasculature, the extracellular and intracellular changes that follow have been termed 'secondary injury'. Secondary injury is manifested by excitotoxicity, changes in concentrations of ions, specific peptides/proteins and neurotransmitters, etc. These secondary events occur within hours or days after primary injury, and can lead to further damage of the nervous system (Faden, 1989). This results in a myriad of pathophysiologic complications affecting neurologic, psychological, cardiovascular, pulmonary, vascular, and metabolic functions, which in turn impede the recovery process (Kalsotra, 2003). More recently, the association between brain injury and subsequent pulmonary dysfunction has been recognized clinically. Indeed, development of acute lung injury is associated with the worst neurologic outcome in patients with severe brain trauma.

Aim: analysis of lungs structural changes caused by severe TBI and correlations determination with secondary brainstem lesions formation in early terms of posttraumatic period.

35 forensic medicine post-mortem examinations during first 48 hours after severe TBI. Brain and lung tissue examination (general and special techniques) with morphometry (Kernogan index (KI); veins diameter, alveolus and alveolar ducts analysis, alveolar septum thickness study); statistical treatment with "Statistica 6" software.

Highest death rate is among working-age citizens - 75,7% (men - 72,7%, women - 27,3%). Cranial bones fractures are in 97% of cases, half of them are combined calvarium and skull base fractures. Brain injuries are multiple and extensive: brain contusions (57,5%); intracerebral bleedings (27,2%); with intraventricular spread (11%). Brainstem primary contusions - 11,4%, brainstem hemorrhagic impregnation - 30,3%. Lungs alterations are detected in all cases. Among patients who died in first minutes after severe craniocerebral injury there are signs of bronchospasm, microcircular vessels spasm, their desolation and/or irregular blood filling (KI in lungs artery of muscular type - 0,16-0,20). In cases of death during first day, lungs airiness considerably reduces, interstitial pulmonary edema increases, and subpleural hemorrhages are registered. Microscope observations: bronchial tubes and bronchioles deformation, distelettasis phenomena (alveole diameters are of 378-430 micrometers,  $p < 0,05$ ); alveolar ducts dilatation (from 567 micrometers till 1000 micrometers,  $p < 0,05$ ). Alveolar septum thickness is 28,3-30,3 micrometers. Structural features of pulmonary artery branch parietal dilatation (KI - 0,02-0,05). Confluent pneumonia is detected in all cases till the end of second day.

Brainstem lesions and brain contusions combination predominate during first day (moderate correlation ( $r = 0,72$ ,  $p > 0,01$ )). Correlation between brainstem lesions and pulmonary edema damage indexes during first day is moderate ( $r = 0,08$ ,  $p < 0,01$ ). Correlation between pulmonary edema index and death statistics during the day is high ( $r = 0,93$ ,  $p < 0,01$ ).

Summary. Lungs damages caused by severe craniocerebral injury are fulminant, declare themselves through hemodynamic disorders and are morphological expressions of acute respiratory failure. Structural changes in lungs while severe craniocerebral injury not always correspond to ARDS morphological picture, pneumonia is considered as completion phase of lungs damages (facilitates brain dishaemic disorders development and progression). Clinico-morphologic substantiation of wound dystrophy pathogenesis caused by severe craniocerebral injury must include characteristics assessment of pulmonary complications which occur in the majority of cases.

УДК: 613.88:616.66

## АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ХВОРОБ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ В УКРАЇНІ

Анфілова М.Р.

Кафедра шкірно-венерологічних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Хвороби або інфекції, що передаються статевим шляхом відносяться до найбільш частих у людській попу-

ляції. Від них страждають люди всього світу. Статистика ВООЗ свідчить про те, що на сексуально-трансмисивні захворювання кожен рік страждають понад 330 млн. людей на планеті. У США щороку реєструється більше 600 000 нових випадків інфекцій, спричинених *N.gonorrhoeae*, від 10% до 36% осіб репродуктивного віку хворіють на хламідіоз. Головними причинами зростання захворювань, що передаються статевим шляхом є: зниження рівня життя у значній частині населення, безробіття, особливо серед молоді, поширення алкоголізму та наркоманії, зростання злочинності та залучення в кримінальне середовище молоді, що сприяє її розбещенню, неконтрольована державою порнографія та проституція, зменшення зміцнювальної ролі родини, збільшення кількості самотніх, неповних родин, ранній початок статевого життя, відсутність державної програми статевого та сімейного виховання, ослаблення державного підходу в профілактиці венеричних хвороб, недостатня робота в диспансеризації хворих, міграція населення, неефективність традиційних методів санітарної освіти та ін.

Аналіз епідеміологічної ситуації в Україні за останні 5 років показав, що захворюваність на сифіліс знизилась практично в 2 рази. В 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 48,7; у 2005 р. - 42,0; у 2006 р. - 34,3; у 2007 р. - 29,9; у 2008 р. - 25,0. Але, в той же час, зросла питома вага пізнього сифілісу: у 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 0,4; у 2005 р. - 0,6; 2006 р. - 0,8; 2008 р. - 1,0. Також зросла питома вага інших та неуточнених форм сифілісу: в 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 0,9; у 2005 р. - 1,1; у 2006 р. - 1,4; у 2008 р. - 1,5. Така епідеміологічна картина свідчить про те, що насправді не відбувається зниження захворюваності на сифіліс.

Захворюваність на гонорею статистично знизилась в 1,5 рази. В 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 40,8; у 2005 р. - 38,6; у 2006 р. - 33,0; у 2007 р. - 29,8; у 2008 р. - 27,1. Така статистика не відповідає дійсності, тому що за сучасними міжнародними стандартами співвідношення сифілісу та гонореї складає 1:2,5, а в Україні співвідношення дорівнює практично 1:1.

Рівень захворюваності на трихомоназу має тенденцію до зниження, але все ж таки залишається на високому рівні: в 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 279,3; у 2005 р. - 272,2; у 2006 р. - 251,0; у 2007 р. - 245,3; у 2008 р. - 235,5.

У той же час, захворюваність на хламідіоз щорічно продовжує зростати: в 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 68,6; у 2005 р. - 72,5; у 2006 р. - 78,1; у 2007 р. - 75,5; у 2008 р. - 79,2. Також щорічно зростає рівень захворюваності уrogenітального мікоплазмозу: в 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 58,7; у 2005 р. - 66,6; у 2006 р. - 74,2; у 2007 р. - 75,8; у 2008 р. - 85,9.

Таким чином, аналізуючи сучасну епідеміологічну ситуацію в Україні можна зробити деякі висновки: реального зниження захворюваності на сифіліс та гонорею серед населення не відбувається. Досить значна частка хворих виявляється в приватних медичних установах, які мають таких пацієнтів передавати до обласного шкірно-венерологічного диспансеру, але насправді цього не відбувається.

З кожним наступним роком збільшується кількість хворих на пізній сифіліс та неуточнені форми сифілісу - все це може послужити основою для подальшого зросту захворюваності на сифіліс.

Необхідно звернути увагу на пошук нових схем лікування та профілактики хламідіозу та уrogenітального мікоплазмозу, захворюваність на які щорічно зростає.

---

**УДК:** 615.03:616.895.8-02

## **ЗАСТОСУВАННЯ НОРМОТИМІКІВ У ЛІКУВАННІ ШИЗОФРЕНІЇ**

**Байло М.В.**

Кафедра психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Проблема шизофренії залишається актуальною протягом всього часу з моменту виділення її у якості окремої нозологічної одиниці. До цього часу не існує єдиної думки щодо її етіології, патогенезу, особливостей клінічної картини. Не існує також чіткої позиції щодо фармакотерапевтичного втручання при даному захворюванні.

Протягом тривалого часу метою фармакологічного втручання при шизофренії вважали лише зниження ступеня вираженості так званої "гострої продуктивної психотичної симптоматики" (маячення, галюцинаторних проявів, тощо). Редукція даних симптомів і вважалась досягненням мети - ремісії захворювання. Тим не менше, значна кількість хворих із достатнім ступенем редукції даної симптоматики втрачала можливість адекватного суспільного функціонування, з іншого боку, хворі з наявними проявами продуктивної симптоматики могли досить адекватно функціонувати у соціумі. У зв'язку з цим, постало питання щодо перегляду поглядів на визначення ремісії, в тому числі, її критеріїв, при шизофренії.

Останні роки характеризуються переміщенням акценту уваги на питання якості життя хворих, не є виключенням і хворі на шизофренію. З урахуванням даних поглядів, "Робоча група з вироблення критеріїв та об'єдну-

ляції. Від них страждають люди всього світу. Статистика ВООЗ свідчить про те, що на сексуально-трансмисивні захворювання кожен рік страждають понад 330 млн. людей на планеті. У США щороку реєструється більше 600 000 нових випадків інфекцій, спричинених *N.gonorrhoeae*, від 10% до 36% осіб репродуктивного віку хворіють на хламідіоз. Головними причинами зростання захворювань, що передаються статевим шляхом є: зниження рівня життя у значній частині населення, безробіття, особливо серед молоді, поширення алкоголізму та наркоманії, зростання злочинності та залучення в кримінальне середовище молоді, що сприяє її розбещенню, неконтрольована державою порнографія та проституція, зменшення зміцнювальної ролі родини, збільшення кількості самотніх, неповних родин, ранній початок статевого життя, відсутність державної програми статевого та сімейного виховання, ослаблення державного підходу в профілактиці венеричних хвороб, недостатня робота в диспансеризації хворих, міграція населення, неефективність традиційних методів санітарної освіти та ін.

Аналіз епідеміологічної ситуації в Україні за останні 5 років показав, що захворюваність на сифіліс знизилась практично в 2 рази. В 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 48,7; у 2005 р. - 42,0; у 2006 р. - 34,3; у 2007 р. - 29,9; у 2008 р. - 25,0. Але, в той же час, зросла питома вага пізнього сифілісу: у 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 0,4; у 2005 р. - 0,6; 2006 р. - 0,8; 2008 р. - 1,0. Також зросла питома вага інших та неуточнених форм сифілісу: в 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 0,9; у 2005 р. - 1,1; у 2006 р. - 1,4; у 2008 р. - 1,5. Така епідеміологічна картина свідчить про те, що насправді не відбувається зниження захворюваності на сифіліс.

Захворюваність на гонорею статистично знизилась в 1,5 рази. В 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 40,8; у 2005 р. - 38,6; у 2006 р. - 33,0; у 2007 р. - 29,8; у 2008 р. - 27,1. Така статистика не відповідає дійсності, тому що за сучасними міжнародними стандартами співвідношення сифілісу та гонореї складає 1:2,5, а в Україні співвідношення дорівнює практично 1:1.

Рівень захворюваності на трихомоніаз має тенденцію до зниження, але все ж таки залишається на високому рівні: в 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 279,3; у 2005 р. - 272,2; у 2006 р. - 251,0; у 2007 р. - 245,3; у 2008 р. - 235,5.

У той же час, захворюваність на хламідіоз щорічно продовжує зростати: в 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 68,6; у 2005 р. - 72,5; у 2006 р. - 78,1; у 2007 р. - 75,5; у 2008 р. - 79,2. Також щорічно зростає рівень захворюваності уrogenітального мікоплазмозу: в 2004 році захворюваність на 100 тис населення складала 58,7; у 2005 р. - 66,6; у 2006 р. - 74,2; у 2007 р. - 75,8; у 2008 р. - 85,9.

Таким чином, аналізуючи сучасну епідеміологічну ситуацію в Україні можна зробити деякі висновки: реального зниження захворюваності на сифіліс та гонорею серед населення не відбувається. Досить значна частка хворих виявляється в приватних медичних установах, які мають таких пацієнтів передавати до обласного шкірно-венерологічного диспансеру, але насправді цього не відбувається.

З кожним наступним роком збільшується кількість хворих на пізній сифіліс та неуточнені форми сифілісу - все це може послужити основою для подальшого зросту захворюваності на сифіліс.

Необхідно звернути увагу на пошук нових схем лікування та профілактики хламідіозу та уrogenітального мікоплазмозу, захворюваність на які щорічно зростає.

---

**УДК:** 615.03:616.895.8-02

## **ЗАСТОСУВАННЯ НОРМОТИМІКІВ У ЛІКУВАННІ ШИЗОФРЕНІЇ**

**Байло М.В.**

Кафедра психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Проблема шизофренії залишається актуальною протягом всього часу з моменту виділення її у якості окремої нозологічної одиниці. До цього часу не існує єдиної думки щодо її етіології, патогенезу, особливостей клінічної картини. Не існує також чіткої позиції щодо фармакотерапевтичного втручання при даному захворюванні.

Протягом тривалого часу метою фармакологічного втручання при шизофренії вважали лише зниження ступеня вираженості так званої "гострої продуктивної психотичної симптоматики" (маячення, галюцинаторних проявів, тощо). Редукція даних симптомів і вважалась досягненням мети - ремісії захворювання. Тим не менше, значна кількість хворих із достатнім ступенем редукції даної симптоматики втрачала можливість адекватного суспільного функціонування, з іншого боку, хворі з наявними проявами продуктивної симптоматики могли досить адекватно функціонувати у соціумі. У зв'язку з цим, постало питання щодо перегляду поглядів на визначення ремісії, в тому числі, її критеріїв, при шизофренії.

Останні роки характеризуються переміщенням акценту уваги на питання якості життя хворих, не є виключенням і хворі на шизофренію. З урахуванням даних поглядів, "Робоча група з вироблення критеріїв та об'єдну-

тування консенсусу ремісій при шизофренії" (Andreasen et al., 2005) запропонувала визначити ремісію як стан, при якому у пацієнтів відмічається покращення основних симптомів до такого ступеня, коли будь-які залишкові симптоми захворювання виражені настільки слабо, що не справляють суттєвого впливу на поведінку хворого: вираженість цих симптомів нижча за поріг, необхідний для встановлення первинного діагнозу шизофренії. Розвитком даних ідей була зміна погляду, за яким життя пацієнта розглядалось як захворювання з інтервалами ремісії, на іншу, за якої життя хворого це сукупність роботи, соціального функціонування, взаємовідносини і, лише потім, "сплески" захворювання. Дана точка зору знайшла відображення у цілісному вивченні особистості пацієнта та встановленні якості життя, пов'язаного зі здоров'ям.

Подібних змін зазнали і погляди на фармакологічне втручання при шизофренії: на зміну моделі, яка передбачала "купіруючу терапію", тобто, застосування фармакологічної інтервенції під час повного розгортання позитивних розладів (купірування нападу або екзацербції), прийшла модель "курсної терапії", яка, разом із купіруванням психозу, передбачає і терапію на неманіфестному етапі, що мало-б сприяти зменшенню прогресивності захворювання та збільшенню тривалості терміну "перебування у ремісії", однак, активність відомих на сьогодні нейрореплетичних засобів не перекриває весь спектр розладів, що спостерігаються при шизофренії. Більше того, на тлі тривалого періоду застосування в психіатрії нейрореплетиків, картина шизофренії зазнала суттєвого патоморфозу, зросла кількість афективно-маячних варіантів із вираженою нападopodobністю та фазністю перебігу (Мосолов, 2004). У зв'язку з наведеним вище, триває пошук нових та комбінацій існуючих препаратів з метою як зменшення прогресивності процесу, збільшенню тривалості ремісії, так і підвищення її якості.

Одним із можливих шляхів є застосування разом із терапією нейрореплетиками засобів із нормотимічною активністю, в тому числі, антиконвульсантів-мембраностабілізаторів (карбамазепіну, вальпроатів, ламотриджину). З метою встановлення ефективності застосування даної групи препаратів була проведена низка досліджень. Проведено огляди досліджень впливу карбамазепіну у якості препарату додаткової терапії (Leucht et al., 2009), ламотриджину (Premkumar, Pick, 2009) та вальпроатів (Schwarz et al., 2009), які включили 258, 537 та 519 пацієнтів відповідно. Висновки даних оглядів вказують, що проведені дослідження є короткотривалими і не є достатньо репрезентативними. Тим не менше, на ґрунті результатів проведених досліджень встановлено, що:

1. Застосування карбамазепіну не призводить до покращення результатів фармакотерапії розладів спектру шизофренії.
2. Застосування ламотриджину призводить до позитивного впливу на симптоматику шизофренії, однак, потребує подальшого дослідження для встановлення ступеня такого впливу та профілю безпечності застосування.
3. Застосування вальпроатів призвело до значної редукції симптоматики у пацієнтів з порушеннями поведінки та агресивними тенденціями, відмічено також послаблення проявів тардивної дискінезії; дані стосовно впливу на інший спектр симптомів не є переконливими. Застосування препарату потребує подальших досліджень.

Усі проведені дослідження стосувались лише впливу фармакотерапії на симптоматику в межах епізоду загострення; вивчення динаміки симптоматики під час ремісії не проводилось.

Виходячи з наведеного вище, можна зробити наступні висновки: 1. Застосування препаратів із нормотимічним ефектом, а саме, ламотриджину та вальпроатів, є частково обґрунтованим під час загострення. 2. Повний вплив даних препаратів на динаміку симптоматики захворювання, особливо під час ремісії, потребує подальшого дослідження.

---

**УДК:** 616.12-008.331.1:617-089

## **СИНДРОМ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З УРГЕНТНОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**Балабуєва В.В.**

Кафедра хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Увага вчених до підвищеного внутрішньочеревного тиску (ВОТ) виникла ще наприкінці XIX сторіччя. В той час його вплив на респіраторну функцію вивчали Marey та Burt. Протягом першої половини XX сторіччя цікавість до цієї проблеми продовжувала рости, особливо у зв'язку з розвитком лапароскопічної хірургії та необхідністю оцінки впливу пневмоперитонеуму на вентиляційні та гемодинамічні показники під час операції. Проте, сплеск цікавості припадає на 90-ті рр. XX сторіччя. В цей час, завдяки дослідженням, у Західній Європі та США почалось вивчення синдрому інтраабдомінальної гіпертензії (CIAГ "Abdominal Compartment Syndrome"), які дозволили вивчити етіопатогенез, клінічну картину, діагностику та лікування CIAГ.

Анатомічні передумови CIAГ полягають у тому, що черевна порожнина та заочеревинний простір являють простір, обмежений м'язами, хребтом, діафрагмою та кістками таза. За рахунок еластичності м'яких тканин об'єм черевної порожнини може збільшуватись до певних значень. В нормі внутрішньочеревний тиск близько "0". У



тування консенсусу ремісій при шизофренії" (Andreasen et al., 2005) запропонувала визначити ремісію як стан, при якому у пацієнтів відмічається покращення основних симптомів до такого ступеня, коли будь-які залишкові симптоми захворювання виражені настільки слабо, що не справляють суттєвого впливу на поведінку хворого: вираженість цих симптомів нижча за поріг, необхідний для встановлення первинного діагнозу шизофренії. Розвитком даних ідей була зміна погляду, за яким життя пацієнта розглядалось як захворювання з інтервалами ремісії, на іншу, за якої життя хворого це сукупність роботи, соціального функціонування, взаємовідносини і, лише потім, "сплески" захворювання. Дана точка зору знайшла відображення у цілісному вивченні особистості пацієнта та встановленні якості життя, пов'язаного зі здоров'ям.

Подібних змін зазнали і погляди на фармакологічне втручання при шизофренії: на зміну моделі, яка передбачала "купіруючу терапію", тобто, застосування фармакологічної інтервенції під час повного розгортання позитивних розладів (купірування нападу або екзацербції), прийшла модель "курсної терапії", яка, разом із купіруванням психозу, передбачає і терапію на неманіфестному етапі, що мало-б сприяти зменшенню прогресивності захворювання та збільшенню тривалості терміну "перебування у ремісії", однак, активність відомих на сьогодні нейрореплетичних засобів не перекриває весь спектр розладів, що спостерігаються при шизофренії. Більше того, на тлі тривалого періоду застосування в психіатрії нейрореплетиків, картина шизофренії зазнала суттєвого патоморфозу, зросла кількість афективно-маячних варіантів із вираженою нападopodobністю та фазністю перебігу (Мосолов, 2004). У зв'язку з наведеним вище, триває пошук нових та комбінацій існуючих препаратів з метою як зменшення прогресивності процесу, збільшенню тривалості ремісії, так і підвищення її якості.

Одним із можливих шляхів є застосування разом із терапією нейрореплетиками засобів із нормотимічною активністю, в тому числі, антиконвульсантів-мембраностабілізаторів (карбамазепіну, вальпроатів, ламотриджину). З метою встановлення ефективності застосування даної групи препаратів була проведена низка досліджень. Проведено огляди досліджень впливу карбамазепіну у якості препарату додаткової терапії (Leucht et al., 2009), ламотриджину (Premkumar, Pick, 2009) та вальпроатів (Schwarz et al., 2009), які включили 258, 537 та 519 пацієнтів відповідно. Висновки даних оглядів вказують, що проведені дослідження є короткотривалими і не є достатньо репрезентативними. Тим не менше, на ґрунті результатів проведених досліджень встановлено, що:

1. Застосування карбамазепіну не призводить до покращення результатів фармакотерапії розладів спектру шизофренії.
2. Застосування ламотриджину призводить до позитивного впливу на симптоматику шизофренії, однак, потребує подальшого дослідження для встановлення ступеня такого впливу та профілю безпечності застосування.
3. Застосування вальпроатів призвело до значної редукції симптоматики у пацієнтів з порушеннями поведінки та агресивними тенденціями, відмічено також послаблення проявів тардивної дискінезії; дані стосовно впливу на інший спектр симптомів не є переконливими. Застосування препарату потребує подальших досліджень.

Усі проведені дослідження стосувались лише впливу фармакотерапії на симптоматику в межах епізоду загострення; вивчення динаміки симптоматики під час ремісії не проводилось.

Виходячи з наведеного вище, можна зробити наступні висновки: 1. Застосування препаратів із нормотимічним ефектом, а саме, ламотриджину та вальпроатів, є частково обґрунтованим під час загострення. 2. Повний вплив даних препаратів на динаміку симптоматики захворювання, особливо під час ремісії, потребує подальшого дослідження.

---

**УДК:** 616.12-008.331.1:617-089

## **СИНДРОМ ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З УРГЕНТНОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**Балабуєва В.В.**

Кафедра хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Увага вчених до підвищеного внутрішньочеревного тиску (ВОТ) виникла ще наприкінці XIX сторіччя. В той час його вплив на респіраторну функцію вивчали Marey та Burt. Протягом першої половини XX сторіччя цікавість до цієї проблеми продовжувала рости, особливо у зв'язку з розвитком лапароскопічної хірургії та необхідністю оцінки впливу пневмоперитонеуму на вентиляційні та гемодинамічні показники під час операції. Проте, сплеск цікавості припадає на 90-ті рр. XX сторіччя. В цей час, завдяки дослідженням, у Західній Європі та США почалось вивчення синдрому інтраабдомінальної гіпертензії (CIAГ "Abdominal Compartment Syndrome"), які дозволили вивчити етіопатогенез, клінічну картину, діагностику та лікування CIAГ.

Анатомічні передумови CIAГ полягають у тому, що черевна порожнина та заочеревинний простір являють простір, обмежений м'язами, хребтом, діафрагмою та кістками таза. За рахунок еластичності м'яких тканин об'єм черевної порожнини може збільшуватись до певних значень. В нормі внутрішньочеревний тиск близько "0". У

дослідах, проведених на собаках G.Barnes встановив, що при зростанні внутрішньочеревного тиску від 0 до 40 мм рт. ст. еластичність передньої черевної стінки зменшується від 10,8 до 0,56 мл/мм рт.ст/кг. Больовий синдром та спазм м'язів черевної стінки негативно впливають на її еластичність.

Для виміру внутрішньочеревного тиску існують прямі та непрямі методи. R.Overholt у 1931 р. запропонував прямий метод, із яким корелював метод виміру внутрішньочеревного тиску під час лапароскопії. Але ці методи не знайшли широкого застосування у зв'язку з технічними труднощами та можливими ускладненнями. Тому був проведений ряд досліджень, метою яких являлось встановлення непрямих методів вимірювання внутрішньочеревного тиску. S.Engum дослідив виражену позитивну кореляцію між внутрішньочеревним тиском та тиском у сечовому міхурі та тиском в шлунку. Автором непрямого методу вимірювання внутрішньочеревного тиску через сечовий міхур є I.Kron. Для цього в сечовий міхур вводять катетер Фолея і сечовий міхур звільняють від сечі. До аспіраційного каналу катетера за допомогою триходового крану приєднують пристрій для вимірювання тиску. При дослідженні внутрішньочеревного тиску в діапазоні від 0 до 25 мм рт. ст. і об'ємі рідини, яку вводили в сечовий міхур до 200 мл, найменша похибка була за умови порожнього сечового міхура. А найменша похибка при рівні тиску 25 мм рт. ст. відмічалась при 50 мл рідини в сечовому міхурі. N.Sanches, S.Johna в досліджах у людей виявили, що тиск в сечовому міхурі коливався від 0,2 до 16,2 мм рт. ст. В середньому відмічалось 6,5 мм рт. ст. Слід зазначити виражену позитивну кореляцію між внутрішньочеревним тиском та індексом маси тіла. Стать та вік не мають значного впливу на показники тиску. За даними C.Tons та спів., рівень внутрішньочеревного тиску дорівнює 0-7 см вод. ст., після будь-якої лапаротомії підвищується до 5-12. Внутрішньочеревний тиск можна визначати при вимірюванні відстані між верхнім краєм лонного з'єднання й рівнем рідини в трубці, яка приєднується до катетера Фолея. Вимірювання тиску в сечовому міхурі вважається "золотим стандартом" для моніторингу внутрішньочеревного тиску. При вимірюванні тиску в шлунку можна контролювати внутрішньочеревний тиск. Для цього в шлунок вводять зонд і вимірюють рівень рідини в трубці, яка приєднана до зонда. За "0" вважають рівень передньої аксиллярної лінії. Зрідка використовують нижню порожнисту вену із введеним в неї через стегову вену катетером.

Висновок: етіологічних чинників розвитку CIAГ є багато. Це травма органів черевної порожнини із кровотечею в черевну порожнину та заочеревинний простір, переломи кісток таза. Деструктивний панкреатит, кишкова непрохідність, перитоніт є головними чинниками CIAГ. Розрив аневризми черевної аорти, масивна інфузійна терапія шоку, опіки більше 60% поверхні тіла, зашивання лапаротомної рани з натягом її країв, грижесічення, перитонеальний діаліз, ФГДС можуть призводити до розвитку CIAГ.

**УДК:** 616.12-008.331.1

## **АПРОБАЦІЯ МОДЕЛЕЙ З РАНДОМІЗОВАНИМИ ТА ФІКСОВАНИМИ ЕФЕКТАМИ ДЛЯ ПОБУДОВИ ПЕРЕВАГО-ЗВАЖУВАЛЬНИХ ІНСТРУМЕНТІВ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГХ**

**Баліцька О.П.**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Хвороби систем кровообігу залишаються проблемою №1 охорони здоров'я. В Україні вони обіймають перше місце в структурі смертності, поширеності хвороб та інвалідності. За даними епідеміологічних досліджень, артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш поширеним хронічним захворюванням в Україні і зустрічається у 20-30% дорослого населення. АГ та її ускладнення - одна з головних причин інвалідизації населення. Внаслідок наявності АГ ризик виникнення інсульту збільшується у 7 разів, ішемічної хвороби серця - у 4 рази, серцевої недостатності - у 6 разів. Саме тому велика увага надається вибору економічно спроможних ефективних схем лікування АГ та гіпертонічної хвороби (ГХ).

Успішність оцінки фармакоекономічної ефективності поширених схем лікування ГХ залежить від отримання незміщених оцінок якості життя хворих упродовж лікування. Переваго-зважувальні інструменти, які використовують для цього, характеризуються зміщеністю ваг, що відбивається на неточності оцінок якості життя. Зміщеність ваг, перш за все, залежить від вирівнювання інструменту на індивідуальні особливості пацієнта та часового, як правило, кумулятивного чи серійного, ефекту. Для зменшення зміщеності ми розробили переваго-зважувальний інструмент, що враховує вказані основні причини зміщення через змішану ієрархічну модель із фіксованими/рандомізованими ефектами. Проблемою залишається характеристика ефектів. У разі фіксованого характеру стверджується можливість кореляції ефектів з незалежними змінними - атрибутами шкал, що використовуються для оцінки якості життя. Це досить виправдане рішення, адже ряд психологічних характеристик та індивідуальний досвід накладає відбиток на вибір атрибутів. З іншого боку, рандомізовані ефекти теж мають свою привабливість

дослідах, проведених на собаках G.Barnes встановив, що при зростанні внутрішньочеревного тиску від 0 до 40 мм рт. ст. еластичність передньої черевної стінки зменшується від 10,8 до 0,56 мл/мм рт.ст/кг. Больовий синдром та спазм м'язів черевної стінки негативно впливають на її еластичність.

Для виміру внутрішньочеревного тиску існують прямі та непрямі методи. R.Overholt у 1931 р. запропонував прямий метод, із яким корелював метод виміру внутрішньочеревного тиску під час лапароскопії. Але ці методи не знайшли широкого застосування у зв'язку з технічними труднощами та можливими ускладненнями. Тому був проведений ряд досліджень, метою яких являлось встановлення непрямих методів вимірювання внутрішньочеревного тиску. S.Engum дослідив виражену позитивну кореляцію між внутрішньочеревним тиском та тиском у сечовому міхурі та тиском в шлунку. Автором непрямого методу вимірювання внутрішньочеревного тиску через сечовий міхур є I.Kron. Для цього в сечовий міхур вводять катетер Фолея і сечовий міхур звільняють від сечі. До аспіраційного каналу катетера за допомогою триходового крану приєднують пристрій для вимірювання тиску. При дослідженні внутрішньочеревного тиску в діапазоні від 0 до 25 мм рт. ст. і об'ємі рідини, яку вводили в сечовий міхур до 200 мл, найменша похибка була за умови порожнього сечового міхура. А найменша похибка при рівні тиску 25 мм рт. ст. відмічалась при 50 мл рідини в сечовому міхурі. N.Sanches, S.Johna в досліджах у людей виявили, що тиск в сечовому міхурі коливався від 0,2 до 16,2 мм рт. ст. В середньому відмічалось 6,5 мм рт. ст. Слід зазначити виражену позитивну кореляцію між внутрішньочеревним тиском та індексом маси тіла. Стать та вік не мають значного впливу на показники тиску. За даними C.Tons та спів., рівень внутрішньочеревного тиску дорівнює 0-7 см вод. ст., після будь-якої лапаротомії підвищується до 5-12. Внутрішньочеревний тиск можна визначати при вимірюванні відстані між верхнім краєм лонного з'єднання й рівнем рідини в трубці, яка приєднується до катетера Фолея. Вимірювання тиску в сечовому міхурі вважається "золотим стандартом" для моніторингу внутрішньочеревного тиску. При вимірюванні тиску в шлунку можна контролювати внутрішньочеревний тиск. Для цього в шлунок вводять зонд і вимірюють рівень рідини в трубці, яка приєднана до зонда. За "0" вважають рівень передньої аксиллярної лінії. Зрідка використовують нижню порожнисту вену із введеним в неї через стегову вену катетером.

Висновок: етіологічних чинників розвитку CIAГ є багато. Це травма органів черевної порожнини із кровотечею в черевну порожнину та заочеревинний простір, переломи кісток таза. Деструктивний панкреатит, кишкова непрохідність, перитоніт є головними чинниками CIAГ. Розрив аневризми черевної аорти, масивна інфузійна терапія шоку, опіки більше 60% поверхні тіла, зашивання лапаротомної рани з натягом її країв, грижесічення, перитонеальний діаліз, ФГДС можуть призводити до розвитку CIAГ.

УДК: 616.12-008.331.1

## **АПРОБАЦІЯ МОДЕЛЕЙ З РАНДОМІЗОВАНИМИ ТА ФІКСОВАНИМИ ЕФЕКТАМИ ДЛЯ ПОБУДОВИ ПЕРЕВАГО-ЗВАЖУВАЛЬНИХ ІНСТРУМЕНТІВ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГХ**

**Баліцька О.П.**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Хвороби систем кровообігу залишаються проблемою №1 охорони здоров'я. В Україні вони обіймають перше місце в структурі смертності, поширеності хвороб та інвалідності. За даними епідеміологічних досліджень, артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш поширеним хронічним захворюванням в Україні і зустрічається у 20-30% дорослого населення. АГ та її ускладнення - одна з головних причин інвалідизації населення. Внаслідок наявності АГ ризик виникнення інсульту збільшується у 7 разів, ішемічної хвороби серця - у 4 рази, серцевої недостатності - у 6 разів. Саме тому велика увага надається вибору економічно спроможних ефективних схем лікування АГ та гіпертонічної хвороби (ГХ).

Успішність оцінки фармакоекономічної ефективності поширених схем лікування ГХ залежить від отримання незміщених оцінок якості життя хворих упродовж лікування. Переваго-зважувальні інструменти, які використовують для цього, характеризуються зміщеністю ваг, що відбивається на неточності оцінок якості життя. Зміщеність ваг, перш за все, залежить від вирівнювання інструменту на індивідуальні особливості пацієнта та часового, як правило, кумулятивного чи серійного, ефекту. Для зменшення зміщеності ми розробили переваго-зважувальний інструмент, що враховує вказані основні причини зміщень через змішану ієрархічну модель із фіксованими/рандомізованими ефектами. Проблемою залишається характеристика ефектів. У разі фіксованого характеру стверджується можливість кореляції ефектів з незалежними змінними - атрибутами шкал, що використовуються для оцінки якості життя. Це досить виправдане рішення, адже ряд психологічних характеристик та індивідуальний досвід накладає відбиток на вибір атрибутів. З іншого боку, рандомізовані ефекти теж мають свою привабливість

- вони виходять із більш загальних посилок щодо незалежної генерації залежних і незалежних змінних, що надто часто є переважним для практичної генералізації інструменту. Ми проаналізували обидва підходи.

На основі 100 пацієнтів, які лікувались з приводу гіпертонічної хвороби у кардіологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні протягом 2003-2008 років (1054 щоденних динамічних спостережень) науково обґрунтований та розроблений переваго-зважувальний інструмент оцінки якості життя хворих на гіпертонічну хворобу. Враховувались різні специфікація та апробувались різні оцінки параметрів моделі інструменту. Використані оцінки якості життя, отримані за методами шансів SG (Standard gamble technique) та VAS (Visual analogue scale) як залежну змінну й атрибути шкал опитувальника EuroQoL як незалежні бінарні змінні.

Отримані параметри моделі показали практичну рівнозначність оцінок моделей з фіксованими і рандомізованими ефектами. Питання кількості оцінюваних ефектів також є важливим. Чи досить лише враховувати індивідуальний змішувальний ефект чи слід оцінювати також часові ковариати? Врахування останніх важливо, так як це очищує оцінку коефіцієнтів моделі від можливих часових залежностей оцінок якості життя. Так, саме перебування в стаціонарі, ефекти від лікування, нервово вигорання наряду з попередніми оцінками якості життя можуть прямо чи через накопичення впливати на наступні оцінки якості життя, що призводить до їх зміщення.

Аналіз моделей з одним (1) і двома (2) фіксованими ефектами показали, що оцінки параметрів мають дещо більшу статистичну спроможність (меншу помилку першого роду  $p$ ) для моделі з одним фіксованим ефектом. Будучи простішою, ця модель характеризується однаковою інформаційною й описовою потужністю порівняно з моделлю з двома фіксованими ефектами. Це означає, що в моделі переваго-зважувального інструменту оцінки якості життя хворих на ГХ не доцільно враховувати серійну кореляцію залишків.

Висновок: в ході дослідження показана рівноцінність специфікації рандомізованих/фіксованих ефектів. Дещо більша на нашу думку доцільність застосування моделі, що враховує лише індивідуальний змішувальний ефект.

**УДК: 616.716.4:616-001.5**

## **ФОРМИРОВАНИЕ ПОДБОРОДОЧНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ**

**Бедик О.В.**

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

Переломы нижней челюсти представляют собой патологию, которая достаточно часто встречается у пациентов челюстно-лицевых стационаров. Среди всех переломов нижней челюсти переломы в подбородочном отделе занимают особое место, так как этот отдел отличается от других участков нижней челюсти своим эмбриональным развитием.

В развитии нижней челюсти важную роль играет меккелев хрящ, который в процессе онтогенеза рассасывается и трансформируется в кость и связки, а в филогенезе представляет собой первичную нижнюю челюсть у рыб (Смирнов, Персин, 2007). У человека оксификация нижней челюсти происходит за счет остеобластов, мигрировавших из оболочки меккелевого хряща. Благодаря этим клеткам создаются три дополнительных центра оксификации (хряща): в венечном отростке, суставном отростке и в области симфиза, что определяет особенности клиники и функционального состояния нижней челюсти.

При рождении ребенка нижняя челюсть состоит из двух частей, которые в области симфиза связаны фиброзной тканью, и срастаются в течение первого года жизни, что есть отличительной особенностью этого отдела нижней челюсти (Колесов, 1970; Каламкаров, 1981).

Во многих руководствах указывается на то, что при переломах нижней челюсти в подбородочном отделе фрагменты перелома смещаются незначительно и прежде всего во фронтальной плоскости, что позволяет считать эти переломы наиболее легкими для лечения.

Однако, результаты клинических наблюдений показывают, что при рекомендованной длительности лечения (21 день) сращение перелома в подбородочном отделе часто является недостаточным, отмечается подвижность фрагментов, что требует продления сроков фиксации до 28-32 дней. Кроме фактора недостаточной фиксации фрагментов перелома, большое значение могут иметь особенности кровообращения, регенерации, формирование подбородочного отдела в эмбриональном и постнатальном периоде. Так, А.Э.Рауэр указывает, что "отломки в переднем отделе нижней челюсти ... срастаются лишь при плотном соприкосновении, причем костные клетки спаиваются, непосредственно накладываясь черепицеобразно".

Выводы: 1. переломы нижней челюсти в подбородочном отделе требуют большей длительности межчелюстной фиксации, чем другие переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда; 2. для получения стабильных результатов лечения может быть более часто рекомендован остеосинтез фрагментов перелома.

- вони виходять із більш загальних посилок щодо незалежної генерації залежних і незалежних змінних, що надто часто є переважним для практичної генералізації інструменту. Ми проаналізували обидва підходи.

На основі 100 пацієнтів, які лікувались з приводу гіпертонічної хвороби у кардіологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні протягом 2003-2008 років (1054 щоденних динамічних спостережень) науково обґрунтований та розроблений переваго-зважувальний інструмент оцінки якості життя хворих на гіпертонічну хворобу. Враховувались різні специфікація та апробувались різні оцінки параметрів моделі інструменту. Використані оцінки якості життя, отримані за методами шансів SG (Standard gamble technique) та VAS (Visual analogue scale) як залежну змінну й атрибути шкал опитувальника EuroQoL як незалежні бінарні змінні.

Отримані параметри моделі показали практичну рівнозначність оцінок моделей з фіксованими і рандомізованими ефектами. Питання кількості оцінюваних ефектів також є важливим. Чи досить лише враховувати індивідуальний змішувальний ефект чи слід оцінювати також часові ковариати? Врахування останніх важливо, так як це очищує оцінку коефіцієнтів моделі від можливих часових залежностей оцінок якості життя. Так, саме перебування в стаціонарі, ефекти від лікування, нервово вигорання наряду з попередніми оцінками якості життя можуть прямо чи через накопичення впливати на наступні оцінки якості життя, що призводить до їх зміщення.

Аналіз моделей з одним (1) і двома (2) фіксованими ефектами показали, що оцінки параметрів мають дещо більшу статистичну спроможність (меншу помилку першого роду  $p$ ) для моделі з одним фіксованим ефектом. Будучи простішою, ця модель характеризується однаковою інформаційною й описовою потужністю порівняно з моделлю з двома фіксованими ефектами. Це означає, що в моделі переваго-зважувального інструменту оцінки якості життя хворих на ГХ не доцільно враховувати серійну кореляцію залишків.

Висновок: в ході дослідження показана рівноцінність специфікації рандомізованих/фіксованих ефектів. Дещо більша на нашу думку доцільність застосування моделі, що враховує лише індивідуальний змішувальний ефект.

---

**УДК: 616.716.4:616-001.5**

## **ФОРМИРОВАНИЕ ПОДБОРОДОЧНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ**

**Бедик О.В.**

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

---

Переломы нижней челюсти представляют собой патологию, которая достаточно часто встречается у пациентов челюстно-лицевых стационаров. Среди всех переломов нижней челюсти переломы в подбородочном отделе занимают особое место, так как этот отдел отличается от других участков нижней челюсти своим эмбриональным развитием.

В развитии нижней челюсти важную роль играет меккелев хрящ, который в процессе онтогенеза рассасывается и трансформируется в кость и связки, а в филогенезе представляет собой первичную нижнюю челюсть у рыб (Смирнов, Персин, 2007). У человека оксификация нижней челюсти происходит за счет остеобластов, мигрировавших из оболочки меккелевого хряща. Благодаря этим клеткам создаются три дополнительных центра оксификации (хряща): в венечном отростке, суставном отростке и в области симфиза, что определяет особенности клиники и функционального состояния нижней челюсти.

При рождении ребенка нижняя челюсть состоит из двух частей, которые в области симфиза связаны фиброзной тканью, и срастаются в течение первого года жизни, что есть отличительной особенностью этого отдела нижней челюсти (Колесов, 1970; Каламкаров, 1981).

Во многих руководствах указывается на то, что при переломах нижней челюсти в подбородочном отделе фрагменты перелома смещаются незначительно и прежде всего во фронтальной плоскости, что позволяет считать эти переломы наиболее легкими для лечения.

Однако, результаты клинических наблюдений показывают, что при рекомендованной длительности лечения (21 день) сращение перелома в подбородочном отделе часто является недостаточным, отмечается подвижность фрагментов, что требует продления сроков фиксации до 28-32 дней. Кроме фактора недостаточной фиксации фрагментов перелома, большое значение могут иметь особенности кровообращения, регенерации, формирование подбородочного отдела в эмбриональном и постнатальном периоде. Так, А.Э.Рауэр указывает, что "отломки в переднем отделе нижней челюсти ... срастаются лишь при плотном соприкосновении, причем костные клетки спаиваются, непосредственно накладываясь черепицеобразно".

Выводы: 1. переломы нижней челюсти в подбородочном отделе требуют большей длительности межчелюстной фиксации, чем другие переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда; 2. для получения стабильных результатов лечения может быть более часто рекомендован остеосинтез фрагментов перелома.

УДК: 616.-092:616.155.194

## ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ АНЕМІЇ ПРИ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗАХ

*Березюк О.М., Лисенко Д.А.*

Кафедра внутрішньої медицини №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, Україна, 21018)

В основі патофізіології розвитку анемії при гострих лейкозах відіграє метаплазія кісткового мозку, тобто механічне заміщення гемопоетичної тканини пухлинним клоном та фіброзною тканиною. Окрім того, злоякісні клітини здатні викликати деструкцію як стовбурових клітин, так і клітин - попередників гемопоезу, пошкоджувати кістково-мозкове мікрооточення, знижувати місцеву продукцію ростових факторів. Однак, після ерадикації злоякісного клону після хіміотерапії ця причина анемії нівелюється.

Важливу роль у розвитку анемії при лейкоміях відіграє взаємодія між клітинами пухлинного клону та імунною системою, що приводить до активації макрофагів, лейкоцитів, гепатоцитів та виділення ними специфічних цитокінів та гострофазових білків. Серед елементів імунної системи першими реагують на антигенний стимул моноцити, що продукують ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-10 та ФНП- $\alpha$ , Т-лімфоцити, що синтезують ІЛ-2 та ІФН- $\gamma$  та гепатоцити, що постачають білки гострої фази - гепсидин та СРБ. Ця реакція організму на пухлину є захисною, але має й інші, несприятливі для організму наслідки, що пов'язано з багатофункціональністю месенджерів імунної системи та білків гострої фази запалення. Описані фактори здатні порушувати еритропоез за рахунок: 1) зниження вироблення еритропоетину нирками; 2) пригнічення проліферації, активації апоптозу клітин гемопоетичної тканини та зниження чутливості до еритропоетину; 3) порушення обміну заліза зі зменшенням його доступності для еритропоетизу. Отже, важливу роль у розвитку анемії відіграють поломки регуляційних механізмів.

Досить значну роль у виникненні та прогресуванні анемії відіграє лікування - хіміотерапія та радіотерапія. Це може бути наслідком як прямого мієлосупресивного впливу цієї терапії на кістковий мозок (доксорубіцин, цисплатин, іфосфамід, вінкрістин), так і внаслідок пошкодження еритропоетин-продукуючих клітин нирок. Важкість анемії залежить від виду хіміотерапевтичного засобу, його дози, тривалості застосування. Повторні цикли ХТ можуть пригнічувати еритропоез кумулятивно.

Певне значення в появі АЗН має дефіцит пластичних факторів (вітамінів  $B_9$ ,  $B_{12}$ , білка, заліза), які також необхідні для підтримання життєдіяльності пухлини, кровотечі, гемолізу, зумовлений, як зниженням осмотичної резистентності мембрани еритроцита за рахунок специфічного фактора, індукуючого розвиток анемії, так і симптоматичним аутоімунним гемолізом.

Використання ЕП для корекції анемічного синдрому при гострих лейкозах, в тому числі при гострому мієлолейкозі, практично не вивчалось, оскільки існували побоювання відносно теоретично можливого лейкозогенного ефекту ЕП, однак на сьогодні доведено, що такий ефект можливий лише у випадку гострого еритролейкозу та в дослідженнях *in vitro*. А для використання стимулюючого фактору необхідне підтвердження неадекватної продукції ендогенного ЕП при ГМЛ на фоні ПХТ. У відомих дослідженнях вивчався анемічний синдром при гострих лейкозах без визначення вмісту в крові ЕП і, відповідно, не встановлювалась його роль в розвитку анемічного синдрому.

Об'єкт дослідження: 30 хворих на гострий мієлобластний лейкоз молодого та середнього віку, що отримують хіміотерапію за схемою 7+3 (цитозар, доксорубіцин) та знаходяться на стаціонарному лікуванні в гематологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім.М.І.Пирогова, та 30 здорових студентів.

В ході проведення дослідження були використані наступні методи наукових досліджень: загальноклінічні, лабораторні дослідження крові (гемограма та біохімічні дослідження), рівень ендогенного еритропоетину в сироватці крові, біохімічні параметри обміну заліза, лабораторне дослідження кісткового мозку (мієлограма), анкетування за допомогою шкали EORTC QLQ CORE 30 із модулем оцінки впливу анемії, методи багатовимірного статистичного аналізу.

До поліхіміотерапії (ПХТ) усі пацієнти мали анемію. З легким ступенем анемії було 10 пацієнтів, із середнім - 16, із важким - 4. Після ПХТ легку анемію мали 6, середню ступінь важкості 10 та важку - 14 пацієнтів. Середній рівень гемоглобіну в цілому до ПХТ складав  $80,83 \pm 15,11$  г/л, а після ПХТ -  $71,5 \pm 18,22$  г/л. Середній рівень ЕП у пацієнтів з ГМЛ до ПХТ складав  $160,22 \pm 45,3$  Од/л, після ПХТ -  $25,42 \pm 5,1$  Од/л.

В результаті обстеження у всіх хворих був діагностований анемічний синдром, який прогресував на фоні основного захворювання та після проведення поліхіміотерапії, не дивлячись на корекцію гемотрансфузіями. Також анемічний синдром тривав до наступного курсу поліхіміотерапії. Рівень ЕП перед поліхіміотерапією компенсаторно різко зростає, а після проведення ПХТ значно знижується, що говорить про різке пригнічення синтезу ЕП під дією хіміотерапевтичного лікування. Дефіцит пластичних факторів, таких як залізо, вітаміни  $B_9$  та  $B_{12}$ , а також гемоліз, виключали. Метаплазія кісткового мозку не мала значення у розвитку анемії після поліхіміотерапії, оскільки всі, включені в дослідження хворі досягли ремісії. Використовуючи лінії регресії гемоглобіну та ЕП, можна сказати, що до та особливо після ПХТ виникає неадекватна продукція ЕП, що дозволяє припустити ефективність

використання ЕП для корекції анемічного синдрому у хворих на ГМЛ як під час проведення поліхіміотерапії, так і між курсами.

**УДК:** 618:618.4:613.954

## **ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПОДРОСТКОВ**

**Беркун И.Ю., Днистрянская А.П.**

Кафедра акушерства и гинекологии №1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (вул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

На базе ЦРБ за период с 2006 по 2008 год проведено 52 родов у подростков в возрасте 15-17 лет. Менструальный цикл у подростков начинался в 11-13 лет. Из заболеваний, перенесенных в детстве, пациенты отмечали детские инфекции (корь, скарлатина, ОРВИ).

Все подростки взяты на учет в сроке до 12 недель. Их наблюдали в поликлинике ВЦРБ в акушерском кабинете с последующим обследованием в кабинете генетики ВОКЛ им.Н.И.Пирогова, а также проводили гормональные исследования ферментным методом в лаборатории "Synovo".

При осмотре диагностировано ОРСТ - у 11 подростков, простой плоский таз - у 5, плоско-рахитический - у 1 беременной. Беременность осложнилась в 1 триместре у 26 беременных угрозой прерывания; анемией - у 25 беременных, гестационным пиелонефритом - у 12, ревматический порок - в I случае. Во II триместре: угроза прерывания наблюдалась у 13 беременных, анемия у 24, гестационный пиелонефрит - 12. В III триместре: угроза преждевременных родов - 9, анемия - у 24; ФПН - у 5, гестозы - у 7, гестационный пиелонефрит - у 3, обострение ревматического процесса - 7. Роды в срок наблюдались у 42 беременных, преждевременные роды - у 10. ЗВУР плода установлена в 5 случаях.

Родоразрешение проводили путем кесарева сечения в нижнем маточном сегменте разрезом по Доффлеу (4 случая). В остальных случаях рожали самостоятельно. Вес плодов колебался от 2,5 до 3,4 кг. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС наблюдалось у 4 новорожденных, 10 детей после преждевременных родов переведены в ДОБ. Выписка детей проводилась на 7-9 сутки. В перинатальном центре детей не наблюдали.

Акушерскую помощь юным беременным оказывают в специализированных учреждениях стационарного типа. Одной из важнейших задач, стоящих перед персоналом родовспомогательных учреждений, является обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для юной матери и плода - рождение здорового ребенка или сохранение здоровья матери.

Организация акушерских (родильных) палат для юных беременных в составе многопрофильных больниц имеет ряд преимуществ. В этих случаях юные беременные постоянно обеспечены полным объемом клинических исследований, консультативной помощью врачей различных специальностей, том числе анестезиологов и реаниматологов, службы крови; кроме того имеется возможность наиболее рационально использовать современную диагностическую и лечебную аппаратуру.

Если юная беременная страдает экстрагенитальным заболеванием и ей показаны обследование и лечение, в сроке до 26 недель ее необходимо госпитализировать в специальные палаты патологии беременных. Контакт между медицинским персоналом и подростками должен возникать при первой же встрече, где бы она не происходила. Лечебно-профилактические мероприятия в I триместре беременности сводятся к более частому обследованию, снижению физической нагрузки, соблюдению щадящего охранительного режима, решительному ограничению применения медикаментозных препаратов. Рекомендуется прекращение половой жизни, пролонгированный ночной сон и дневной отдых (до 8-10 ч.); достаточное пребывание на свежем воздухе (не менее 4-6ч.), разнообразное витаминизированное, но не избыточное питание.

При необходимости следует шире использовать безмедикаментозные методы лечения: иглорефлексотерапию, электроранальгезию, физиотерапию. II триместр беременности характеризуется наиболее интенсивным ростом плода, плаценты, увеличением скорости маточного и пуповинного кровотока, теснейшим взаимодействием функциональных связей в системе мать-плацента-плод.

Система наблюдения юной беременной в III триместре заключается в более частом контрольном и целенаправленном осмотре с применением УЗИ, КТГ, определении выделения эстриола в суточной моче, кольпоцитологическом исследовании.

Послеродовая реабилитация: 1. Обучение вести менструальный календарь; 2. Регламентация трудовых (физических и умственных) нагрузок; 3. Борьба с вредными привычками (алкоголь, курение); 4. Регуляция массы тела (сбалансированное питание); 5. Аутогенная тренировка (стремление к спокойствию, уравновешенности, самопознанию, самовоспитанию, образованию).

використання ЕП для корекції анемічного синдрому у хворих на ГМЛ як під час проведення поліхіміотерапії, так і між курсами.

**УДК:** 618:618.4:613.954

## **ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПОДРОСТКОВ**

**Беркун И.Ю., Днистрянская А.П.**

Кафедра акушерства и гинекологии №1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (вул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

На базе ЦРБ за период с 2006 по 2008 год проведено 52 родов у подростков в возрасте 15-17 лет. Менструальный цикл у подростков начинался в 11-13 лет. Из заболеваний, перенесенных в детстве, пациенты отмечали детские инфекции (корь, скарлатина, ОРВИ).

Все подростки взяты на учет в сроке до 12 недель. Их наблюдали в поликлинике ВЦРБ в акушерском кабинете с последующим обследованием в кабинете генетики ВОКЛ им.Н.И.Пирогова, а также проводили гормональные исследования ферментным методом в лаборатории "Synovo".

При осмотре диагностировано ОРСТ - у 11 подростков, простой плоский таз - у 5, плоско-рахитический - у 1 беременной. Беременность осложнилась в 1 триместре у 26 беременных угрозой прерывания; анемией - у 25 беременных, гестационным пиелонефритом - у 12, ревматический порок - в I случае. Во II триместре: угроза прерывания наблюдалась у 13 беременных, анемия у 24, гестационный пиелонефрит - 12. В III триместре: угроза преждевременных родов - 9, анемия - у 24; ФПН - у 5, гестозы - у 7, гестационный пиелонефрит - у 3, обострение ревматического процесса - 7. Роды в срок наблюдались у 42 беременных, преждевременные роды - у 10. ЗВУР плода установлена в 5 случаях.

Родоразрешение проводили путем кесарева сечения в нижнем маточном сегменте разрезом по Доффлеру (4 случая). В остальных случаях рожали самостоятельно. Вес плодов колебался от 2,5 до 3,4 кг. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС наблюдалось у 4 новорожденных, 10 детей после преждевременных родов переведены в ДОБ. Выписка детей проводилась на 7-9 сутки. В перинатальном центре детей не наблюдали.

Акушерскую помощь юным беременным оказывают в специализированных учреждениях стационарного типа. Одной из важнейших задач, стоящих перед персоналом родовспомогательных учреждений, является обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для юной матери и плода - рождение здорового ребенка или сохранение здоровья матери.

Организация акушерских (родильных) палат для юных беременных в составе многопрофильных больниц имеет ряд преимуществ. В этих случаях юные беременные постоянно обеспечены полным объемом клинических исследований, консультативной помощью врачей различных специальностей, том числе анестезиологов и реаниматологов, службы крови; кроме того имеется возможность наиболее рационально использовать современную диагностическую и лечебную аппаратуру.

Если юная беременная страдает экстрагенитальным заболеванием и ей показаны обследование и лечение, в сроке до 26 недель ее необходимо госпитализировать в специальные палаты патологии беременных. Контакт между медицинским персоналом и подростками должен возникать при первой же встрече, где бы она не происходила. Лечебно-профилактические мероприятия в I триместре беременности сводятся к более частому обследованию, снижению физической нагрузки, соблюдению щадящего охранительного режима, решительному ограничению применения медикаментозных препаратов. Рекомендуется прекращение половой жизни, пролонгированный ночной сон и дневной отдых (до 8-10 ч.); достаточное пребывание на свежем воздухе (не менее 4-6ч.), разнообразное витаминизированное, но не избыточное питание.

При необходимости следует шире использовать безмедикаментозные методы лечения: иглорефлексотерапию, электроранальгезию, физиотерапию. II триместр беременности характеризуется наиболее интенсивным ростом плода, плаценты, увеличением скорости маточного и пуповинного кровотока, теснейшим взаимодействием функциональных связей в системе мать-плацента-плод.

Система наблюдения юной беременной в III триместре заключается в более частом контрольном и целенаправленном осмотре с применением УЗИ, КТГ, определении выделения эстриола в суточной моче, кольпоцитологическом исследовании.

Послеродовая реабилитация: 1. Обучение вести менструальный календарь; 2. Регламентация трудовых (физических и умственных) нагрузок; 3. Борьба с вредными привычками (алкоголь, курение); 4. Регуляция массы тела (сбалансированное питание); 5. Аутогенная тренировка (стремление к спокойствию, уравновешенности, самопознанию, самовоспитанию, образованию).



УДК: 616.379-008.64

## ДІАБЕТИЧНА ПЕРИФЕРИЧНА ПОЛІНЕЙРОПАТІЯ. СУДИННІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН

*Беседінська О.В.<sup>1</sup>, Беседінський В.І.<sup>2</sup>, Король Т.М.<sup>3</sup>, Гаврилюк А.О.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Буковинський державний медичний університет (Театральна пл., 2, м. Чернівці, Україна, 58000); Обласна комунальна медична установа "Патологоанатомічне бюро" (м. Чернівці, Україна); <sup>2</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Однією з провідних причин розвитку периферичної нейропатії є цукровий діабет (ЦД), кількість хворих на який у світі перевищує 100 млн. осіб (Єфімов та ін., 2007). Сучасні специфічні методи лікування дозволили значно збільшити тривалість життя цієї категорії хворих. В зв'язку з цим одним з найбільш характерних проявів сучасного перебігу ЦД став розвиток пізніх судинних ускладнень, що не встигали, як правило, сформуватись в "доінсулінову епоху" (Удовиченко, 2001; Зиганшин, 2004; Vinik, 2001). Зміни в судинній системі настільки виражені і так часто визначають перебіг і прогноз хвороби, що це дозволило оголосити ЦД, поряд із серцево-судинними та онкозахворюваннями, важливою медико-соціальною проблемою, у зв'язку з широкою розповсюдженістю, ранньою інвалідизацією та смертністю (Ванюков, 2006).

Згідно сучасних уявлень патогенез діабетичної периферичної полінейропатії (ДПН) розглядається як мультифакторіальний, в основі якого лежить комплекс метаболічних та судинних факторів, що розвиваються внаслідок характерних для цукрового діабету порушень обміну речовин. Розглянемо детальніше роль порушень мікроциркуляції у виникненні ДПН, зокрема, уражень *vasa nervorum*.

Ще в 1959 р. S.Fagerber звернув увагу на зміни в судинах великогомілкового нерва. В наступних роботах показано, що при ЦД відмічається характерне потовщення стінок ендоневральних судин. Потовщення базальної мембрани ендоневральних капілярів виражено сильніше, ніж у капілярах шкіри й м'язів. R.Malik з співавторами у 1993 році встановили, що зміни в епі- і періневральних судинах менш виражені, ніж в ендоневральних. В експериментах на тваринах доведено, що морфологічні зміни в нервах, можуть бути попереджені або усунуті шляхом застосування вазодилітаторів.

Утворення кінцевих продуктів глюкорування, внаслідок тривалої гіперглікемії, призводить до порушення структури судинної стінки, зокрема базальної мембрани капілярів (Lipnick, Lee, 1996). В той же час, гіперглікемія сприяє утворенню ліпопротеїдів низької щільності і їх накопиченню в судинній стінці, проліферації гладком'язових клітин. Важлива роль і перекисного окислення ліпідів, при якому значно зростає утворення вільних радикалів, які володіють деструктивною дією по відношенню до ендотелію, а також пригнічується синтез простагліцину, що володіє судиннозвужуючою дією та є фізіологічним інгібітором агрегації тромбоцитів (Балаболкин, 2000; Котов и др., 2000).

У генезі мікроциркуляторних порушень при ЦД важливу роль відіграють також порушення в системі гемостазу. Збільшення коагулятивної активності крові й посилення адгезивно-агрегаційних властивостей тромбоцитів обумовлює внутрішньосудинне тромбоутворення та має велике значення в розвитку й прогресуванні діабетичної мікроангіопатії. Регуляторами адгезивно-агрегаційної функції тромбоцитів є циклічні нуклеотиди й простагландини. Тромбоцити синтезують сполуки (похідні арахідонової кислоти), що відносяться до тромбоксанів, сильних індукторів агрегації тромбоцитів. Дисбаланс між системою тромбоксанів, тромбоцитів і простагліцинів ендотелію судин у хворих з ЦД більш виражений при наявності мікроангіопатії (Кучеровська, 1999).

Важливе значення має порушення нейрогенної регуляції мікроциркуляторного кровотоку. Дослідження останніх років підтвердили зниження швидкості кровотоку та насичення киснем у судинах великогомілкового нерва у хворих діабетом. При проведенні біопсії великогомілкового нерва з наступним гістологічним дослідженням виявлено зменшення периваскулярної іннервації. Денервація епіневральних судинних шунтів призводить до зниження перфузії і ішемії на рівні ендоневральних капілярів (Ibrahim, Harris, 1996).

Прогресування мікроангіопатії призводить до зниження ендоневрального кровотоку та пропорційного зменшення забезпечення киснем. Дисгемічна гіпоксія при ЦД сприяє зміні енергетичного метаболізму нервів на анаеробний гліколіз. Це призводить до зниження концентрації фосфокреатина, збільшення вмісту лактату. Таким чином, розвивається кисневе та енергетичне голодування. Зниженню ендоневральної мікроциркуляції та посиленню порушень функції нервів сприяють зменшення синтезу й збільшення руйнування оксиду азоту (NO), який володіє вазодилітаційною дією.

Отже, судинна теорія генезу ДПН пов'язує зміни периферичного нерва з погіршенням кровопостачання, що призводить до ендоневральної гіпоксії - раннього патогенетичного фактора розвитку нейропатії, як в експерименті, так і при розвитку нейропатії у хворих ЦД.

УДК: 16.233:616.24:616-007.17

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

**Биковська О.А.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед великої кількості захворювань, до яких схильні глибоко недоношені діти, одним з найважчих та недо-статньо вивчених залишається бронхолегенева дисплазія (БЛД). Специфічних клінічних проявів захворювання немає. В неонатальному періоді у недоношених дітей має місце поєднання декількох діагнозів, тому визначити специфічні клінічні симптоми бронхолегеневої дисплазії досить важко. Формування БЛД є важливим кінцевим наслідком перинатальної патології глибоко недоношеної дитини та обумовлює вищу захворюваність, вищий ризик повторних госпіталізацій протягом першого року життя, збільшення коштів на лікування, вищий ризик смерті у постнатальному періоді, вищий ризик затримки фізичного та нервово-психічного розвитку.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу бронхолегеневої дисплазії у недоношених дітей з масою тіла менше 1500 г та гестаційним віком менше 32 тижнів.

Під нашим спостереженням знаходилось 36 новонароджених, які народились у 2007-2009 роках та лікувались у відділенні інтенсивної терапії та відділенні для недоношених дітей Вінницького обласного неонатального центру. Бронхолегеневу дисплазію та ступінь її важкості визначали як наявність або відсутність залежності недоношеної дитини від респіраторної підтримки у 36 тижнів постконцептуального віку або на момент виписки додому (незалежно від того, що буде першим) з обов'язковою наявністю в анамнезі оксигенотерапії (>21%) протягом щонайменше 28 днів. Відповідно до сучасних критеріїв важкості захворювання дітей було розподілено на 2 групи: 17 дітей з "м'якою" БЛД, 19 дітей з "виразною" БЛД. Контрольну групу склали 30 недоношених дітей, які у неонатальному періоді отримували лікування з використанням додаткового кисню менше 28 днів.

Аналіз захворюваності показав, що частота респіраторного дистрес-синдрому, що ускладнився пневмонією в неонатальному періоді, вірогідно не відрізнялась у дітей з бронхолегеневою дисплазією та дітьми контрольної групи ( $p > 0,05$ ). Вроджена пневмонія зустрічалась в групах із бронхолегеневою дисплазією від 35,3% до 36,8% випадків, тоді як в контрольній групі її мали лише 10% дітей ( $p < 0,05$ ).

Дихальна недостатність мала місце у дітей всіх досліджуваних груп. Найважчі її прояви були у немовлят з "виразною" бронхолегеневою дисплазією - 84,2% з них мали дихальну недостатність 3 ступеня. У групі з "м'якою" БЛД дихальну недостатність 3 ступеня мала кожна 2 дитина. В контрольній групі вірогідно частіше спостерігалась дихальна недостатність 2 ступеня - її мали 73,3% дітей ( $p < 0,05$ ).

Перивентрикулярна лейкомаляція (ПВЛ) зустрічалась у групах із бронхолегеневою дисплазією від 58,8% до 63,2%, що достовірно частіше у порівнянні з контрольною групою, де ПВЛ мали 33,3% дітей ( $p < 0,05$ ). Внутрішньо-ошлуночкові крововиливи 3 ступеня мала кожна 3 дитина з бронхолегеневою дисплазією, і це достовірно частіше, ніж у дітей контрольної групи ( $p < 0,05$ ). У той же час, внутрішньошлуночкові крововиливи 1-2 ступеня вірогідно частіше було діагностовано у дітей контрольної групи - 36,7% випадків ( $p < 0,05$ ).

Персистуючу артеріальну протоку мало 26,3% немовлят із "виразною" БЛД, тоді як в групі "м'якої" БЛД та в контрольній групі дана патологія не зустрічалась. Некротизуючий ентероколіт у неонатальному періоді виявлявся у дітей всіх груп, але у дітей з бронхолегеневою дисплазією втричі частіше, ніж в контрольній групі (11,1% проти 3,3%) ( $p < 0,05$ ). Постнатальну затримку фізичного розвитку (маса тіла нижче 10 перцентилія) мали 41,2% дітей з "м'якою" БЛД та 63,2% дітей з "виразною" бронхолегеневою дисплазією проти 6,7% немовлят контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, бронхолегенева дисплазія формується у дітей з тяжким перебігом неонатального періоду, який в перші дні життя ускладнюється внутрішньошлуночковими крововиливами 3 ступеня на тлі внутрішньоутробної інфекції з виразною дихальною недостатністю, на другому тижні життя ці діти переносять некротизуючий ентероколіт та персистування артеріальної протоки, на третьому тижні життя у переважній більшості формується перивентрикулярна лейкомаляція та постнатальна затримка розвитку.

УДК: 61:325.1

## ТИПИ МЕДИЧНИХ СИСТЕМ

**Бобело В.С.**

Кафедра філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

УДК: 16.233:616.24:616-007.17

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

**Биковська О.А.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед великої кількості захворювань, до яких схильні глибоко недоношені діти, одним з найважчих та недо-статньо вивчених залишається бронхолегенева дисплазія (БЛД). Специфічних клінічних проявів захворювання немає. В неонатальному періоді у недоношених дітей має місце поєднання декількох діагнозів, тому визначити специфічні клінічні симптоми бронхолегеневої дисплазії досить важко. Формування БЛД є важливим кінцевим наслідком перинатальної патології глибоко недоношеної дитини та обумовлює вищу захворюваність, вищий ризик повторних госпіталізацій протягом першого року життя, збільшення коштів на лікування, вищий ризик смерті у постнатальному періоді, вищий ризик затримки фізичного та нервово-психічного розвитку.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу бронхолегеневої дисплазії у недоношених дітей з масою тіла менше 1500 г та гестаційним віком менше 32 тижнів.

Під нашим спостереженням знаходилось 36 новонароджених, які народились у 2007-2009 роках та лікувались у відділенні інтенсивної терапії та відділенні для недоношених дітей Вінницького обласного неонатального центру. Бронхолегеневу дисплазію та ступінь її важкості визначали як наявність або відсутність залежності недоноше-ної дитини від респіраторної підтримки у 36 тижнів постконцептуального віку або на момент виписки додому (незалежно від того, що буде першим) з обов'язковою наявністю в анамнезі оксигенотерапії (>21%) протягом щонайменше 28 днів. Відповідно до сучасних критеріїв важкості захворювання дітей було розподілено на 2 групи: 17 дітей з "м'якою" БЛД, 19 дітей з "виразною" БЛД. Контрольну групу склали 30 недоношених дітей, які у неона-тальному періоді отримували лікування з використанням додаткового кисню менше 28 днів.

Аналіз захворюваності показав, що частота респіраторного дистрес-синдрому, що ускладнився пневмонією в неонатальному періоді, вірогідно не відрізнялась у дітей з бронхолегеневою дисплазією та дітьми контрольної групи ( $p>0,05$ ). Вроджена пневмонія зустрічалась в групах із бронхолегеневою дисплазією від 35,3% до 36,8% випадків, тоді як в контрольній групі її мали лише 10% дітей ( $p<0,05$ ).

Дихальна недостатність мала місце у дітей всіх досліджуваних груп. Найважчі її прояви були у немовлят з "виразною" бронхолегеневою дисплазією - 84,2% з них мали дихальну недостатність 3 ступеня. У групі з "м'якою" БЛД дихальну недостатність 3 ступеня мала кожна 2 дитина. В контрольній групі вірогідно частіше спостерігалась дихальна недостатність 2 ступеня - її мали 73,3% дітей ( $p<0,05$ ).

Перивентрикулярна лейкомаляція (ПВЛ) зустрічалась у групах із бронхолегеневою дисплазією від 58,8% до 63,2%, що достовірно частіше у порівнянні з контрольною групою, де ПВЛ мали 33,3% дітей ( $p<0,05$ ). Внутрішнь-ошлуночкові крововиливи 3 ступеня мала кожна 3 дитина з бронхолегеневою дисплазією, і це достовірно частіше, ніж у дітей контрольної групи ( $p<0,05$ ). У той же час, внутрішньошлуночкові крововиливи 1-2 ступеня віро-гідно частіше було діагностовано у дітей контрольної групи - 36,7% випадків ( $p<0,05$ ).

Персистуючу артеріальну протоку мало 26,3% немовлят із "виразною" БЛД, тоді як в групі "м'якої" БЛД та в контрольній групі дана патологія не зустрічалась. Некротизуючий ентероколіт у неонатальному періоді виявляв-ся у дітей всіх груп, але у дітей з бронхолегеневою дисплазією втричі частіше, ніж в контрольній групі (11,1% проти 3,3%) ( $p<0,05$ ). Постнатальну затримку фізичного розвитку (маса тіла нижче 10 перцентилія) мали 41,2% дітей з "м'якою" БЛД та 63,2% дітей з "виразною" бронхолегеневою дисплазією проти 6,7% немовлят кон-трольної групи ( $p<0,05$ ).

Таким чином, бронхолегенева дисплазія формується у дітей з тяжким перебігом неонатального періоду, який в перші дні життя ускладнюється внутрішньошлуночковими крововиливами 3 ступеня на тлі внутрішньоутробної інфекції з виразною дихальною недостатністю, на другому тижні життя ці діти переносять некротизуючий ентеро-коліт та персистування артеріальної протоки, на третьому тижні життя у переважній більшості формується пери-вентрикулярна лейкомаляція та постнатальна затримка розвитку.

УДК: 61:325.1

## ТИПИ МЕДИЧНИХ СИСТЕМ

**Бобело В.С.**

Кафедра філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Вивчаючи соціологію медицини, як окрему галузь соціології, ми зіштовхуємось зі специфічним категоріальним апаратом. Однією з таких категорій є категорія медичних систем і їх типів. На сьогоднішній день ми можемо виділити три великих групи медичних систем: ексклюзивні, толерантні та інтегративні.

В першій, ексклюзивній, групі існує державна монополія на медицину й держава активно втручається в поряток медичних практик, регулює процес підготовки медичних працівників, здійснює контроль за їх діяльністю. Серед ексклюзивних медичних моделей можна виділити три моделі - радянську, французьку і американську. Радянська модель існувала в СРСР і країнах радянського блоку, її елементи зберігаються донині. Медик - це держслужбовець, найнятий на роботу Міністерством охорони здоров'я. Всі інші групи цілителів були заборонені в 1923 році і нещадно переслідувались. Цьому активно сприяла і єдина професійна асоціація медиків - Союз медичних працівників. Французька модель бере початок із спроб централізованої держави встановити контроль над всіма недипломованими і нелегальними лікарями. Вона склалась в перші роки XIX століття. Лікарі для того, щоб практикувати, повинні були проходити державну реєстрацію. Отримавши ліцензію, лікарі мали можливість практикувати в приватному порядку. В такій моделі лікарі набули високого соціально-політичного статусу. Слід зазначити, що держава надавала ліцензії лише кваліфікованим медичним школам, які мали державну підтримку. Ця модель поширилась і на колишні французькі колонії, також її сприйняло багато країн Латинської Америки. В американській моделі держава підтримала лікарняну медицину, а альтернативні системи частково були з'єднані з пануючою медичною субкультурою, а частково залишились під заступництвом церкви. У США держава акредитує незалежні інститути, такі як медичні школи, дослідницькі інститути, лікарні й системи страхової медицини. Саме ці інститути формують регіональні групи медиків і забезпечують підвищення їх професійного статусу. Результатом цього є висока конкуренція на ринку медичних професій.

Щодо другої, толерантної, групи медичних систем то в їхніх рамках держава дозволяє існування альтернативних медичних практик, що відрізняються від тих, які прийняті в рамках лікарняної медицини. Тут можна відокремити британську й німецьку моделі медичних систем. У британській моделі існує система, яка виключно юридичним шляхом устанавлює, кого можна вважати лікарем. Британське законодавство чітко розділяє лікарів і "нелікарів", що практикують методи народної медицини. Хворий, опиняючись на ринку медичних послуг, має можливість обирати, до кого із експертів звернутись за допомогою. Більшість британських лікарів працюють на контрактній основі в Британській національній службі здоров'я, яка однак не оплачує послуги лікарів у тих випадках, якщо вони практикують народні способи лікування. Існуюча державна ліцензійна політика в сфері охорони здоров'я не забороняє неортодоксальні практики, однак існує обмеження на рекламу цих практик і відповідних послуг у масмедіа. Ця модель використовується в багатьох державах світу, особливо в колишніх британських колоніях. В німецькій моделі звертає на себе увагу те, що народні цілителі проходять особливе ліцензування. Вони здають обов'язковий іспит на знання державного законодавства із проблем регулювання медичної практики.

Третю групу складають інтегративні медичні системи. Вони являються плюралістичними і поєднують у собі різні медичні традиції. Тут можна виділити індійську й китайську моделі, а також медичні моделі країн третього світу. Під час британського колоніального володарювання в Індії успішно використовувались національні традиції лікування: аюрведа, сіддха та унані. Британська система була прийнята пізніше - після здобуття незалежності. З кінця 1940-х років індійський уряд активно розвиває лікарняну медицину. В таких умовах починають занепадати традиційні системи лікування. Вони розвиваються маргінальним шляхом, без фінансової підтримки уряду, за рахунок добровільності й меценатства. Майже всі вони розвиваються на релігійній основі. Системи, схожі до індійської розповсюджені у багатьох країнах Азії. Китайська модель розвивалась після другої світової війни в умовах політичного панування комунізму. Тут традиційна медицина була визнана та інтегрувалась у державну. Індійська та китайська моделі являють собою випадок інкорпорації народних цілителів у сучасні лікарські комплекси. Народні медичні практики тут спираються на стародавні медичні тексти, що користуються визнанням у суспільстві. До медичних моделей країн третього світу можна віднести всі інші інтегративні системи, що склались в незахідних суспільствах. Між всіма ними невеликі відмінності. Основними характерними рисами цієї моделі є: порівняна слабкість і недостатнє фінансування державної медицини; в населення існує великий попит на послуги народних цілителів; населення часто розпорошене по території країни, а слабкість комунікацій не дозволяють державній медицині здійснювати повномасштабний контроль.

---

**УДК:** 612.7

## **ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ЧАСОВИХ ТА ПРОСТОРОВИХ ПАРАМЕТРІВ ХОДИ**

**Богомаз О.В., Величко Т.О.**

Кафедра нормальної фізіології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Вивчаючи соціологію медицини, як окрему галузь соціології, ми зіштовхуємось зі специфічним категоріальним апаратом. Однією з таких категорій є категорія медичних систем і їх типів. На сьогоднішній день ми можемо виділити три великих групи медичних систем: ексклюзивні, толерантні та інтегративні.

В першій, ексклюзивній, групі існує державна монополія на медицину й держава активно втручається в поряток медичних практик, регулює процес підготовки медичних працівників, здійснює контроль за їх діяльністю. Серед ексклюзивних медичних моделей можна виділити три моделі - радянську, французьку і американську. Радянська модель існувала в СРСР і країнах радянського блоку, її елементи зберігаються донині. Медик - це держслужбовець, найнятий на роботу Міністерством охорони здоров'я. Всі інші групи цілителів були заборонені в 1923 році і нещадно переслідувались. Цьому активно сприяла і єдина професійна асоціація медиків - Союз медичних працівників. Французька модель бере початок із спроб централізованої держави встановити контроль над всіма недипломованими і нелегальними лікарями. Вона склалась в перші роки XIX століття. Лікарі для того, щоб практикувати, повинні були проходити державну реєстрацію. Отримавши ліцензію, лікарі мали можливість практикувати в приватному порядку. В такій моделі лікарі набули високого соціально-політичного статусу. Слід зазначити, що держава надавала ліцензії лише кваліфікованим медичним школам, які мали державну підтримку. Ця модель поширилась і на колишні французькі колонії, також її сприйняло багато країн Латинської Америки. В американській моделі держава підтримала лікарняну медицину, а альтернативні системи частково були з'єднані з пануючою медичною субкультурою, а частково залишились під заступництвом церкви. У США держава акредитує незалежні інститути, такі як медичні школи, дослідницькі інститути, лікарні й системи страхової медицини. Саме ці інститути формують регіональні групи медиків і забезпечують підвищення їх професійного статусу. Результатом цього є висока конкуренція на ринку медичних професій.

Щодо другої, толерантної, групи медичних систем то в їхніх рамках держава дозволяє існування альтернативних медичних практик, що відрізняються від тих, які прийняті в рамках лікарняної медицини. Тут можна відокремити британську й німецьку моделі медичних систем. У британській моделі існує система, яка виключно юридичним шляхом устанавлює, кого можна вважати лікарем. Британське законодавство чітко розділяє лікарів і "нелікарів", що практикують методи народної медицини. Хворий, опиняючись на ринку медичних послуг, має можливість обирати, до кого із експертів звернутись за допомогою. Більшість британських лікарів працюють на контрактній основі в Британській національній службі здоров'я, яка однак не оплачує послуги лікарів у тих випадках, якщо вони практикують народні способи лікування. Існуюча державна ліцензійна політика в сфері охорони здоров'я не забороняє неортодоксальні практики, однак існує обмеження на рекламу цих практик і відповідних послуг у мас-медіа. Ця модель використовується в багатьох державах світу, особливо в колишніх британських колоніях. В німецькій моделі звертає на себе увагу те, що народні цілителі проходять особливе ліцензування. Вони здають обов'язковий іспит на знання державного законодавства із проблем регулювання медичної практики.

Третю групу складають інтегративні медичні системи. Вони являються плюралістичними і поєднують у собі різні медичні традиції. Тут можна виділити індійську й китайську моделі, а також медичні моделі країн третього світу. Під час британського колоніального володарювання в Індії успішно використовувались національні традиції лікування: аюрведа, сіддха та унані. Британська система була прийнята пізніше - після здобуття незалежності. З кінця 1940-х років індійський уряд активно розвиває лікарняну медицину. В таких умовах починають занепадати традиційні системи лікування. Вони розвиваються маргінальним шляхом, без фінансової підтримки уряду, за рахунок добровільності й меценатства. Майже всі вони розвиваються на релігійній основі. Системи, схожі до індійської розповсюджені у багатьох країнах Азії. Китайська модель розвивалась після другої світової війни в умовах політичного панування комунізму. Тут традиційна медицина була визнана та інтегрувалась у державну. Індійська та китайська моделі являють собою випадок інкорпорації народних цілителів у сучасні лікарські комплекси. Народні медичні практики тут спираються на стародавні медичні тексти, що користуються визнанням у суспільстві. До медичних моделей країн третього світу можна віднести всі інші інтегративні системи, що склались в незахідних суспільствах. Між всіма ними невеликі відмінності. Основними характерними рисами цієї моделі є: порівняна слабкість і недостатнє фінансування державної медицини; в населення існує великий попит на послуги народних цілителів; населення часто розпорошене по території країни, а слабкість комунікацій не дозволяють державній медицині здійснювати повномасштабний контроль.

---

**УДК:** 612.7

## **ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ЧАСОВИХ ТА ПРОСТОРОВИХ ПАРАМЕТРІВ ХОДИ**

**Богомаз О.В., Величко Т.О.**

Кафедра нормальної фізіології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Завданням даного дослідження було дослідити просторові та часові параметри ходи у здорових молодих людей різної статі при нормальній ході в довільно обраному темпі й вплив гендерних відмінностей на формування патерну ходи. З цієї метою було обстежено 189 молодих практично здорових людей, із них 78 чоловіків (середній вік  $19,2 \pm 1,7$  років) та 102 жінки (середній вік  $18,8 \pm 0,9$  років). Дослідження ходи проводили за допомогою автоматизованої системи GAITRite, яка дозволяє в режимі on-line отримувати часові та просторові параметри ходи людини.

У групі досліджуваних середня швидкість ходи (Velocity) у довільно обраному звичайному темпі склала  $125,8 \pm 19,9$  см/с, при чому в чоловіків цей показник достовірно вищий ( $129,5 \pm 17,9$  см/с), ніж у жінок ( $122,6 \pm 21,1$  см/с) ( $p < 0,05$ ). Цього чоловіки досягають достовірно меншою кількістю кроків, як при виконанні тесту (Step count,  $p < 0,001$ ), так і в середній кількості кроків за хвилину (Cadence,  $p < 0,01$ ).

Встановлено значні відмінності просторових параметрів ходи в залежності від статі. Так, довжина кроку (Step Length) у чоловіків склала  $70,57 \pm 7,22$  см як для правої, так і для лівої ноги. Ці значення є достовірно більшими, ніж у жінок ( $63,79 \pm 6,73$  см) ( $p < 0,001$ ) і, відповідно більшою у чоловіків є довжина подвійного кроку (Stride Length,  $p < 0,001$ ). Ширина бази опори (Support Base) також достовірно більша у чоловіків ( $p < 0,001$ ). Вона склала в чоловіків  $9,4 \pm 2,9$  см для лівої і  $9,8 \pm 2,9$  см для правої ноги, тоді як у жінок ці значення склали  $6,6 \pm 3,0$  і  $6,7 \pm 3,1$  см відповідно.

Серед часових параметрів ходи встановлено достовірно більшу ( $p < 0,01$ ) тривалість кроку (Step Time) у чоловіків ( $0,55 \pm 0,04$  с), ніж у жінок ( $0,53 \pm 0,06$  с для обох ніг), а також тривалість крокового циклу (Cycle Time), ( $1,09 \pm 0,08$  с для чоловіків,  $1,06 \pm 0,1$  с для жінок) ( $p < 0,01$ ).

Серед абсолютних часових параметрів, що стосуються внутрішньої організації циклу ходи, достовірно більшою ( $p < 0,001$ ) у чоловіків є тривалість часу переносу ноги (Swing Time) ( $0,44 \pm 0,03$  с у чоловіків,  $0,42 \pm 0,04$  с у жінок). Час опори (Stance Time) є достовірно більшим для правої ноги у чоловіків ( $0,66 \pm 0,06$  с), ніж у жінок ( $0,63 \pm 0,08$  с) ( $p < 0,05$ ), тоді як для лівої ноги ( $0,65 \pm 0,06$ ,  $0,63 \pm 0,08$  с відповідно) достовірність відмінності між чоловіками та жінками склала  $p = 0,0786$ . Час опори на одну ногу (Single Support Time) також достовірно більший у чоловіків ( $p < 0,001$ ). Але при оцінці відсоткового відношення часу опори на одну ногу й часу переносу ноги до загальної тривалості циклу ходи з'ясовується, що відмінностей цих значень у чоловіків та жінок практично не існує. В обох статях співвідношення фаз циклу ходи однакове.

Висновок: при аналізі внутрішньої організації циклу ходи у досліджуваних обох статей установлені відмінності абсолютних часових параметрів при сталості й відсутності відмінностей у відсоткових значеннях. Це може свідчити про однакову загальну організацію циклу ходи в обох статей при впливі різних антропометричних параметрів на абсолютні значення просторово-часових параметрів ходи.

**УДК: 616-018:612.017.1:616-002.5**

## **ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА ДОПОМОГОЮ МІТОГЕННОГО МУЛЬТИТЕСТУВАННЯ**

**Богомолов А. Є.**

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

В останній час велике значення надається ролі імунних порушень як системного, так і місцевого характеру в патогенезі запального процесу різноманітної етіології, що нерідко є причиною хронізації процесу та розвитку резистентності до загальноприйнятої базисної терапії. Відомо, що вторинний імунодефіцит відрізняється значною гетерогенністю свого походження, варіабельністю порушень імунного статусу, поліморфізмом клінічних проявів. Вторинний імунодефіцит у хворих на туберкульоз пов'язаний, головним чином, з недостатністю Т-ланки лімфоцитів. Сьогодні не існує проблем із визначенням кількісних та якісних параметрів клітинної ланки імунної системи. Проблема для нашої країни існує у реальній можливості впровадження цих високо вартісних імунологічних методів у практику роботи протитуберкульозних закладів. У зв'язку з цим нашу увагу привернули методи оцінки стану клітинної ланки імунної системи за допомогою шкірного тестування з мітогенами. В якості мітогенів, зважаючи на особливості імунної відповіді та їх поширеність, нами були застосовані алергени умовно патогенних грибів.

*Мета дослідження:* удосконалення діагностики порушень імунітету у хворих на туберкульоз із метою підвищення ефективності їх лікування.

Дослідження проводилось на матеріалі 89 хворих на різні форми легеневого туберкульозу, що проходили на момент обстеження стаціонарне лікування в умовах Вінницького обласного протитуберкульозного диспансеру (основні групи) та 17 дорослих здорових добровольців (контрольна група).

Перший етап нашого обстеження включав виключення у пацієнтів обтяженого алергологічного анамнезу, прийому глюкокортикостероїдів, інших імунодепресантів та імуностимуляторів та тяжкої супутньої патології, які

Завданням даного дослідження було дослідити просторові та часові параметри ходи у здорових молодих людей різної статі при нормальній ході в довільно обраному темпі й вплив гендерних відмінностей на формування патерну ходи. З цієї метою було обстежено 189 молодих практично здорових людей, із них 78 чоловіків (середній вік  $19,2 \pm 1,7$  років) та 102 жінки (середній вік  $18,8 \pm 0,9$  років). Дослідження ходи проводили за допомогою автоматизованої системи GAITRite, яка дозволяє в режимі on-line отримувати часові та просторові параметри ходи людини.

У групі досліджуваних середня швидкість ходи (Velocity) у довільно обраному звичайному темпі склала  $125,8 \pm 19,9$  см/с, при чому в чоловіків цей показник достовірно вищий ( $129,5 \pm 17,9$  см/с), ніж у жінок ( $122,6 \pm 21,1$  см/с) ( $p < 0,05$ ). Цього чоловіки досягають достовірно меншою кількістю кроків, як при виконанні тесту (Step count,  $p < 0,001$ ), так і в середній кількості кроків за хвилину (Cadence,  $p < 0,01$ ).

Встановлено значні відмінності просторових параметрів ходи в залежності від статі. Так, довжина кроку (Step Length) у чоловіків склала  $70,57 \pm 7,22$  см як для правої, так і для лівої ноги. Ці значення є достовірно більшими, ніж у жінок ( $63,79 \pm 6,73$  см) ( $p < 0,001$ ) і, відповідно більшою у чоловіків є довжина подвійного кроку (Stride Length,  $p < 0,001$ ). Ширина бази опори (Support Base) також достовірно більша у чоловіків ( $p < 0,001$ ). Вона склала в чоловіків  $9,4 \pm 2,9$  см для лівої і  $9,8 \pm 2,9$  см для правої ноги, тоді як у жінок ці значення склали  $6,6 \pm 3,0$  і  $6,7 \pm 3,1$  см відповідно.

Серед часових параметрів ходи встановлено достовірно більшу ( $p < 0,01$ ) тривалість кроку (Step Time) у чоловіків ( $0,55 \pm 0,04$  с), ніж у жінок ( $0,53 \pm 0,06$  с для обох ніг), а також тривалість крокового циклу (Cycle Time), ( $1,09 \pm 0,08$  с для чоловіків,  $1,06 \pm 0,1$  с для жінок) ( $p < 0,01$ ).

Серед абсолютних часових параметрів, що стосуються внутрішньої організації циклу ходи, достовірно більшою ( $p < 0,001$ ) у чоловіків є тривалість часу переносу ноги (Swing Time) ( $0,44 \pm 0,03$  с у чоловіків,  $0,42 \pm 0,04$  с у жінок). Час опори (Stance Time) є достовірно більшим для правої ноги у чоловіків ( $0,66 \pm 0,06$  с), ніж у жінок ( $0,63 \pm 0,08$  с) ( $p < 0,05$ ), тоді як для лівої ноги ( $0,65 \pm 0,06$ ,  $0,63 \pm 0,08$  с відповідно) достовірність відмінності між чоловіками та жінками склала  $p = 0,0786$ . Час опори на одну ногу (Single Support Time) також достовірно більший у чоловіків ( $p < 0,001$ ). Але при оцінці відсоткового відношення часу опори на одну ногу й часу переносу ноги до загальної тривалості циклу ходи з'ясовується, що відмінностей цих значень у чоловіків та жінок практично не існує. В обох статях співвідношення фаз циклу ходи однакове.

Висновок: при аналізі внутрішньої організації циклу ходи у досліджуваних обох статей установлені відмінності абсолютних часових параметрів при сталості й відсутності відмінностей у відсоткових значеннях. Це може свідчити про однакову загальну організацію циклу ходи в обох статей при впливі різних антропометричних параметрів на абсолютні значення просторово-часових параметрів ходи.

**УДК: 616-018:612.017.1:616-002.5**

## **ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА ДОПОМОГОЮ МІТОГЕННОГО МУЛЬТИТЕСТУВАННЯ**

**Богомолов А. Є.**

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

В останній час велике значення надається ролі імунних порушень як системного, так і місцевого характеру в патогенезі запального процесу різноманітної етіології, що нерідко є причиною хронізації процесу та розвитку резистентності до загальноприйнятої базисної терапії. Відомо, що вторинний імунодефіцит відрізняється значною гетерогенністю свого походження, варіабельністю порушень імунного статусу, поліморфізмом клінічних проявів. Вторинний імунодефіцит у хворих на туберкульоз пов'язаний, головним чином, з недостатністю Т-ланки лімфоцитів. Сьогодні не існує проблем із визначенням кількісних та якісних параметрів клітинної ланки імунної системи. Проблема для нашої країни існує у реальній можливості впровадження цих високо вартісних імунологічних методів у практику роботи протитуберкульозних закладів. У зв'язку з цим нашу увагу привернули методи оцінки стану клітинної ланки імунної системи за допомогою шкірного тестування з мітогенами. В якості мітогенів, зважаючи особливості імунної відповіді та їх поширеність, нами були застосовані алергени умовно патогенних грибів.

*Мета дослідження:* удосконалення діагностики порушень імунітету у хворих на туберкульоз із метою підвищення ефективності їх лікування.

Дослідження проводилось на матеріалі 89 хворих на різні форми легеневого туберкульозу, що проходили на момент обстеження стаціонарне лікування в умовах Вінницького обласного протитуберкульозного диспансеру (основні групи) та 17 дорослих здорових добровольців (контрольна група).

Перший етап нашого обстеження включав виключення у пацієнтів обтяженого алергологічного анамнезу, прийому глюкокортикостероїдів, інших імунодепресантів та імуностимуляторів та тяжкої супутньої патології, які

могли додатково вплинути на стан імунної системи. На другому етапі нами здійснювалося внутрішньошкірне введення алергенів умовно-патогенних грибів родів *Alternaria*, *Aspergillus* мікст, *Cladosporium*, *Chrisonilla*, *Monilia*, *Penicillium*, *Botrytis cinerea* в терміни не більше 10 днів після надходження пацієнта в стаціонар. Усі ін'єкції алергенів було виконано з дотриманням існуючих правил постановки внутрішньошкірних алергічних проб. Усі пацієнти дали поінформовану згоду на відповідне обстеження. Третім етапом дослідження була постановка проб із мітогенами через 90 днів після надходження хворих до стаціонару, тобто через 3 місяці від початку їх лікування. Згідно з існуючими нормами реакція оцінювалась в міліметрах. Реакція на введення алергенів класифікувалась як негативна, слабо позитивна, позитивна, різко позитивна, дуже різко позитивна та сумнівна згідно стандартів оцінки реакцій внутрішньошкірних тестів. Отримані дані оброблені за допомогою стандартних статистичних методів дослідження. При цьому вираховувалися середні арифметичні, стандартні похибки, середні квадратичні відхилення. Достовірність різниці оцінювали за Фішером-Стюдентом. Визначали також лінійний коефіцієнт кореляції Пірсона.

Результати тестування з огляду на алергічні реакції негайного типу у всіх обстежених груп випадали рідко (у 12 випадках в досліджуваних групах і в 5 випадках в контрольній групі), тому будь-які порівняння даних між собою проводити було недоцільно. Що ж до гіперчутливих реакцій уповільненого типу, найбільш часто позитивні результати випадали при тестуванні мітогенами *Botrytis cinerea*, *Alternaria* sp., *Cladosporium* sp. як в досліджуваній, так і в контрольній групах. При порівняльному аналізі даних тестування за окремими алергенами в різних підгрупах обстежуваних можна було зробити висновок, що найбільш достовірно різницю між підгрупами обстежених відображали алергени *Alternaria* sp., *Penicillium* sp., *Chrisonilia sitophila*, *Monilia sitophila*.

Ми також вираховували середнє значення позитивних тестів із мітогенами в досліджуваних і контрольній групах. В підгрупі А (n=28) середня кількість позитивних тестів (СПТ) з алергенами умовно-патогенних грибів склала 2,5 на 1 людину до лікування та 2,8 після нього. В підгрупі В (n=24) СПТ з алергенами грибів склала 2,92 на 1 людину до лікування та 3,6 після нього. В підгрупі С (n=37) СПТ при оцінці результату внутрішньошкірного введення алергенів умовно-патогенних грибів склала 0,52 на 1 пацієнта та 0,78 після нього. В контрольній групі (n=17) при оцінці результатів внутрішньошкірного введення 7 грибкових алергенів СПТ на 1 людину в групі склала 6,23. Результати реагування осіб із туберкульозом легень до і після їх лікування відрізняються між собою, що пов'язано із пригніченням активності туберкульозного процесу та покращенням клінічної картини захворювання. Загалом низький показник СПТ в осіб із хронічним туберкульозом пов'язаний зі значним пригніченням імунітету туберкульозом, а відносно незначний ріст показника через 90 днів після лікування - низькою ефективністю лікування таких хворих. Значний позитивний приріст показника СПТ у осіб з вперше виявленим та рецидивом туберкульозу може свідчити про вищу ефективність їх лікування протягом 90 днів курсом стандартної хіміотерапії.

Висновок: ми отримали дані, що свідчать про доцільність застосованого нами підходу щодо визначення стану Т-ланки імунітету за допомогою мітогенів, до яких відносяться алергени грибів. На наш погляд, такий підхід можна застосовувати з успіхом у вітчизняних протитуберкульозних закладах, завдячуючи простоті виконання та невисокій вартості відповідних алергенів. Важливий й той факт, що метод шкірного тестування з грибковими алергенами безпечний, оскільки жодного випадку небажаних реакцій (місцевого або загального типу) у хворих не виникало.

**УДК:** 72:616-071:615.9:616.5

## **СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ПЕРЕБІГУ БУЛЬОЗНИХ ТОКСИДЕРМІЙ**

**Бондар С.А., Ляшенко І.Н., Анфілова М.Р., Труніна Т.І., Наліжитий А.А., Мохамед Місбах**  
Кафедра шкірно-венерологічних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед бульозних токсидермій на сучасному етапі розрізняють наступні їх різновиди: фототоксична бульозна токсидермія; фіксована пігментна еритема; поліморфна еритема; синдром Стівенса-Джонсона; синдром Лайела.

Важкість бульозних токсидермій визначається розповсюдженістю ураження. Як і при опіку II ступеню важкості, прогноз життя несприятливий при ураженні бульозною токсидермією понад 10-20% поверхні шкіри. Прогноз наслідків синдрому Стівенса-Джонсона та синдрому Лайела в порівнянні за площею розповсюдженості ураження з такою ж кількістю менш сприятливий через наявність множинних розповсюджених ерозій слизових оболонок.

Патогенез фототоксичної бульозної токсидермії пояснюють взаємодією УФ-променів із фотосенсибілізуючими засобами. Бульозні ураження виникають на відкритих ділянках тіла. Фототоксичні прояви часто поєднуються з фотоалергічними. Зміни шкіри при фототоксичній бульозній токсидермії часто називають псевдопорфірією: бульозні ураження шкіри на тильній поверхні рук і на обличчі нагадують такі як при пізній шкірній порфірії, але при псевдопорфірії вміст у сечі уропорфіринів та копропорфіринів не перевищує показники норми.

Фіксована пігментна еритема може проявлятися поодиноким ураженням, яке розвивається через кілька годин



могли додатково вплинути на стан імунної системи. На другому етапі нами здійснювалося внутрішньошкірне введення алергенів умовно-патогенних грибів родів *Alternaria*, *Aspergillus* мікст, *Cladosporium*, *Chrisonilla*, *Monilia*, *Penicillium*, *Botrytis cinerea* в терміни не більше 10 днів після надходження пацієнта в стаціонар. Усі ін'єкції алергенів було виконано з дотриманням існуючих правил постановки внутрішньошкірних алергічних проб. Усі пацієнти дали поінформовану згоду на відповідне обстеження. Третім етапом дослідження була постановка проб із мітогенами через 90 днів після надходження хворих до стаціонару, тобто через 3 місяці від початку їх лікування. Згідно з існуючими нормами реакція оцінювалась в міліметрах. Реакція на введення алергенів класифікувалась як негативна, слабо позитивна, позитивна, різко позитивна, дуже різко позитивна та сумнівна згідно стандартів оцінки реакцій внутрішньошкірних тестів. Отримані дані оброблені за допомогою стандартних статистичних методів дослідження. При цьому вираховувалися середні арифметичні, стандартні похибки, середні квадратичні відхилення. Достовірність різниці оцінювали за Фішером-Стюдентом. Визначали також лінійний коефіцієнт кореляції Пірсона.

Результати тестування з огляду на алергічні реакції негайного типу у всіх обстежених груп випадали рідко (у 12 випадках в досліджуваних групах і в 5 випадках в контрольній групі), тому будь-які порівняння даних між собою проводити було недоцільно. Що ж до гіперчутливих реакцій уповільненого типу, найбільш часто позитивні результати випадали при тестуванні мітогенами *Botrytis cinerea*, *Alternaria* sp., *Cladosporium* sp. як в досліджуваній, так і в контрольній групах. При порівняльному аналізі даних тестування за окремими алергенами в різних підгрупах обстежуваних можна було зробити висновок, що найбільш достовірно різницю між підгрупами обстежених відображали алергени *Alternaria* sp., *Penicillium* sp., *Chrisonilla sitophila*, *Monilia sitophila*.

Ми також вираховували середнє значення позитивних тестів із мітогенами в досліджуваних і контрольній групах. В підгрупі А (n=28) середня кількість позитивних тестів (СПТ) з алергенами умовно-патогенних грибів склала 2,5 на 1 людину до лікування та 2,8 після нього. В підгрупі В (n=24) СПТ з алергенами грибів склала 2,92 на 1 людину до лікування та 3,6 після нього. В підгрупі С (n=37) СПТ при оцінці результату внутрішньошкірного введення алергенів умовно-патогенних грибів склала 0,52 на 1 пацієнта та 0,78 після нього. В контрольній групі (n=17) при оцінці результатів внутрішньошкірного введення 7 грибкових алергенів СПТ на 1 людину в групі склала 6,23. Результати реагування осіб із туберкульозом легень до і після їх лікування відрізняються між собою, що пов'язано із пригніченням активності туберкульозного процесу та покращенням клінічної картини захворювання. Загалом низький показник СПТ в осіб із хронічним туберкульозом пов'язаний зі значним пригніченням імунітету туберкульозом, а відносно незначний ріст показника через 90 днів після лікування - низькою ефективністю лікування таких хворих. Значний позитивний приріст показника СПТ у осіб з вперше виявленим та рецидивом туберкульозу може свідчити про вищу ефективність їх лікування протягом 90 днів курсом стандартної хіміотерапії.

Висновок: ми отримали дані, що свідчать про доцільність застосованого нами підходу щодо визначення стану Т-ланки імунітету за допомогою мітогенів, до яких відносяться алергени грибів. На наш погляд, такий підхід можна застосовувати з успіхом у вітчизняних протитуберкульозних закладах, завдячуючи простоті виконання та невисокій вартості відповідних алергенів. Важливий й той факт, що метод шкірного тестування з грибковими алергенами безпечний, оскільки жодного випадку небажаних реакцій (місцевого або загального типу) у хворих не виникало.

**УДК:** 72:616-071:615.9:616.5

## **СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ПЕРЕБІГУ БУЛЬОЗНИХ ТОКСИДЕРМІЙ**

**Бондар С.А., Ляшенко І.Н., Анфілова М.Р., Труніна Т.І., Наліжитий А.А., Мохамед Місбах**  
Кафедра шкірно-венерологічних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед бульозних токсидермій на сучасному етапі розрізняють наступні їх різновиди: фототоксична бульозна токсидермія; фіксована пігментна еритема; поліморфна еритема; синдром Стівенса-Джонсона; синдром Лайела.

Важкість бульозних токсидермій визначається розповсюдженістю ураження. Як і при опіку II ступеню важкості, прогноз життя несприятливий при ураженні бульозною токсидермією понад 10-20% поверхні шкіри. Прогноз наслідків синдрому Стівенса-Джонсона та синдрому Лайела в порівнянні за площею розповсюдженості ураження з такою ж кількістю менш сприятливий через наявність множинних розповсюджених ерозій слизових оболонок.

Патогенез фототоксичної бульозної токсидермії пояснюють взаємодією УФ-променів із фотосенсибілізуючими засобами. Бульозні ураження виникають на відкритих ділянках тіла. Фототоксичні прояви часто поєднуються з фотоалергічними. Зміни шкіри при фототоксичній бульозній токсидермії часто називають псевдопорфірією: бульозні ураження шкіри на тильній поверхні рук і на обличчі нагадують такі як при пізній шкірній порфірії, але при псевдопорфірії вміст у сечі уропорфіринів та копропорфіринів не перевищує показники норми.

Фіксована пігментна еритема може проявлятися поодиноким ураженням, яке розвивається через кілька годин

після прийому ліків, діаметром від 1 до 10 см із розвитком некрозу епідермісу й формуванням пухиря. У 25% причиною виникнення бульозних токсидермій є застосування пацієнтами в процесі лікування нестероїдних проти-запальних препаратів. Одуjuanня після фіксованої пігментної еритеми проходить протягом 10 днів з утворенням пігментної плями сірого або аспідного кольору. При множинних ураженнях шкіри диференційна діагностика фіксованої пігментної еритеми із синдромом Стівенса-Джонсона та синдромом Лайела є тяжкою.

Поліморфна еритема, враховуючи її нозологічну самостійність на теперішній час від синдрому Стівенса-Джонсона, розвивається переважно у молодих (у середньому вік хворих становить 23 роки), частіше у чоловіків (60%), частота рецидивів складає 33%. У 30-50% випадків рецидиви поліморфної еритеми обумовлені герпесом, в 15% - прийомом ліків.

Навпаки, синдром Стівенса-Джонсона виникає у пацієнтів більш старшого віку (до 40 років), частіше жіночої статі, частота рецидивів - 5%. Герпес не є причиною розвитку синдрому Стівенса-Джонсона, а в 75% випадків цей синдром має медикаментозну етіологію. Імунодефіцитні стани (ВІЛ-інфекція, аутоімунні захворювання) у пацієнтів сприяють розвитку синдрому Стівенса-Джонсона.

Синдром Стівенса-Джонсона та синдром Лайела на сучасному етапі відрізняються площею ураження шкіри та слизових оболонок: при синдромі Стівенса-Джонсона вона складає менше 10% поверхні шкіри, при синдромі Лайела - досягає 30%. Також летальністю: при синдромі Стівенса-Джонсона - 5%, при синдромі Лайела - близько 40% відповідно.

**УДК: 616-057:612.821**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН У СТАНІ ПРОВІДНИХ ПРОФЕСІЙНО-ЗНАЧУЩИХ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ УЧНІВ І СТУДЕНТІВ, ЩО ЗДОБУВАЮТЬ ПРОФЕСІЇ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ**

**Боровський Б. Р.**

Кафедра загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Професійна орієнтація як складова процесу ефективного та адекватного існуючим вимогам розвитку виробничих навичок і умінь та передумова формування високого рівня соціальної і професійної дієздатності та збереження і зміцнення здоров'я молоді являє собою науково обґрунтовану міждисциплінарну (медичну, гігієнічну, педагогічну, психологічну, соціологічну тощо) систему підготовки молоді до вільного й самостійного вибору професії, що має враховувати як індивідуальні професійно-значущі для конкретного фаху особливості кожної особистості, так і необхідність повноцінного розподілу трудових ресурсів в інтересах держави, економічного регіону, окремих галузей промисловості й сільського господарства.

Отже, виходячи з цих позицій, надзвичайно вагомими слід визнати наукові дослідження присвячені вивченню гігієнічних проблем підвищення ефективності профорієнтаційної діяльності серед різних контингентів учнівської і студентської молоді, що засвоюють різноманітні професії у стінах закладів професійної та вищої освіти, в тому числі й надзвичайно важливі з точки зору зміцнення трудового потенціалу країни професії, зокрема спеціальності у сфері залізничного транспорту.

Метою наукового дослідження було вивчення гігієнічних проблем щодо підвищення ефективності профорієнтаційної діяльності серед учнів і студентів, які засвоюють спеціальності залізничного транспорту, а також дослідження особливостей змін у стані провідних професійно-значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості учнів і студентів, що здобувають такі професії залізничного транспорту, як професії машиніста та помічника машиніста електровоза й тепловоза, фахівця з обслуговування залізничних споруд та об'єктів колійного господарства, фахівця з експлуатації та ремонту підйомно-транспортних, будівельних і дорожніх машин та обладнання тощо.

Під час досліджень, що здійснювались, функціональні особливості вищої нервової діяльності вивчались на підставі визначення значень латентних періодів простої і диференційованої зорово-моторної реакції, показників рухомості і врівноваженості нервових процесів із застосуванням методики хронорефлексометрії, стійкість та переключення уваги, а також провідні характеристики розумової працездатності оцінювались за допомогою таблиць Шульте, функціональні особливості зорового і сенсомоторного аналізаторів досліджувались шляхом визначення показників критичної частоти злиття світлових міготинь із використанням методики "Світлотест" та координації рухів із застосуванням тремометрії.

Разом із тим, характеристики температури досліджували на підставі використання особистісного опитувальника Айзенка, показники ситуаційної та особистісної тривожності - із застосуванням опитувальника Спілбергера,

після прийому ліків, діаметром від 1 до 10 см із розвитком некрозу епідермісу й формуванням пухиря. У 25% причиною виникнення бульозних токсидермій є застосування пацієнтами в процесі лікування нестероїдних проти-запальних препаратів. Одуjuanня після фіксованої пігментної еритеми проходить протягом 10 днів з утворенням пігментної плями сірого або аспідного кольору. При множинних ураженнях шкіри диференційна діагностика фіксованої пігментної еритеми із синдромом Стівенса-Джонсона та синдромом Лайела є тяжкою.

Поліморфна еритема, враховуючи її нозологічну самостійність на теперішній час від синдрому Стівенса-Джонсона, розвивається переважно у молодих (у середньому вік хворих становить 23 роки), частіше у чоловіків (60%), частота рецидивів складає 33%. У 30-50% випадків рецидиви поліморфної еритеми обумовлені герпесом, в 15% - прийомом ліків.

Навпаки, синдром Стівенса-Джонсона виникає у пацієнтів більш старшого віку (до 40 років), частіше жіночої статі, частота рецидивів - 5%. Герпес не є причиною розвитку синдрому Стівенса-Джонсона, а в 75% випадків цей синдром має медикаментозну етіологію. Імунодефіцитні стани (ВІЛ-інфекція, аутоімунні захворювання) у пацієнтів сприяють розвитку синдрому Стівенса-Джонсона.

Синдром Стівенса-Джонсона та синдром Лайела на сучасному етапі відрізняються площею ураження шкіри та слизових оболонок: при синдромі Стівенса-Джонсона вона складає менше 10% поверхні шкіри, при синдромі Лайела - досягає 30%. Також летальністю: при синдромі Стівенса-Джонсона - 5%, при синдромі Лайела - близько 40% відповідно.

**УДК: 616-057:612.821**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН У СТАНІ ПРОВІДНИХ ПРОФЕСІЙНО-ЗНАЧУЩИХ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ УЧНІВ І СТУДЕНТІВ, ЩО ЗДОБУВАЮТЬ ПРОФЕСІЇ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ**

**Боровський Б. Р.**

Кафедра загальної гігієни та екології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Професійна орієнтація як складова процесу ефективного та адекватного існуючим вимогам розвитку виробничих навичок і умінь та передумова формування високого рівня соціальної і професійної дієздатності та збереження і зміцнення здоров'я молоді являє собою науково обґрунтовану міждисциплінарну (медичну, гігієнічну, педагогічну, психологічну, соціологічну тощо) систему підготовки молоді до вільного й самостійного вибору професії, що має враховувати як індивідуальні професійно-значущі для конкретного фаху особливості кожної особистості, так і необхідність повноцінного розподілу трудових ресурсів в інтересах держави, економічного регіону, окремих галузей промисловості й сільського господарства.

Отже, виходячи з цих позицій, надзвичайно вагомими слід визнати наукові дослідження присвячені вивченню гігієнічних проблем підвищення ефективності профорієнтаційної діяльності серед різних контингентів учнівської і студентської молоді, що засвоюють різноманітні професії у стінах закладів професійної та вищої освіти, в тому числі й надзвичайно важливі з точки зору зміцнення трудового потенціалу країни професії, зокрема спеціальності у сфері залізничного транспорту.

Метою наукового дослідження було вивчення гігієнічних проблем щодо підвищення ефективності профорієнтаційної діяльності серед учнів і студентів, які засвоюють спеціальності залізничного транспорту, а також дослідження особливостей змін у стані провідних професійно-значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості учнів і студентів, що здобувають такі професії залізничного транспорту, як професії машиніста та помічника машиніста електровоза й тепловоза, фахівця з обслуговування залізничних споруд та об'єктів колійного господарства, фахівця з експлуатації та ремонту підйомно-транспортних, будівельних і дорожніх машин та обладнання тощо.

Під час досліджень, що здійснювались, функціональні особливості вищої нервової діяльності вивчались на підставі визначення значень латентних періодів простої і диференційованої зорово-моторної реакції, показників рухомості і врівноваженості нервових процесів із застосуванням методики хронорефлексометрії, стійкість та переключення уваги, а також провідні характеристики розумової працездатності оцінювались за допомогою таблиць Шульте, функціональні особливості зорового і сенсомоторного аналізаторів досліджувались шляхом визначення показників критичної частоти злиття світлових міготинь із використанням методики "Світлотест" та координації рухів із застосуванням тремометрії.

Разом із тим, характеристики температури досліджували на підставі використання особистісного опитувальника Айзенка, показники ситуаційної та особистісної тривожності - із застосуванням опитувальника Спілбергера,

властивості характеру - завдяки використанню опитувальників Mini-mult та Шмішека, оцінка рівня суб'єктивного контролю проводилась шляхом використання опитувальника Роттера, особливості психічних станів визначались за допомогою особистісних опитувальників Малкової й Зунга, тестової методики колірних виборів Люшера тощо.

В ході проведених досліджень виявлена наявність достатньо цікавих закономірностей щодо змін з боку показників формування психофізіологічних функцій, які відзначають особливості перебігу процесів психофізіологічної адаптації, та показників розвитку властивостей особистості, які характеризують особливості перебігу процесів психічної адаптації до навчальної діяльності в умовах закладу професійної освіти, а також виконання найтипівіших професійних завдань під час здійснення виробничої практики.

Зокрема, слід було звернути увагу на те, що у незмінених природних умовах здійснення навчально-орієнтованої діяльності цілий ряд професійно-значущих психофізіологічних функцій та особистісних властивостей, особистості і, в першу чергу, деякі особливості вищої нервової діяльності, характеристики стійкості і переключення уваги, розумової працездатності, властивості темпераменту і характеру відзначались вельми стабільними результатами в динаміці періоду, протягом якого проводилось наукове дослідження. Водночас, цілий ряд професійно значущих якостей характеризувався негативними за своїм змістом тенденціями, звертаючи на себе увагу наявністю ознак виснаження адаптаційно-компенсаторних механізмів організму та навіть їх поломки внаслідок тривалості та незаперечної дії як навчально-, так і особистісно-зумовлених причин, а також проявами викривлення процесів розвитку психофізіологічних та психогігієнічних корелят професійної дієздатності, які забезпечують ефективне формування професійно-зумовлених теоретичних умінь та практичних навичок, адекватне виконання повсякденних виробничих обов'язків, формування професійної дезадаптації тощо.

Вельми властивими для контингенту досліджуваних осіб були тенденції, що реєструвались в динаміці досліджуваного періоду з боку провідних показників стану здоров'я і адаптаційних ресурсів організму та полягали у вираженому збільшенні числа випадків захворювань з тимчасовою втратою працездатності при стабільній середній тривалості одного випадку хвороби, зменшення частки юнаків, що протягом року жодного разу не хворіли, зростання частки підлітків, яких характеризує наявність захворювань з хронічним перебігом патологічного процесу на тлі зменшення частки осіб, яких прийнято вважати практично здоровими.

**УДК: 323.1:913:2:21(C477)**

## **НАЦІОНАЛЬНІ, ЕТНІЧНІ ТА РЕЛІГІЙНІ АСПЕКТИ ВІДРОДЖЕННЯ УКРАЇНИ**

**Вергелес К.М.**

Кафедра філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Етнос та релігія досить тісно пов'язані між собою. Вони постійно взаємодіють, створюючи різноманітні синкретичні форми (національні церкви, етнічні релігії, етнорелігійні ідеології тощо). Сучасні етнонаціональні процеси суттєво впливають на відродження релігії, зокрема на становлення та утвердження саме Української церкви. Термін "релігійне відродження" означає відновлення релігійно-церковного життя корінного народу. Зважаючи на те, що відродження релігійної сфери має зовнішній і внутрішній вияв, доцільно було б наряду з поняттям "релігійне відродження" вживати також термін "церковний ренесанс". Церковний ренесанс фіксує зовнішній бік релігійних процесів і характеризується переважно кількісними показниками (зростання церковної мережі, розбудова релігійних структур, збільшення кількості духовних навчальних закладів, періодичних видань тощо).

З проголошенням незалежності України віруючі разом з іншими громадянами отримали можливість реалізації свого права на національно-державне та релігійно-церковне життя. В подальшому майже всі суспільно значимі акції відбувались за участю служителів культу та віруючих.

Отримання Україною незалежності спричинило пробудження величезної соціальної енергії українського народу, викликало нову хвилю політичного, національного, культурного, духовного та релігійного піднесення. У свідомості населення почало формуватися нове, принципово відмінне від старого, ставлення до релігії. Відчутно зростає потяг людей до віри, створювалися та міцніли національні релігійні інституції, розширювався віросповідний спектр українського суспільства. Крім того, в процесі набуття релігією нового суспільного статусу почалося докорінне переосмислення її ролі й місця в історії українського народу. Активне повернення до релігійних витоків національної духовності, моральності та культури. Відбувалося поступове впровадження у побут народних обрядів, звичаїв і традицій, в основу яких було покладено саме релігію.

Зважаючи на неоднорідність етнонаціонального складу українського суспільства, сутність і спрямованість етнонаціонального відродження були і є різними. Наслідком цього в Україні є наявність двох великих гілок Православ'я. Цією ситуацією скористалися і прихильники національної церкви. Саме в цей період було відновлено Українську автокефальну православну церкву, яка в подальшому своєму існуванні отримала назву Української Право-

властивості характеру - завдяки використанню опитувальників Mini-mult та Шмішека, оцінка рівня суб'єктивного контролю проводилась шляхом використання опитувальника Роттера, особливості психічних станів визначались за допомогою особистісних опитувальників Малкової й Зунга, тестової методики колірних виборів Люшера тощо.

В ході проведених досліджень виявлена наявність достатньо цікавих закономірностей щодо змін з боку показників формування психофізіологічних функцій, які відзначають особливості перебігу процесів психофізіологічної адаптації, та показників розвитку властивостей особистості, які характеризують особливості перебігу процесів психічної адаптації до навчальної діяльності в умовах закладу професійної освіти, а також виконання найтипівіших професійних завдань під час здійснення виробничої практики.

Зокрема, слід було звернути увагу на те, що у незмінених природних умовах здійснення навчально-орієнтованої діяльності цілий ряд професійно-значущих психофізіологічних функцій та особистісних властивостей, особистості і, в першу чергу, деякі особливості вищої нервової діяльності, характеристики стійкості і переключення уваги, розумової працездатності, властивості темпераменту і характеру відзначались вельми стабільними результатами в динаміці періоду, протягом якого проводилось наукове дослідження. Водночас, цілий ряд професійно значущих якостей характеризувався негативними за своїм змістом тенденціями, звертаючи на себе увагу наявністю ознак виснаження адаптаційно-компенсаторних механізмів організму та навіть їх поломки внаслідок тривалості та незаперечної дії як навчально-, так і особистісно-зумовлених причин, а також проявами викривлення процесів розвитку психофізіологічних та психогігієнічних корелят професійної дієздатності, які забезпечують ефективне формування професійно-зумовлених теоретичних умінь та практичних навичок, адекватне виконання повсякденних виробничих обов'язків, формування професійної дезадаптації тощо.

Вельми властивими для контингенту досліджуваних осіб були тенденції, що реєструвались в динаміці досліджуваного періоду з боку провідних показників стану здоров'я і адаптаційних ресурсів організму та полягали у вираженому збільшенні числа випадків захворювань з тимчасовою втратою працездатності при стабільній середній тривалості одного випадку хвороби, зменшення частки юнаків, що протягом року жодного разу не хворіли, зростання частки підлітків, яких характеризує наявність захворювань з хронічним перебігом патологічного процесу на тлі зменшення частки осіб, яких прийнято вважати практично здоровими.

**УДК: 323.1:913:2:21(C477)**

## **НАЦІОНАЛЬНІ, ЕТНІЧНІ ТА РЕЛІГІЙНІ АСПЕКТИ ВІДРОДЖЕННЯ УКРАЇНИ**

**Вергелес К.М.**

Кафедра філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Етнос та релігія досить тісно пов'язані між собою. Вони постійно взаємодіють, створюючи різноманітні синкретичні форми (національні церкви, етнічні релігії, етнорелігійні ідеології тощо). Сучасні етнонаціональні процеси суттєво впливають на відродження релігії, зокрема на становлення та утвердження саме Української церкви. Термін "релігійне відродження" означає відновлення релігійно-церковного життя корінного народу. Зважаючи на те, що відродження релігійної сфери має зовнішній і внутрішній вияв, доцільно було б наряду з поняттям "релігійне відродження" вживати також термін "церковний ренесанс". Церковний ренесанс фіксує зовнішній бік релігійних процесів і характеризується переважно кількісними показниками (зростання церковної мережі, розбудова релігійних структур, збільшення кількості духовних навчальних закладів, періодичних видань тощо).

З проголошенням незалежності України віруючі разом з іншими громадянами отримали можливість реалізації свого права на національно-державне та релігійно-церковне життя. В подальшому майже всі суспільно значимі акції відбувалися за участю служителів культу та віруючих.

Отримання Україною незалежності спричинило пробудження величезної соціальної енергії українського народу, викликало нову хвилю політичного, національного, культурного, духовного та релігійного піднесення. У свідомості населення почало формуватися нове, принципово відмінне від старого, ставлення до релігії. Відчутно зростає потяг людей до віри, створювалися та міцніли національні релігійні інституції, розширювався віросповідний спектр українського суспільства. Крім того, в процесі набуття релігією нового суспільного статусу почалося докорінне переосмислення її ролі й місця в історії українського народу. Активне повернення до релігійних витоків національної духовності, моральності та культури. Відбувалося поступове впровадження у побут народних обрядів, звичаїв і традицій, в основу яких було покладено саме релігію.

Зважаючи на неоднорідність етнонаціонального складу українського суспільства, сутність і спрямованість етнонаціонального відродження були і є різними. Наслідком цього в Україні є наявність двох великих гілок Православ'я. Цією ситуацією скористалися і прихильники національної церкви. Саме в цей період було відновлено Українську автокефальну православну церкву, яка в подальшому своєму існуванні отримала назву Української Право-

славної церкви Київського Патріархату. Саме ця церква почала нову хвилю відродження національної ідеї, впроваджуючи проведення богослужіння рідною українською мовою, представляючи Україну як незалежну державу.

Переконливим свідченням сучасного відродження Української Православної церкви є збільшення чисельності віруючих серед прихильників УПЦ КП. Не менш важливим показником національного відродження корінного народу є закріплення у Конституції України про державний статус української мови.

На шляху до національного й релігійного відродження в Україні і сьогодні стоїть чимало перешкод, серед яких найголовнішими були і є небажання старих владних структур демократизувати суспільство, а також неготовність частини населення до кардинальних суспільно-політичних змін.

Варто зазначити, що національне та релігійне відродження в Україні відбувалося не саме по собі. Його ідеї генерували й стверджували представники нової української політичної, національної, культурної та релігійної еліти. Цей рух тісно пов'язаний з народним рухом України, з такими відомими іменами політиків, як Володимир Яворівський, В'ячеслав Чорновіл. У відродженні національно-релігійного життя України прийняли активну участь релігійні діячі. Імена патріарха Мстислава (Скрипника), патріарха Володимира (Романюка), патріарха Димитрія (Яреми) навіки залишаться на сторінках історії за їх активну участь у становленні та відбудованні національності. На відповідальному етапі національно-відроджувального процесу до нього активно прилучився митрополит (пізніше патріарх) Філарет (Денисенко). Тому без перебільшення можна стверджувати, що шлях до незалежності, державності та відродження України прокладали не лише політичні сили, а й релігійні.

З проголошенням незалежності України віруючі разом з іншими громадянами отримали можливість реалізації свого права на національно-державне та релігійно-церковне життя. В подальшому майже всі суспільно значимі акції відбувалися за участю служителів культу та віруючих. Переконливим свідченням релігійного відродження в Україні стала реальна демократизація релігійно-церковного життя. Одним із незаперечних доказів релігійного відродження в Україні є розбудова розгалуженої релігійної мережі, збільшення кількості віруючих та поглиблення їхньої релігійності.

Якісне релігійне оновлення відбувається не саме по собі, а у тісній єдності з національним пробудженням українського народу. Звичайно, процеси етнонаціонального та релігійного відродження потребують більш чіткої скерованості, регулювання, передусім законодавчого, оскільки у їх сучасному розвитку ще немало елементів стихійності. Якісне законодавство та науково обґрунтована державна політика спрямовуватимуть етнонаціональні та релігійно-церковні процеси у русло цивілізованого розвитку.

**УДК: 576.2:616.1/.4:615.015:6**

## **АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ВНУТРІШНІХ ОРГАНАХ У ХВОРИХ НА ОПІЙНУ НАРКОМАНІЮ**

**Вільцанюк О. О.**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Проблема лікування захворювань органів дихання та іншої патології внутрішніх органів у хворих на опійну наркоманію залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини.

Метою нашого дослідження було вивчення морфологічних змін в легенях серці, нирках, печінці та інших внутрішніх органах у хворих на опійну наркоманію, які загинули внаслідок передозування наркотичних засобів або насильницькою смертю.

Об'єктом дослідження були морфологічні зміни внутрішніх органів у 32 померлих наркозалежних хворих. Серед померлих в 84,4% випадків (24 хворих) були чоловіки, а жінок було 15,6% (5 хворих). Середній вік померлих складав  $30,6 \pm 1,4$  років. У основної маси хворих причиною смерті було передозування наркотичних засобів - 24 хворих (75%), передозування наркотичних засобів та вживання алкоголю - 5 хворих (15,6%), насильницькою смертю померло - 3 хворих (9,4%).

Встановлено, що враження легень спостерігались у 96,9%, враження нирок у 89,4%, серця у 84,5%, печінки у 84,5% та головного мозку у 9,4% випадків. У паренхімі легень виявили ділянки емфіземи з ділянками дисателектазу. Зустрічались групи набряклих альвеол з домішками нейтрофільних лейкоцитів. У цих ділянках виявлялась велика кількість альвеолоцитів та макрофагів, що свідчило про наявність в легенях мілких пневмонічних вогнищ. У 2 випадках була виявлена вогнищева пневмонія, а в 1 випадку на фоні мілких пневмонічних вогнищ були виявлені дрібні абсцеси.

У всіх хворих при вивченні морфологічних змін у нирках відмічались ознаки паренхіматозної дистрофії нирок. Про це свідчили дистрофічні зміни епітелію каналців та наявність склерозованих клубочків нирок. За виключенням 3 випадків, де морфологічно був виявлений гломерулонефрит, а в 1 випадку спостерігався некроз епітелію звивистих каналців.

славної церкви Київського Патріархату. Саме ця церква почала нову хвилю відродження національної ідеї, впроваджуючи проведення богослужіння рідною українською мовою, представляючи Україну як незалежну державу.

Переконливим свідченням сучасного відродження Української Православної церкви є збільшення чисельності віруючих серед прихильників УПЦ КП. Не менш важливим показником національного відродження корінного народу є закріплення у Конституції України про державний статус української мови.

На шляху до національного й релігійного відродження в Україні і сьогодні стоїть чимало перешкод, серед яких найголовнішими були і є небажання старих владних структур демократизувати суспільство, а також неготовність частини населення до кардинальних суспільно-політичних змін.

Варто зазначити, що національне та релігійне відродження в Україні відбувалося не саме по собі. Його ідеї генерували й стверджували представники нової української політичної, національної, культурної та релігійної еліти. Цей рух тісно пов'язаний з народним рухом України, з такими відомими іменами політиків, як Володимир Яворівський, В'ячеслав Чорновіл. У відродженні національно-релігійного життя України прийняли активну участь релігійні діячі. Імена патріарха Мстислава (Скрипника), патріарха Володимира (Романюка), патріарха Димитрія (Яреми) навіки залишаться на сторінках історії за їх активну участь у становленні та відбудованні національності. На відповідальному етапі національно-відроджувального процесу до нього активно прилучився митрополит (пізніше патріарх) Філарет (Денисенко). Тому без перебільшення можна стверджувати, що шлях до незалежності, державності та відродження України прокладали не лише політичні сили, а й релігійні.

З проголошенням незалежності України віруючі разом з іншими громадянами отримали можливість реалізації свого права на національно-державне та релігійно-церковне життя. В подальшому майже всі суспільно значимі акції відбувалися за участю служителів культу та віруючих. Переконливим свідченням релігійного відродження в Україні стала реальна демократизація релігійно-церковного життя. Одним із незаперечних доказів релігійного відродження в Україні є розбудова розгалуженої релігійної мережі, збільшення кількості віруючих та поглиблення їхньої релігійності.

Якісне релігійне оновлення відбувається не саме по собі, а у тісній єдності з національним пробудженням українського народу. Звичайно, процеси етнонаціонального та релігійного відродження потребують більш чіткої скерованості, регулювання, передусім законодавчого, оскільки у їх сучасному розвитку ще немало елементів стихійності. Якісне законодавство та науково обґрунтована державна політика спрямовуватимуть етнонаціональні та релігійно-церковні процеси у русло цивілізованого розвитку.

**УДК: 576.2:616.1/.4:615.015:6**

## **АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ВНУТРІШНІХ ОРГАНАХ У ХВОРИХ НА ОПІЙНУ НАРКОМАНІЮ**

**Вільцанюк О.О.**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Проблема лікування захворювань органів дихання та іншої патології внутрішніх органів у хворих на опійну наркоманію залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини.

Метою нашого дослідження було вивчення морфологічних змін в легенях серці, нирках, печінці та інших внутрішніх органах у хворих на опійну наркоманію, які загинули внаслідок передозування наркотичних засобів або насильницькою смертю.

Об'єктом дослідження були морфологічні зміни внутрішніх органів у 32 померлих наркозалежних хворих. Серед померлих в 84,4% випадків (24 хворих) були чоловіки, а жінок було 15,6% (5 хворих). Середній вік померлих складав 30,6±1,4 років. У основної маси хворих причиною смерті було передозування наркотичних засобів - 24 хворих (75%), передозування наркотичних засобів та вживання алкоголю - 5 хворих (15,6%), насильницькою смертю померло - 3 хворих (9,4%).

Встановлено, що враження легень спостерігались у 96,9%, враження нирок у 89,4%, серця у 84,5%, печінки у 84,5% та головного мозку у 9,4% випадків. У паренхімі легень виявили ділянки емфіземи з ділянками дисателектазу. Зустрічались групи набряклих альвеол з домішками нейтрофілних лейкоцитів. У цих ділянках виявлялась велика кількість альвеолоцитів та макрофагів, що свідчило про наявність в легенях мілких пневмонічних вогнищ. У 2 випадках була виявлена вогнищева пневмонія, а в 1 випадку на фоні мілких пневмонічних вогнищ були виявлені дрібні абсцеси.

У всіх хворих при вивченні морфологічних змін у нирках відмічались ознаки паренхіматозної дистрофії нирок. Про це свідчили дистрофічні зміни епітелію каналців та наявність склерозованих клубочків нирок. За виключенням 3 випадків, де морфологічно був виявлений гломерулонефрит, а в 1 випадку спостерігався некроз епітелію звивистих каналців.

Морфологічні зміни в серці були представлені розладами геодинаміки, в переважній більшості випадків спостерігались дисциркуляторні зміни в міокарді. Як правило, спостерігався спазм та склероз дрібних артерій та артеріол. При цьому стінки судин були потовщені, завдяки набряку та наявності атеросклеротичних бляшок різного виду. Спостерігався набряк інтерстиціальної тканини міокарда. М'язові волокна міокарда вогнищево втрачали поперечну посмугованість, ядра кардіоміоцитів мали овальну або видовжену форму. В стромі органу зустрічались поодинокі лімфоцити. Вогнищево останні утворювали дрібні лімфоїдні агрегати. Некро-дистрофічні зміни в міокарді виявлялись у незначній групі пацієнтів. Вони були представлені дрібними субендокардіальними інфарктами, гострою ішемією, дистрофією міокарда. Характерною була наявність вогнищевого продуктивного інтерстиційного кардиту. Як правило, у всіх, хто підлягав спостереженню, виявлявся дрібний вогнищевий кардіосклероз.

При гістологічному дослідженні печінки на препаратах визначалась інфільтрація портальних трактів лімфогістіоцитарними елементами в вигляді мілких вогнищ. В гепатоцитах спостерігались дистрофічні зміни, які характеризуються помірним набряком клітин печінки з наявністю в їх цитоплазмі зернистості, що свідчило про зернисту дистрофію гепатоцитів. В багатьох випадках спостерігалася жирова дистрофія, про що свідчили наявність мілких та середніх крапель жиру, які локалізувались в центрі дольок. В деяких препаратах визначався незначний холестаза, про що свідчило скупчення жовтуватих гранул жовчного пігменту в окремих гепатоцитах та визначалась дистрофія і злущений епітелій жовчних ходів. Хронічний гепатит був представлений двома формами - агресивний та персистуючий гепатит.

В гепатоцитах спостерігалась гідропічна та жирова дистрофія, некроз поодиноких гепатоцитів, характерною була виражена дисконкомплексация печінкових балок.

Вивчення морфологічних змін головного мозку показали, що вони, як правило, носили посмертний характер і проявлялись розладами геодинаміки, порушенням реологічних властивостей крові та некродистрофічними змінами нейрогліальних елементів головного мозку.

Висновок: отримані дані свідчать, що даний контингент хворих має високий ризик розвитку захворювань внутрішніх органів із важким ускладненим перебігом.

**УДК:** 615.262.1:577.1:616.15:615.281:612.017.1:616.312.2-008.64

## **ПРОТИЗАПАЛЬНІ РЕАКЦІЇ, ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА КРОВІ ТА НАПРУЖЕННЯ АНТИВІРУСНОГО, АНТИХЛАМІДІЙНОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ**

**Вознюк Л.А.**

Кафедра терапії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Вивчення проблем патогенезу атеросклерозу в останні роки дало змогу особливе значення надати запальній теорії атерогенезу. Дані багаточисельних досліджень свідчать про пряму участь локального та системного запалення в ініціації та прогресуванні атеросклерозу та його ускладнень (Лугай, 2003; Братусь та ін., 2004). Це обумовлює необхідність пошуку нових патогенетичних механізмів виникнення ІХС та її ускладнень, а також маркерів, які визначають прогноз у таких хворих.

Зважаючи на приведені дані, метою нашої роботи було вивчення впливу показників імунозапальних реакцій, фактору Віллебранда, напруженості протихламідійного, протівірусного імунітету, показників ліпідного спектру крові на патогенез та клінічний перебіг ІХС.

Обстежено 117 хворих із верифікованою ІХС віком від 30 до 70 років ( $\pm 4,7$ ). Чоловіків було 63, жінок - 54. Середній вік склав 42,9 роки. Стабільний перебіг спостерігався у 87 хворих, в т.ч. з кардіосклерозом у 12 хворих. Стабільна стенокардія (СС) ІІ ФК діагностована у 21 хворих, СС ІІІ ФК - у 54 хворих. Нестабільний перебіг ІХС спостерігали у 30 хворих (включаючи прогресуючу, постінфарктну стенокардію, повторні інфаркти міокарда). У всіх хворих сучасними імуноферментними методами визначали вміст С-реактивного протеїну (СРП) у крові, вміст цитокінів у плазмі крові: ІЛ-6, фактора некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ), активність фактору Віллебранда (vWF). Ліпідний спектр крові (ЧС, ЧС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ТГ) визначали ферментативним методом.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що у пацієнтів з стабільним перебігом ІХС відмічається достовірне підвищення рівнів маркерів системного запалення: при СС ІІ ФК СРП і ІЛ-6 (відповідно  $14,12 \pm 0,12$  мМ/л ( $p < 0,001$ ) і  $53,67 \pm 11,49$  пг/мл ( $p < 0,001$ ), ФНП- $\alpha$  ( $12,61 \pm 4,38$  пг/мл,  $p < 0,005$ ), vWF ( $119,82 \pm 0,85$  пг/мл,  $p < 0,001$ ). При СС ІІІ ФК показники СРП і ІЛ-6 склали відповідно  $16,18 \pm 4,23$  ( $p < 0,001$ ) та  $62,4 \pm 13,2$  пг/мл ( $p < 0,0005$ ), ФНП- $\alpha$   $7,93 \pm 7,3$  пг/мл ( $p < 0,001$ ), vWF  $157,25 \pm 27,14$  пг/мл ( $p < 0,005$ ). При гострому коронарному синдромі (ГКС) СРП і ІЛ-6 склали, відповідно,  $18,8 \pm 5,76$  мМ/л ( $p < 0,0005$ ) та  $107,87 \pm 22,7$  пг/л ( $p < 0,0001$ ), ФНП- $\alpha$   $42,0 \pm 19,19$  пг/л,  $p < 0,001$ ,



Морфологічні зміни в серці були представлені розладами геодинаміки, в переважній більшості випадків спостерігались дисциркуляторні зміни в міокарді. Як правило, спостерігався спазм та склероз дрібних артерій та артеріол. При цьому стінки судин були потовщені, завдяки набряку та наявності атеросклеротичних бляшок різного виду. Спостерігався набряк інтерстиціальної тканини міокарда. М'язові волокна міокарда вогнищево втрачали поперечну посмугованість, ядра кардіоміоцитів мали овальну або видовжену форму. В стромі органу зустрічались поодинокі лімфоцити. Вогнищево останні утворювали дрібні лімфоїдні агрегати. Некро-дистрофічні зміни в міокарді виявлялись у незначній групі пацієнтів. Вони були представлені дрібними субендокардіальними інфарктами, гострою ішемією, дистрофією міокарда. Характерною була наявність вогнищового продуктивного інтерстиційного кардиту. Як правило, у всіх, хто підлягав спостереженню, виявлявся дрібний вогнищевий кардіосклероз.

При гістологічному дослідженні печінки на препаратах визначалась інфільтрація порталних трактів лімфогістіоцитарними елементами в вигляді мілких вогнищ. В гепатоцитах спостерігались дистрофічні зміни, які характеризуються помірним набряком клітин печінки з наявністю в їх цитоплазмі зернистості, що свідчило про зернисту дистрофію гепатоцитів. В багатьох випадках спостерігалася жирова дистрофія, про що свідчили наявність мілких та середніх крапель жиру, які локалізувались в центрі дольок. В деяких препаратах визначався незначний холестаза, про що свідчило скупчення жовтуватих гранул жовчного пігменту в окремих гепатоцитах та визначалась дистрофія і злущений епітелій жовчних ходів. Хронічний гепатит був представлений двома формами - агресивний та персистуючий гепатит.

В гепатоцитах спостерігалась гідропічна та жирова дистрофія, некроз поодиноких гепатоцитів, характерною була виражена дисконкомплексация печінкових балок.

Вивчення морфологічних змін головного мозку показали, що вони, як правило, носили посмертний характер і проявлялись розладами геодинаміки, порушенням реологічних властивостей крові та некродистрофічними змінами нейрогліальних елементів головного мозку.

Висновок: отримані дані свідчать, що даний контингент хворих має високий ризик розвитку захворювань внутрішніх органів із важким ускладненим перебігом.

**УДК:** 615.262.1:577.1:616.15:615.281:612.017.1:616.312.2-008.64

## **ПРОТИЗАПАЛЬНІ РЕАКЦІЇ, ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА КРОВІ ТА НАПРУЖЕННЯ АНТИВІРУСНОГО, АНТИХЛАМІДІЙНОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ**

**Вознюк Л.А.**

Кафедра терапії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Вивчення проблем патогенезу атеросклерозу в останні роки дало змогу особливе значення надати запальній теорії атерогенезу. Дані багаточисельних досліджень свідчать про пряму участь локального та системного запалення в ініціації та прогресуванні атеросклерозу та його ускладнень (Лугай, 2003; Братусь та ін., 2004). Це обумовлює необхідність пошуку нових патогенетичних механізмів виникнення ІХС та її ускладнень, а також маркерів, які визначають прогноз у таких хворих.

Зважаючи на приведені дані, метою нашої роботи було вивчення впливу показників імунозапальних реакцій, фактору Віллебранда, напруженості протихламідійного, протівірусного імунітету, показників ліпідного спектру крові на патогенез та клінічний перебіг ІХС.

Обстежено 117 хворих із верифікованою ІХС віком від 30 до 70 років ( $\pm 4,7$ ). Чоловіків було 63, жінок - 54. Середній вік склав 42,9 роки. Стабільний перебіг спостерігався у 87 хворих, в т.ч. з кардіосклерозом у 12 хворих. Стабільна стенокардія (СС) ІІ ФК діагностована у 21 хворих, СС ІІІ ФК - у 54 хворих. Нестабільний перебіг ІХС спостерігали у 30 хворих (включаючи прогресуючу, постінфарктну стенокардію, повторні інфаркти міокарда). У всіх хворих сучасними імуноферментними методами визначали вміст С-реактивного протеїну (СРП) у крові, вміст цитокінів у плазмі крові: ІЛ-6, фактора некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ), активність фактору Віллебранда (vWF). Ліпідний спектр крові (ЧС, ЧС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ТГ) визначали ферментативним методом.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що у пацієнтів з стабільним перебігом ІХС відмічається достовірне підвищення рівнів маркерів системного запалення: при СС ІІ ФК СРП і ІЛ-6 (відповідно  $14,12 \pm 0,12$  мМ/л ( $p < 0,001$ ) і  $53,67 \pm 11,49$  пг/мл ( $p < 0,001$ ), ФНП- $\alpha$  ( $12,61 \pm 4,38$  пг/мл,  $p < 0,005$ ), vWF ( $119,82 \pm 0,85$  пг/мл,  $p < 0,001$ ). При СС ІІІ ФК показники СРП і ІЛ-6 склали відповідно  $16,18 \pm 4,23$  ( $p < 0,001$ ) та  $62,4 \pm 13,2$  пг/мл ( $p < 0,0005$ ), ФНП- $\alpha$   $7,93 \pm 7,3$  пг/мл ( $p < 0,001$ ), vWF  $157,25 \pm 27,14$  пг/мл ( $p < 0,005$ ). При гострому коронарному синдромі (ГКС) СРП і ІЛ-6 склали, відповідно,  $18,8 \pm 5,76$  мМ/л ( $p < 0,0005$ ) та  $107,87 \pm 22,7$  пг/л ( $p < 0,0001$ ), ФНП- $\alpha$   $42,0 \pm 19,19$  пг/л,  $p < 0,001$ ,





вірусів групи біологічної зброї, проте необхідно відзначити групову ефективність сполук стосовно вірусів грипу (SI ~ 1,1÷3,2) та коронавірусу SARS (SI ~ 1,5).

**УДК:** 576.8.095.52:611-018.1:616.36:615.388

## **ПОЛІМОРФІЗМ ЗІРЧАСТИХ КЛІТИН ПЕЧІНКИ ТА ЇХ РОЛЬ В ФІБРОГЕНЕЗІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ С**

**Гаврилюк А.О., Король Т.М., Чернопищук Р.М., Бенедиктова Н.В.**

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

За останні 5 років в Україні відмічається ріст захворюваності хронічними гепатитами та цирозами печінки. При цьому, розповсюдженість хронічних гепатитів виросла у 2,2 рази, а цирозу печінки - на 60%.

Хронічні вірусні гепатити В і С відрізняються малосимптомним перебігом, пізньою діагностикою й терапією, а також безсимптомним розвитком цирозу й раку печінки з нерідкими летальними наслідками. Орієнтовно у 25% осіб працездатного віку, інфікованих вірусом гепатиту С, визначається мінімальна клінічна симптоматика гепатиту, нормальний рівень трансаміназ у крові та відсутність гіпербілірубінемії. В той же час, за даними гістологічних досліджень печінки, у 10-30% хворих ХВГС з нормальним рівнем амінотрансфераз визначаються ознаки помірного запалення і вираженого фіброзу печінки, а малосимптомний розвиток ГС більш ніж у 80% пацієнтів завершується цирозом печінки.

"Золотим" стандартом діагностики хронічного вірусного гепатиту (ХВГ), разом з ідентифікацією вірусу в крові полімеразною ланцюговою реакцією, є пункційна біопсія печінки, при патоморфологічному дослідженні якої визначається морфологічна активність гепатиту і розвиток фіброзу печінки шляхом розрахунку індексу гістологічної активності (ІГА) гепатиту за Knodell R.G. і співавторами та стадії фіброзу печінки за класифікацією METAVIR.

Розвиток цирозу печінки традиційно пов'язували з активацією синтезу колагену фібробластами; останніми роками з'явилися повідомлення про важливу роль у розвитку фіброзу і цирозу у хворих на ХВГ активованих перисинусоїдальних зірчастих клітин Іто.

У різних експериментальних моделях показано, що зірчасті клітки печінки пасивного фенотипу диференціюються по великих ліпідних краплях, що містять вітамін А; при надходженні фіброгенних стимулів вони стають активованими й перетворюються у міофібробластоподібний фенотип без ліпідних крапель, набуваючи фіброгенних властивостей із продукцією компонентів екстрацелюлярного матриксу, у тому числі колагену й протеогліканів.

Метою нашого дослідження було вивчити світлооптичні, ультраструктурні та імуногістохімічні маркери популяції зірчастих клітин печінки при фіброзі й цирозі органу.

Ми показали роль зірчастих клітин печінки в розвитку фіброзу органа при хронічному гепатиті С. При прогресуванні фіброзу зменшується чисельна щільність ліпидовмісних клітин. При цьому частина популяції зберігає "пасивний" фенотип. "Міофібробластоподібні" зірчасті клітини в стані фіброгенної активації характеризуються наступними морфологічними маркерами: зменшення числа і подальше зникнення ліпідних крапель; вогнищева проліферація ліпоцитів, гіперплазія мітохондрій та гранулярної цитоплазматичної сітки; імуногістохімічна експресія гладком'язового  $\alpha$ -актину та формування перичелюлярних колагенових фібрил у просторах Діссе. Фіброз на рівні центральних вен, синусоїдів і портальних суди обмежують нормальну гемодинаміку печінки, що призводить до скорочення метаболічно-ефективної паренхіми і розвитку портальної гіпертензії й портосистемного шунтування, що призводить до дисфункцій клітин печінки.

**УДК:** 616-006.6:616.33:616.33-002:616.33-00:616-006.5

## **АНАЛІЗ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ, ХРОНІЧНУ ПРОГРЕСУЮЧУ ВИРАЗКУ ТА ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПОЛІПИ**

**Галушко Г.М., Вернигородський С.В.**

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Рак шлунка за частотою і як причина летальності знаходиться на 1 місці серед усіх локалізацій пухлин шлунково-кишкового тракту. Зараз вважається, що рак шлунка ніколи не виникає в абсолютно здоровому органі. На даний час усі передракові стани й захворювання за ступенем та ймовірністю розвитку раку шлунка поділяють на 5

вірусів групи біологічної зброї, проте необхідно відзначити групову ефективність сполук стосовно вірусів грипу (SI ~ 1,1÷3,2) та коронавірусу SARS (SI ~ 1,5).

**УДК:** 576.8.095.52:611-018.1:616.36:615.388

## **ПОЛІМОРФІЗМ ЗІРЧАСТИХ КЛІТИН ПЕЧІНКИ ТА ЇХ РОЛЬ В ФІБРОГЕНЕЗІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ С**

**Гаврилюк А.О., Король Т.М., Чернопищук Р.М., Бенедиктова Н.В.**

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

За останні 5 років в Україні відмічається ріст захворюваності хронічними гепатитами та цирозами печінки. При цьому, розповсюдженість хронічних гепатитів виросла у 2,2 рази, а цирозу печінки - на 60%.

Хронічні вірусні гепатити В і С відрізняються малосимптомним перебігом, пізньою діагностикою й терапією, а також безсимптомним розвитком цирозу й раку печінки з нерідкими летальними наслідками. Орієнтовно у 25% осіб працездатного віку, інфікованих вірусом гепатиту С, визначається мінімальна клінічна симптоматика гепатиту, нормальний рівень трансаміназ у крові та відсутність гіпербілірубінемії. В той же час, за даними гістологічних досліджень печінки, у 10-30% хворих ХВГС з нормальним рівнем амінотрансфераз визначаються ознаки помірного запалення і вираженого фіброзу печінки, а малосимптомний розвиток ГС більш ніж у 80% пацієнтів завершується цирозом печінки.

"Золотим" стандартом діагностики хронічного вірусного гепатиту (ХВГ), разом з ідентифікацією вірусу в крові полімеразною ланцюговою реакцією, є пункційна біопсія печінки, при патоморфологічному дослідженні якої визначається морфологічна активність гепатиту і розвиток фіброзу печінки шляхом розрахунку індексу гістологічної активності (ІГА) гепатиту за Knodell R.G. і співавторами та стадії фіброзу печінки за класифікацією METAVIR.

Розвиток цирозу печінки традиційно пов'язували з активацією синтезу колагену фібробластами; останніми роками з'явилися повідомлення про важливу роль у розвитку фіброзу і цирозу у хворих на ХВГ активованих перисинусоїдальних зірчастих клітин Іто.

У різних експериментальних моделях показано, що зірчасті клітки печінки пасивного фенотипу диференціюються по великих ліпідних краплях, що містять вітамін А; при надходженні фіброгенних стимулів вони стають активованими й перетворюються у міофібробластоподібний фенотип без ліпідних крапель, набуваючи фіброгенних властивостей із продукцією компонентів екстрацелюлярного матриксу, у тому числі колагену й протеогліканів.

Метою нашого дослідження було вивчити світлооптичні, ультраструктурні та імуногістохімічні маркери популяції зірчастих клітин печінки при фіброзі й цирозі органу.

Ми показали роль зірчастих клітин печінки в розвитку фіброзу органа при хронічному гепатиті С. При прогресуванні фіброзу зменшується чисельна щільність ліпидовмісних клітин. При цьому частина популяції зберігає "пасивний" фенотип. "Міофібробластоподібні" зірчасті клітини в стані фіброгенної активації характеризуються наступними морфологічними маркерами: зменшення числа і подальше зникнення ліпідних крапель; вогнищева проліферація ліпоцитів, гіперплазія мітохондрій та гранулярної цитоплазматичної сітки; імуногістохімічна експресія гладком'язового  $\alpha$ -актину та формування перичелюлярних колагенових фібрил у просторах Діссе. Фіброз на рівні центральних вен, синусоїдів і портальних суди обмежують нормальну гемодинаміку печінки, що призводить до скорочення метаболічно-ефективної паренхіми і розвитку портальної гіпертензії й портосистемного шунтування, що призводить до дисфункцій клітин печінки.

**УДК:** 616-006.6:616.33:616.33-002:616.33-00:616-006.5

## **АНАЛІЗ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ, ХРОНІЧНУ ПРОГРЕСУЮЧУ ВИРАЗКУ ТА ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПОЛІПИ**

**Галушко Г.М., Вернигородський С.В.**

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Рак шлунка за частотою і як причина летальності знаходиться на 1 місці серед усіх локалізацій пухлин шлунково-кишкового тракту. Зараз вважається, що рак шлунка ніколи не виникає в абсолютно здоровому органі. На даний час усі передракові стани й захворювання за ступенем та ймовірністю розвитку раку шлунка поділяють на 5

вірусів групи біологічної зброї, проте необхідно відзначити групову ефективність сполук стосовно вірусів грипу (SI ~ 1,1÷3,2) та коронавірусу SARS (SI ~ 1,5).

**УДК:** 576.8.095.52:611-018.1:616.36:615.388

## **ПОЛІМОРФІЗМ ЗІРЧАСТИХ КЛІТИН ПЕЧІНКИ ТА ЇХ РОЛЬ В ФІБРОГЕНЕЗІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ С**

**Гаврилюк А.О., Король Т.М., Чернопищук Р.М., Бенедиктова Н.В.**

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

За останні 5 років в Україні відмічається ріст захворюваності хронічними гепатитами та цирозами печінки. При цьому, розповсюдженість хронічних гепатитів виросла у 2,2 рази, а цирозу печінки - на 60%.

Хронічні вірусні гепатити В і С відрізняються малосимптомним перебігом, пізньою діагностикою й терапією, а також безсимптомним розвитком цирозу й раку печінки з нерідкими летальними наслідками. Орієнтовно у 25% осіб працездатного віку, інфікованих вірусом гепатиту С, визначається мінімальна клінічна симптоматика гепатиту, нормальний рівень трансаміназ у крові та відсутність гіпербілірубінемії. В той же час, за даними гістологічних досліджень печінки, у 10-30% хворих ХВГС з нормальним рівнем амінотрансфераз визначаються ознаки помірного запалення і вираженого фіброзу печінки, а малосимптомний розвиток ГС більш ніж у 80% пацієнтів завершується цирозом печінки.

"Золотим" стандартом діагностики хронічного вірусного гепатиту (ХВГ), разом з ідентифікацією вірусу в крові полімеразною ланцюговою реакцією, є пункційна біопсія печінки, при патоморфологічному дослідженні якої визначається морфологічна активність гепатиту і розвиток фіброзу печінки шляхом розрахунку індексу гістологічної активності (ІГА) гепатиту за Knodell R.G. і співавторами та стадії фіброзу печінки за класифікацією METAVIR.

Розвиток цирозу печінки традиційно пов'язували з активацією синтезу колагену фібробластами; останніми роками з'явилися повідомлення про важливу роль у розвитку фіброзу і цирозу у хворих на ХВГ активованих перисинусоїдальних зірчастих клітин Іто.

У різних експериментальних моделях показано, що зірчасті клітки печінки пасивного фенотипу диференціюються по великих ліпідних краплях, що містять вітамін А; при надходженні фіброгенних стимулів вони стають активованими й перетворюються у міофібробластоподібний фенотип без ліпідних крапель, набуваючи фіброгенних властивостей із продукцією компонентів екстрацелюлярного матриксу, у тому числі колагену й протеогліканів.

Метою нашого дослідження було вивчити світлооптичні, ультраструктурні та імуногістохімічні маркери популяції зірчастих клітин печінки при фіброзі й цирозі органу.

Ми показали роль зірчастих клітин печінки в розвитку фіброзу органа при хронічному гепатиті С. При прогресуванні фіброзу зменшується чисельна щільність ліпидовмісних клітин. При цьому частина популяції зберігає "пасивний" фенотип. "Міофібробластоподібні" зірчасті клітини в стані фіброгенної активації характеризуються наступними морфологічними маркерами: зменшення числа і подальше зникнення ліпідних крапель; вогнищева проліферація ліпоцитів, гіперплазія мітохондрій та гранулярної цитоплазматичної сітки; імуногістохімічна експресія гладком'язового  $\alpha$ -актину та формування перичелюлярних колагенових фібрил у просторах Діссе. Фіброз на рівні центральних вен, синусоїдів і портальних суди обмежують нормальну гемодинаміку печінки, що призводить до скорочення метаболічно-ефективної паренхіми і розвитку портальної гіпертензії й портосистемного шунтування, що призводить до дисфункцій клітин печінки.

**УДК:** 616-006.6:616.33:616.33-002:616.33-00:616-006.5

## **АНАЛІЗ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ, ХРОНІЧНУ ПРОГРЕСУЮЧУ ВИРАЗКУ ТА ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПОЛІПИ**

**Галушко Г.М., Вернигородський С.В.**

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Рак шлунка за частотою і як причина летальності знаходиться на 1 місці серед усіх локалізацій пухлин шлунково-кишкового тракту. Зараз вважається, що рак шлунка ніколи не виникає в абсолютно здоровому органі. На даний час усі передракові стани й захворювання за ступенем та ймовірністю розвитку раку шлунка поділяють на 5

груп: з абсолютним ризиком розвитку раку - 50-70% (дисплазія слизової оболонки шлунка, сімейний аденоматозний поліпоз (синдром Гарднера), аденоматозні поліпи, стравохід Барретта); із безумовним ризиком 20-70% (спадковий неполіпозний колоректальний рак-синдром Лінча 11, інфекція *H.pylori*, хронічний атрофічний пангастрит, кишкова метаплазія слизової оболонки шлунка); із визначеним розвитком 10-20% (шлунок після резекції по Більрот-II, аутоімунний атрофічний гастрит); із ймовірним ризиком 5-10% (синдром Пейтца-Егерса, гамартомні поліпи шлунка і гіперпластична гастропатія - хвороба Менетріє); із можливим ризиком - менше 5% (гіперпластичні поліпи, доброякісні виразки шлунку).

Окрім передракових станів велике значення у розвитку раку мають передракові зміни слизової оболонки шлунка, тобто наявність дисплазії - прояви атипізму клітин слизової оболонки шлунка, порушення її структури, що проявляється надлишковою проліферацією клітин, гіперплазією, метаплазією, порушенням росту і диференціювання клітин.

За літературними даними частота виникнення раку на фоні хронічного гастриту складає від 1,3 до 50,0% у порівнянні зі здоровим населенням. Частіше рак шлунка виникає на фоні атрофічного гастриту, атрофічно-гіперпластичного та гастриту "перебудови" із метаплазією.

Метою нашого дослідження було вивчення розповсюдженості метапластичних змін слизової оболонки у хворих з передраковими станами, такими як хронічний атрофічний і неатрофічний гастрит, хронічна прогресуюча виразка та гіперпластичний поліп.

Для досягнення цієї мети було обстежено 145 пацієнтів на базі Вінницького обласного патологоанатомічного бюро. Проводили загально клінічне обстеження та гастроскопічне дослідження з прицільною біопсією апаратом фірми "Pentax" тип FG-24P. Біопсію слизової оболонки шлунка забирали з малої та великої кривизни тіла та антральної частини: по 2 шматочки з кожного відділу та по одному шматочку з кута шлунку. Для визначення розповсюдженості кишкової метаплазії використовували хромогастроскопію - забарвлювали слизову оболонку шлунка 0,5% розчином метиленового синього. Матеріал фіксували у 10% розчині формаліну з наступною парафіновою проводкою та серійними зрізами. Препарати фарбували гематоксиліном, еозином, а також застосовували толуїдиновий синій, пікрофуксин, ШИК-реакцію в поєднанні з альціановим синім та орсеїном.

Аналіз результатів свідчить про те, що серед 145 обстежених пацієнтів було 76 (52,5%) хворих на хронічний гастрит, 20 (13,7%) - на хронічну прогресуючу виразку шлунка, 26 (17,9%) - на рак шлунка, 23 (15,9%) - з гіперпластичними поліпами.

Серед хронічних гастритів - хронічний неатрофічний гастрит склав 26 (34,3%): з кишковою метаплазією - 7 випадків, з дисплазією - 4, з дисплазією та метаплазією - 2, з фовеолярною гіперплазією - 4, з гіпертрофією - 5.

Хронічний атрофічний гастрит - 50 (65,7% всіх гастритів): з кишковою метаплазією - 26 (3 - з тонкокишковою, 3 - з товстокишковою, 20 - з нез'ясованою). Метаплазію у поєднанні з дисплазією спостерігали в 16 випадках з 40, лише дисплазія - в 6, пілорична метаплазія - 4 випадки.

Варіанти хронічної прогресуючої виразки з кишковою метаплазією спостерігали у 5 пацієнтів з 20, з дисплазією - у 14. Гіперпластичні поліпи з кишковою метаплазією виявили у 3 хворих із 23, із тонкокишковою метаплазією - у 3.

У переважній більшості хворих метапластичні зміни епітелію спостерігались як у покривно-ямковому, так і в залозистому епітелію з утворенням кишкових крипт, їх зануренням іноді до м'язового шару й витісненням залоз майже на всьому протязі слизової оболонки, тобто наявність атрофії важкого ступеня. У разі відсутності метаплазії оцінювали ступінь заміщення втрачених залоз сполучною тканиною. На основі отриманих результатів у залежності від глибини розповсюдження кишкової метаплазії виділили ступені атрофії слизової оболонки шлунку: легку, помірну та важку. Подальше вивчення різних типів метапластичних змін слизової оболонки буде сприяти поліпшенню діагностики атрофії слизової оболонки шлунка.

**УДК: 616-071:616-004**

## **РІЗНОВИДИ КЛІНІЧНО ІЗОЛЬОВАНИХ СИНДРОМІВ ПІД ЧАС ЗАГОСТРЕННЯ МНОЖИННОГО СКЛЕРОЗУ З РЕМІТУЮЧИМ ПЕРЕБІГОМ**

**Гордійчук О.О.**

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У типових випадках встановлення діагнозу достовірного множинного склерозу (МС) не викликає труднощів виявлення симптомів, що вказують на наявність як мінімум двох ізольованих вогнищ враження ЦНС, дані про наявність в анамнезі як мінімум двох епізодів, типових для МС неврологічних вражень; відсутність інших чинників, які б пояснювали певну клінічну картину, дані додаткових методів дослідження, зазвичай МРТ. Основні класичні ознаки МС можуть бути констатовані навіть при звичайному неврологічному огляді. Для більш детальної оцінки враження нервової системи застосовується розширена шкала інвалідизації Куртцке (EDSS) - оцінка за окремими функціональними системами (FS).

груп: з абсолютним ризиком розвитку раку - 50-70% (дисплазія слизової оболонки шлунка, сімейний аденоматозний поліпоз (синдром Гарднера), аденоматозні поліпи, стравохід Барретта); із безумовним ризиком 20-70% (спадковий неполіпозний колоректальний рак-синдром Лінча 11, інфекція *H.pylori*, хронічний атрофічний пангастрит, кишкова метаплазія слизової оболонки шлунка); із визначеним розвитком 10-20% (шлунок після резекції по Більрот-II, аутоімунний атрофічний гастрит); із ймовірним ризиком 5-10% (синдром Пейтца-Егерса, гамартомні поліпи шлунка і гіперпластична гастропатія - хвороба Менетріє); із можливим ризиком - менше 5% (гіперпластичні поліпи, доброякісні виразки шлунку).

Окрім передракових станів велике значення у розвитку раку мають передракові зміни слизової оболонки шлунка, тобто наявність дисплазії - прояви атипізму клітин слизової оболонки шлунка, порушення її структури, що проявляється надлишковою проліферацією клітин, гіперплазією, метаплазією, порушенням росту і диференціювання клітин.

За літературними даними частота виникнення раку на фоні хронічного гастриту складає від 1,3 до 50,0% у порівнянні зі здоровим населенням. Частіше рак шлунка виникає на фоні атрофічного гастриту, атрофічно-гіперпластичного та гастриту "перебудови" із метаплазією.

Метою нашого дослідження було вивчення розповсюдженості метапластичних змін слизової оболонки у хворих з передраковими станами, такими як хронічний атрофічний і неатрофічний гастрит, хронічна прогресуюча виразка та гіперпластичний поліп.

Для досягнення цієї мети було обстежено 145 пацієнтів на базі Вінницького обласного патологоанатомічного бюро. Проводили загально клінічне обстеження та гастроскопічне дослідження з прицільною біопсією апаратом фірми "Pentax" тип FG-24P. Біопсію слизової оболонки шлунка забирали з малої та великої кривизни тіла та антральної частини: по 2 шматочки з кожного відділу та по одному шматочку з кута шлунку. Для визначення розповсюдженості кишкової метаплазії використовували хромогастроскопію - забарвлювали слизову оболонку шлунка 0,5% розчином метиленового синього. Матеріал фіксували у 10% розчині формаліну з наступною парафіновою проводкою та серійними зрізами. Препарати фарбували гематоксиліном, еозином, а також застосовували толуїдиновий синій, пікрофуксин, ШИК-реакцію в поєднанні з альціановим синім та орсеїном.

Аналіз результатів свідчить про те, що серед 145 обстежених пацієнтів було 76 (52,5%) хворих на хронічний гастрит, 20 (13,7%) - на хронічну прогресуючу виразку шлунка, 26 (17,9%) - на рак шлунка, 23 (15,9%) - з гіперпластичними поліпами.

Серед хронічних гастритів - хронічний неатрофічний гастрит склав 26 (34,3%): з кишковою метаплазією - 7 випадків, з дисплазією - 4, з дисплазією та метаплазією - 2, з фовеолярною гіперплазією - 4, з гіпертрофією - 5.

Хронічний атрофічний гастрит - 50 (65,7% всіх гастритів): з кишковою метаплазією - 26 (3 - з тонкокишковою, 3 - з товстокишковою, 20 - з нез'ясованою). Метаплазію у поєднанні з дисплазією спостерігали в 16 випадках з 40, лише дисплазія - в 6, пілорична метаплазія - 4 випадки.

Варіанти хронічної прогресуючої виразки з кишковою метаплазією спостерігали у 5 пацієнтів з 20, з дисплазією - у 14. Гіперпластичні поліпи з кишковою метаплазією виявили у 3 хворих із 23, із тонкокишковою метаплазією - у 3.

У переважній більшості хворих метапластичні зміни епітелію спостерігались як у покривно-ямковому, так і в залозистому епітелію з утворенням кишкових крипти, їх зануренням іноді до м'язового шару й витісненням залоз майже на всьому протязі слизової оболонки, тобто наявність атрофії важкого ступеня. У разі відсутності метаплазії оцінювали ступінь заміщення втрачених залоз сполучною тканиною. На основі отриманих результатів у залежності від глибини розповсюдження кишкової метаплазії виділили ступені атрофії слизової оболонки шлунку: легку, помірну та важку. Подальше вивчення різних типів метапластичних змін слизової оболонки буде сприяти поліпшенню діагностики атрофії слизової оболонки шлунка.

**УДК: 616-071:616-004**

## **РІЗНОВИДИ КЛІНІЧНО ІЗОЛЬОВАНИХ СИНДРОМІВ ПІД ЧАС ЗАГОСТРЕННЯ МНОЖИННОГО СКЛЕРОЗУ З РЕМІТЮЮЧИМ ПЕРЕБІГОМ**

**Гордійчук О.О.**

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У типових випадках встановлення діагнозу достовірного множинного склерозу (МС) не викликає труднощів виявлення симптомів, що вказують на наявність як мінімум двох ізольованих вогнищ враження ЦНС, дані про наявність в анамнезі як мінімум двох епізодів, типових для МС неврологічних вражень; відсутність інших чинників, які б пояснювали певну клінічну картину, дані додаткових методів дослідження, зазвичай МРТ. Основні класичні ознаки МС можуть бути констатовані навіть при звичайному неврологічному огляді. Для більш детальної оцінки враження нервової системи застосовується розширена шкала інвалідизації Куртцке (EDSS) - оцінка за окремими функціональними системами (FS).



Типові клінічні симптоми: симптоми зорових вражень, такі як зниження гостроти зору, зміна полів зору. При офтальмологічному обстеженні виявляються центральні скотоми, звуження полів зору, мінуче зниження гостроти зору. Вважається, що у 80% хворих ретробульбарний неврит може бути першим, а іноді єдиним проявом МС. Симптоми враження стовбура мозку та черепних нервів проявляються як центральним, так і периферичним враженням рухових черепних нервів, частіше III, V, VI, VII пар нервів. Найбільш частими клінічними симптомами враження стовбура мозку являються окорухові розлади, утруднення ковтання. Характерний для МС синдром між'ядерної офтальмоплегії, зв'язаний з вогнищами демієлінізації у системі заднього повздожнього пучка. Типові для МС дискоординовані рухи очних яблук, їх різне стояння по вертикалі та горизонталі, не доведення очних яблук назовні та досередини, наявності мілкорозмашистого монокулярного горизонтального ністагму при погляді в сторону до спонтанного ротаторного ністагму при погляді прямо. Симптоми враження пірамідного шляху найбільш часто зустрічаються при МС. В залежності від локалізації вогнища виникають гемі- або парапарези, рідко монопарези. Частіше страждають ніжні кінцівки, верхні приєднуються пізніше. Виявляють патологічні пірамідні рефлексії, підвищення сухожильних рефлексів, зниження або відсутність черевних рефлексів. Центральні парези та паралічі супроводжуються змінами м'язового тону - як спастикою, так і гіпотонією. В подальшому при дегенерації петлі гама - нейронів розвивається інтенсивна спастика м'язів, симптоми спинального автоматизму, з'являються постійні клонуси, привідні контрактури в колінних суглобах. Симптоми враження мозочка проявляються порушенням ходи та рівноваги. Клінічно виявляється зниження м'язової сили та утруднення у виконанні координаторних проб. Від епізодичного головокружіння, нерівності почерку, одностороннього інтенційного тремору в кінці виконання пальце-носової проби та малопомітної для оточуючих хиткості під час ходи, до грубої статичної й динамічної атаксії з вираженою гіперметрією. Скандування мови та грубий аксиларний тремор різко обмежують мовне спілкування з оточуючими й самостійний прийом їжі. Симптоми порушення чутливості проявляються в зміні глибокої та поверхневої чутливості. Частіше на ранніх стадіях спостерігаються невеликий розлад больової чутливості, дизестезії у дистальних відділах кінцівок. Характерний чутливий феномен Лермітта, що проявляється у відчутті удару електричного струму в руках чи спині при різких поворотах або форсованому згинанні голови. Різноманітний діапазон скарг від оніміння щік, гомілок, пальців ніг, до об'єктивного зниження вібраційної чутливості в кінцівках. Симптоми порушення функції тазових органів одні з перших та найбільш частих симптомів МС. Порушення сечовиділення проявляється по центральному типу у вигляді як почастішання, так і затримки сечі, а також імперативними позивами до сечовиділення. На більш пізніх стадіях це, як правило, нетримання сечі. У чоловіків може знижуватись потенція, зв'язана з ураженням спинного мозку вогнищем демієлінізації. У кінцевих стадіях розвивається одночасне нетримання сечі та калу. Нейропсихологічні симптоми у вигляді порушення пам'яті, гостроти мислення, порушення емоційного характеру, депресії зі станами апатії.

При ремітуючому перебігу спостерігаються стани ремісії та загострення. Під загостренням розуміють появу нового симптому чи групи симптомів, погіршення вже існуючої неврологічної симптоматики після стабільного стану тривалістю мінімум 30 дб, яке тримається більше 48 годин та не асоціюється з температурою тіла вище 38,34°C.

Нами було обстежено 50 пацієнтів із достовірним діагнозом множинного склерозу, ремітуючим типом перебігу, які на протязі останніх півтора року мали клінічно підтвержене загострення. Всі пацієнти була поділенні на три групи в залежності від тривалості захворювання: I група - до 5 р (32%), II група - від 5 до 10 років (30%), III група - більше 10 років (38%). З них у I групі 44% мали враження сенсорної системи, 31% клінічно ізольоване враження пірамідної системи, 19% враження мозочкової системи та 6% одночасне враження двох систем. В II групі 28% мали враження мозочкової системи, 27% одночасне враження 2 систем, 13% враження пірамідної системи, 6% сенсорних порушень та у 26% виявлено зміни в інших системах. В III групі 43% мали одночасне враження 2 і більше систем, у 42% виявлено ізольоване порушення в пірамідній системі, 9% мали зміни в сенсорній системі та 6% в мозочку.

Висновок: таким чином спостерігається залежність клінічних проявів загострення від тривалості захворювання, що вказує на екзацербацию старих вогнищ одночасно з появою нових вогнищ.

---

УДК: 616-073.524:572.71:616.741.2

## **МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ФОТОМЕТРІЇ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ АНГУЛЯЦІЙНИХ ПАРАМЕТРІВ КРАНІАЛЬНИХ, ЛИЦЬОВИХ ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ СТРУКТУР**

**Дмитрієв М.О., Філімонов Ю.В., Аршинников Р.С.**

Кафедра стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Типові клінічні симптоми: симптоми зорових вражень, такі як зниження гостроти зору, зміна полів зору. При офтальмологічному обстеженні виявляються центральні скотоми, звуження полів зору, мінуче зниження гостроти зору. Вважається, що у 80% хворих ретробульбарний неврит може бути першим, а іноді єдиним проявом МС. Симптоми враження стовбура мозку та черепних нервів проявляються як центральним, так і периферичним враженням рухових черепних нервів, частіше III, V, VI, VII пар нервів. Найбільш частими клінічними симптомами враження стовбура мозку являються окорухові розлади, утруднення ковтання. Характерний для МС синдром між'ядерної офтальмоплегії, зв'язаний з вогнищами демієлінізації у системі заднього повздожнього пучка. Типові для МС дискоординовані рухи очних яблук, їх різне стояння по вертикалі та горизонталі, не доведення очних яблук назовні та досередини, наявності мілкорозмашистого монокулярного горизонтального ністагму при погляді в сторону до спонтанного ротаторного ністагму при погляді прямо. Симптоми враження пірамідного шляху найбільш часто зустрічаються при МС. В залежності від локалізації вогнища виникають гемі- або парапарези, рідко монопарези. Частіше страждають ніжні кінцівки, верхні приєднуються пізніше. Виявляють патологічні пірамідні рефлекси, підвищення сухожильних рефлексів, зниження або відсутність черевних рефлексів. Центральні парези та паралічі супроводжуються змінами м'язового тону - як спастикою, так і гіпотонією. В подальшому при дегенерації петлі гама - нейронів розвивається інтенсивна спастика м'язів, симптоми спинального автоматизму, з'являються постійні клонуси, привідні контрактури в колінних суглобах. Симптоми враження мозочка проявляються порушенням ходи та рівноваги. Клінічно виявляється зниження м'язової сили та утруднення у виконанні координаторних проб. Від епізодичного головокружіння, нерівності почерку, одностороннього інтенційного тремору в кінці виконання пальце-носової проби та малопомітної для оточуючих хиткості під час ходи, до грубої статичної й динамічної атаксії з вираженою гіперметрією. Скандування мови та грубий аксиларний тремор різко обмежують мовне спілкування з оточуючими й самостійний прийом їжі. Симптоми порушення чутливості проявляються в зміні глибокої та поверхневої чутливості. Частіше на ранніх стадіях спостерігаються невеликий розлад больової чутливості, дизестезії у дистальних відділах кінцівок. Характерний чутливий феномен Лермітта, що проявляється у відчутті удару електричного струму в руках чи спині при різких поворотах або форсованому згинанні голови. Різноманітний діапазон скарг від оніміння щік, гомілок, пальців ніг, до об'єктивного зниження вібраційної чутливості в кінцівках. Симптоми порушення функції тазових органів одні з перших та найбільш частих симптомів МС. Порушення сечовиділення проявляється по центральному типу у вигляді як почастішання, так і затримки сечі, а також імперативними позивами до сечовиділення. На більш пізніх стадіях це, як правило, нетримання сечі. У чоловіків може знижуватись потенція, зв'язана з ураженням спинного мозку вогнищем демієлінізації. У кінцевих стадіях розвивається одночасне нетримання сечі та калу. Нейропсихологічні симптоми у вигляді порушення пам'яті, гостроти мислення, порушення емоційного характеру, депресії зі станами апатії.

При ремітуючому перебігу спостерігаються стани ремісії та загострення. Під загостренням розуміють появу нового симптому чи групи симптомів, погіршення вже існуючої неврологічної симптоматики після стабільного стану тривалістю мінімум 30 дб, яке тримається більше 48 годин та не асоціюється з температурою тіла вище 38,34°C.

Нами було обстежено 50 пацієнтів із достовірним діагнозом множинного склерозу, ремітуючим типом перебігу, які на протязі останніх півтора року мали клінічно підтвержене загострення. Всі пацієнти була поділенні на три групи в залежності від тривалості захворювання: I група - до 5 р (32%), II група - від 5 до 10 років (30%), III група - більше 10 років (38%). З них у I групі 44% мали враження сенсорної системи, 31% клінічно ізольоване враження пірамідної системи, 19% враження мозочкової системи та 6% одночасне враження двох систем. В II групі 28% мали враження мозочкової системи, 27% одночасне враження 2 систем, 13% враження пірамідної системи, 6% сенсорних порушень та у 26% виявлено зміни в інших системах. В III групі 43% мали одночасне враження 2 і більше систем, у 42% виявлено ізольоване порушення в пірамідній системі, 9% мали зміни в сенсорній системі та 6% в мозочку.

Висновок: таким чином спостерігається залежність клінічних проявів загострення від тривалості захворювання, що вказує на екзацербацию старих вогнищ одночасно з появою нових вогнищ.

---

УДК: 616-073.524:572.71:616.741.2

## **МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ФОТОМЕТРІЇ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ АНГУЛЯЦІЙНИХ ПАРАМЕТРІВ КРАНІАЛЬНИХ, ЛИЦЬОВИХ ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ СТРУКТУР**

**Дмитрієв М.О., Філімонов Ю.В., Аршинников Р.С.**

Кафедра стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Дані вимірювання окремих параметрів краніофасціальних структур представляють собою цінний діагностичний інструмент для визначення ступеня патологічного процесу, методів лікування та моделювання індивідуальної зубо-щелепової норми пацієнта. Планування ортодонтичного лікування завжди повинно відбуватися з урахуванням особливостей будови лица та просторового розташування зубо-щелепного комплексу. При проведенні аналізу та оцінці метричних результатів бажано використання антропологічного підходу, який дозволяє визначати індивідуальні норми для кожної особи з урахуванням її конституціонального типу, етнічних особливостей, віку та статі. Особливо гостро це питання стоїть щодо етапів ортодонтичної діагностики та лікування. При лікуванні пацієнтів із зубо-щелеповими аномаліями лікарю необхідно пам'ятати, що кінцевою метою лікування є не тільки нормалізація морфологічної та функціональної оклюзії, але й естетики обличчя (Романовская та ін., 2004). Аналіз фотометричних показників в ортодонції стає невід'ємною частиною діагнозу (Дмитрієва, 2002), а застосування цифрових зображень не тільки збільшує затрат, часу та трудоемкості огляду пацієнта, а й допомагає виключити суб'єктивність та неправдивість оцінки, дискомфортні відчуття при обстеженні (Донской та ін., 2002). Для проведення дифдіагностики ортодонтичної патології у складних випадках Фліс П.С. (2008), Персин (2004), Хорошилкина (1999) рекомендують використовувати фотометрію та телерентгенографію. Телерентгенографія дозволяє отримати максимальну кількість даних, але метод не безпечний та недоступний для більшості клінічних відділень. Фотометрія є абсолютно безпечним та доступним методом, але не дозволяє оцінювати положення кіскових орієнтирів. Тому для проведення нашого дослідження ми вирішили використати метод комбінованої фотометрії, який був розроблений і запатентований на кафедрі стоматології дитячого віку ВНМУ ім. М.І.Пирогова, як альтернативний метод діагностики ЗЧА, який поєднує у собі позитивні якості фото- та телерентгенографії й, водночас, є безпечним та доступним для бюджетних організацій. Метод дозволяє визначати тип профілю за А.М.Шварцом, Холдвеем, Леганом і Барстоуну за Субтельним, визначати кривизну профілю; профіль губ за Рікетсом; нульовий меридіан згідно Gonzales-Ulloa, проводити аналіз кутів, що утворюють молярні, премолярні, ікла з антропометричними точками на профільних та анфасних комбінованих фотографіях, відношення окклюзійної площини до стандартних фотометричних площин. Вивчення торку та ангуляції окремих зубів.

*Мета* дослідження: створення нормативної бази основних кутових характеристик обличчя та щелеп на основі використання методу комбінованої фотометрії. Було обстежено 25 осіб з ортогнатичним прикусом, який визначався відповідно з шістьма ключами оклюзії за L.Andrews (1872) та 11-ти пунктами за М.Г.Бушан із співавторами (1990). Для аналізу використовували правий профіль обличчя. Для проведення методу комбінованої фотометрії використовували цифрову фотокамеру Olympus SP570UZ (10 megapixels 20 Optical zoom) та розроблений фото-стат. Метод є безпечний, легкий у використанні, матеріально доступний та достатньо інформативний. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою статистичного програмного пакета "Statistica 5.5" (належить ЦНІТ Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, ліцензійний номер AXXR910A374605FA). Даний статистичний пакет дозволяє коректно використовувати як параметричні, так і непараметричні методи статистичного аналізу. Визначали кути: NA\_Au\_GN; AU\_NA\_GN; Na\_Au\_Sto; KYT\_PER; Ek\_Na\_Sto; U\_SHV; U\_NSG; U\_NSF; U\_EST, кут, утворений окклюзійною площиною та Франкфуртською горизонталлю; інклінацію центрального різця відносно Франкфуртської горизонталі; інклінацію ікла відносно Франкфуртської горизонталі, молярні кути, та ікловий кут.

Після проведення статистичного аналізу були встановлені популяційні особливості основних кутових розмірів лица у хлопців і дівчат з ортогнатичним прикусом. Нами не були встановлені будь які достовірні гендерні відмінності кутових параметрів. Отримані результати вказують на важливість проведення подальших досліджень на основі яких можливо буде зробити більш статистично значимі та достовірні висновки для можливості моделювання індивідуальної зубощелепної норми та планування ортодонтичного лікування пацієнтів.

**УДК: 615.371/.372**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ "ДАТСЬКОГО" ШТАМУ ВАКЦИНИ БЦЖ**

**Дубчак Л.І.**

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Останнім часом в Україні йде тенденція до зростання кількості ускладнень від вакцинації та ревакцинації БЦЖ. Протягом останніх десятиліть використовувався "Російський" штам мікобактерій. Але з метою зменшення кількості ускладнень було укладено договір із Данією на постачання вирощеного в них штаму вакцинних мікобактерій, який серед країн Європи користується великим попитом, як один із найбезпечніших. На протязі 2008 року у Вінницькій області вже почали його використовувати, починаючи серпня місяця. Клінічні прояви можна реєструвати від початку 2009 року, враховуючи патогенез процесу. Тому на сьогодні достатньо актуально стоїть питання про попередній аналіз результатів використання "Датського" штаму в Україні.

Дані вимірювання окремих параметрів краніофасціальних структур представляють собою цінний діагностичний інструмент для визначення ступеня патологічного процесу, методів лікування та моделювання індивідуальної зубо-щелепової норми пацієнта. Планування ортодонтичного лікування завжди повинно відбуватися з урахуванням особливостей будови лица та просторового розташування зубо-щелепного комплексу. При проведенні аналізу та оцінці метричних результатів бажано використання антропологічного підходу, який дозволяє визначати індивідуальні норми для кожної особи з урахуванням її конституціонального типу, етнічних особливостей, віку та статі. Особливо гостро це питання стоїть щодо етапів ортодонтичної діагностики та лікування. При лікуванні пацієнтів із зубо-щелеповими аномаліями лікарю необхідно пам'ятати, що кінцевою метою лікування є не тільки нормалізація морфологічної та функціональної оклюзії, але й естетики обличчя (Романовская та ін., 2004). Аналіз фотометричних показників в ортодонції стає невід'ємною частиною діагнозу (Дмитрієва, 2002), а застосування цифрових зображень не тільки збільшує затрат, часу та трудоемкості огляду пацієнта, а й допомагає виключити суб'єктивність та неправдивість оцінки, дискомфортні відчуття при обстеженні (Донской та ін., 2002). Для проведення дифдіагностики ортодонтичної патології у складних випадках Фліс П.С. (2008), Персин (2004), Хорошилкина (1999) рекомендують використовувати фотометрію та телерентгенографію. Телерентгенографія дозволяє отримати максимальну кількість даних, але метод не безпечний та недоступний для більшості клінічних відділень. Фотометрія є абсолютно безпечним та доступним методом, але не дозволяє оцінювати положення кіскових орієнтирів. Тому для проведення нашого дослідження ми вирішили використати метод комбінованої фотометрії, який був розроблений і запатентований на кафедрі стоматології дитячого віку ВНМУ ім. М.І.Пирогова, як альтернативний метод діагностики ЗЧА, який поєднує у собі позитивні якості фото- та телерентгенографії й, водночас, є безпечним та доступним для бюджетних організацій. Метод дозволяє визначати тип профілю за А.М.Шварцом, Холдвеем, Леганом і Барстоуну за Субтельним, визначати кривизну профілю; профіль губ за Рікетсом; нульовий меридіан згідно Gonzales-Ulloa, проводити аналіз кутів, що утворюють молярні, премолярні, ікла з антропометричними точками на профільних та анфасних комбінованих фотографіях, відношення окклюзійної площини до стандартних фотометричних площин. Вивчення торку та ангуляції окремих зубів.

*Мета* дослідження: створення нормативної бази основних кутових характеристик обличчя та щелеп на основі використання методу комбінованої фотометрії. Було обстежено 25 осіб з ортогнатичним прикусом, який визначався відповідно з шістьма ключами оклюзії за L.Andrews (1872) та 11-ти пунктами за М.Г.Бушан із співавторами (1990). Для аналізу використовували правий профіль обличчя. Для проведення методу комбінованої фотометрії використовували цифрову фотокамеру Olympus SP570UZ (10 megapixels 20 Optical zoom) та розроблений фотостат. Метод є безпечний, легкий у використанні, матеріально доступний та достатньо інформативний. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою статистичного програмного пакета "Statistica 5.5" (належить ЦНІТ Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, ліцензійний номер AXXR910A374605FA). Даний статистичний пакет дозволяє коректно використовувати як параметричні, так і непараметричні методи статистичного аналізу. Визначали кути: NA\_Au\_GN; AU\_NA\_GN; Na\_Au\_Sto; KYT\_PER; Ek\_Na\_Sto; U\_SHV; U\_NSG; U\_NSF; U\_EST, кут, утворений окклюзійною площиною та Франкфуртською горизонталлю; інклінацію центрального різця відносно Франкфуртської горизонталі; інклінацію ікла відносно Франкфуртської горизонталі, молярні кути, та ікловий кут.

Після проведення статистичного аналізу були встановлені популяційні особливості основних кутових розмірів лица у хлопців і дівчат з ортогнатичним прикусом. Нами не були встановлені будь які достовірні гендерні відмінності кутових параметрів. Отримані результати вказують на важливість проведення подальших досліджень на основі яких можливо буде зробити більш статистично значимі та достовірні висновки для можливості моделювання індивідуальної зубощелепної норми та планування ортодонтичного лікування пацієнтів.

**УДК:** 615.371/.372

## **РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ "ДАТСЬКОГО" ШТАМУ ВАКЦИНИ БЦЖ**

**Дубчак Л.І.**

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Останнім часом в Україні йде тенденція до зростання кількості ускладнень від вакцинації та ревакцинації БЦЖ. Протягом останніх десятиліть використовувався "Російський" штам мікобактерій. Але з метою зменшення кількості ускладнень було укладено договір із Данією на постачання вирощеного в них штаму вакцинних мікобактерій, який серед країн Європи користується великим попитом, як один із найбезпечніших. На протязі 2008 року у Вінницькій області вже почали його використовувати, починаючи серпня місяця. Клінічні прояви можна реєструвати від початку 2009 року, враховуючи патогенез процесу. Тому на сьогодні достатньо актуально стоїть питання про попередній аналіз результатів використання "Датського" штаму в Україні.

*Мета* дослідження: ретроспективним методом дослідити дані про вакцинацію у Вінницькій області протягом останніх років, частоту ускладнень, їх якісний склад, ефективність консервативного лікування.

За час дослідження було проаналізовано дані про вакцинацію у Вінницькій області за 2007 і 2008 роки та перший квартал 2009 року. В 2007 році було виконано 15652 щеплення, з яких у 16 дітей розвинулось ускладнення що становило 0,1% від усіх щеплених які пролікувалися у Вінницькому ОТД. У 2008 році вакциновано 13109 дітей, із них 22 пройшли лікування у дитячому відділенні ВОТД, що становить 0,15%. А вже за перший квартал 2009 року з ускладненнями вакцинації проліковано 22 дітей. Ускладнення у вигляді лівобічного пахового лімфаденіту виявлено у 2007 році у 14 дітей, тобто у 87,5% від всіх ускладнень БЦЖ даного року, у 2008 році у 19 дітей, що становило 95%, а в першому кварталі 2009 року у 22 дітей з 22 виявлених. Ускладнення у вигляді холодного абсцесу за 2007 рік у 2 вакцинованих (12,5%), за 2008 рік у 1 вакцинованого (5%), за перший квартал 2009 року не виявлено на даний момент. Лікування 4 пацієнтів у 2007 році закінчилось оперативно, тобто 22% з усіх ускладнень, у 2008 році у 11 пацієнтів консервативне лікування виявилось неефективним, а це 50%. Про хворих, що лікуються у 2009 році, можна робити лише попередні висновки (5 оперативних втручань), так як вони ще не всі завершили курс лікування. Змінилися показники і за даними ревакцинації. У 2007 році ускладнення спостерігались у 2 ревакцинованих, обидва у вигляді лівостороннього пахового лімфаденіту, у 2008 році також були 2 випадки ускладнень ревакцинації, але вже серед них один був холодний абсцес (якісно змінюється патологія), а за перший триместр 2009 року виявлено аж 5 ускладнень ревакцинації й всі були у вигляді холодного абсцесу.

Висновки: 1. З кожним роком кількість ускладнень від вакцинації лише зростає: 16 випадків у 2007 році та 22 випадки у 2008 році (0,1% у 2007 та 0,15% у 2008 році відповідно). 2. Лівобічний паховий лімфаденіт, як одна з клінічних форм ускладнень, має тенденцію до наростання: у 87,5% від виявлених ускладнень 2007 року, у 95% від ускладнень 2008 року, та у 22 випадках з 22 виявлених ускладнень на період першого кварталу 2009 року. 3. Ускладнення по типу холодного абсцесу щорічно зменшуються: у 12,5% від ускладнень 2007 року, у 5% за 2008 році, та зовсім не виявлено у першому кварталі 2009 року. 4. Проте, наростає неефективність консервативного лікування. Оперативні втручання були виконані у 22% та 50% від усіх виявлених ускладнень 2007 та 2008 років відповідно (2009 рік не оцінювали). 5. Наростає кількість виявлених ускладнень ревакцинації та важкості їх клінічних форм: 2 у 2007 році (2 пахові лімфаденіти зліва), 2 у 2008 році (1 лімфаденіт і 1 холодний абсцес), 5 у першому кварталі 2009 року (5 холодних абсцесів).

Отже, описана нами проблема сьогодні є достатньо актуальною і потребує подальшого спостереження, аналізу ситуації та більш детальнішого вивчення.

**УДК:** 616.831:616.127-005.8

## **ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ИНФАРКТЫ МИОКАРДА - ПРОШЛОЕ ИЛИ ТЯЖЕЛОЕ НАСТОЯЩЕЕ?**

**Дячук С.А., Солейко Л.П.**

Кафедра пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им.Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

Клиническая картина инфаркта миокарда отличается многообразием, что затрудняет постановку правильного диагноза в максимально короткий срок. Типичной считается наиболее часто встречающийся ангинозный вариант, характеризующийся внезапными интенсивными болями в области сердца и за грудиной, нередко типа кинжальной или сдавливающей боли. Однако далеко не всегда в начале болезни бывает такой болевой синдром.

Из нетипичных форм церебральный вариант встречается редко, преимущественно у людей преклонного возраста с выраженным атеросклерозом мозговых сосудов. Инфаркт начинается с обморока или как острое нарушение мозгового кровообращения.

В последние годы акценты в кардиологии сместились, возникли новые тенденции и проблемы, которые существенно влияют на принятие решений в вопросах диагностики и лечения. К их числу относится увеличение у пациентов цереброваскулярной патологии по отношению к острой коронарной патологии на фоне артериальной гипертензии. Очень часто (в 21% случаев по данным нашего исследования) у больных с артериальной гипертензией острый инфаркт миокарда и мозговой инсульт возникают одновременно.

Изучение коронарно-церебральной патологии было начато после описания Н.К. Боголеповым апоплектиформного синдрома при инфаркте миокарда. Выделенная Н.К.Боголеповым форма церебрально-коронарных кризов показывает, что они являются одним из этапов течения ишемической болезни сердца и мозга. В клинической картине в данном случае преобладают признаки нарушения мозгового кровообращения (чаще - динамического): обморок, головокружение, тошнота, рвота, возможна очаговая неврологическая симптоматика.

Одновременное сочетание артериальной гипертензии, мозгового инсульта и острого инфаркта ставит слож-

*Мета* дослідження: ретроспективним методом дослідити дані про вакцинацію у Вінницькій області протягом останніх років, частоту ускладнень, їх якісний склад, ефективність консервативного лікування.

За час дослідження було проаналізовано дані про вакцинацію у Вінницькій області за 2007 і 2008 роки та перший квартал 2009 року. В 2007 році було виконано 15652 щеплення, з яких у 16 дітей розвинулось ускладнення що становило 0,1% від усіх щеплених які пролікувалися у Вінницькому ОТД. У 2008 році вакциновано 13109 дітей, із них 22 пройшли лікування у дитячому відділенні ВОТД, що становить 0,15%. А вже за перший квартал 2009 року з ускладненнями вакцинації проліковано 22 дітей. Ускладнення у вигляді лівобічного пахового лімфаденіту виявлено у 2007 році у 14 дітей, тобто у 87,5% від всіх ускладнень БЦЖ даного року, у 2008 році у 19 дітей, що становило 95%, а в першому кварталі 2009 року у 22 дітей з 22 виявлених. Ускладнення у вигляді холодного абсцесу за 2007 рік у 2 вакцинованих (12,5%), за 2008 рік у 1 вакцинованого (5%), за перший квартал 2009 року не виявлено на даний момент. Лікування 4 пацієнтів у 2007 році закінчилось оперативно, тобто 22% з усіх ускладнень, у 2008 році у 11 пацієнтів консервативне лікування виявилось неефективним, а це 50%. Про хворих, що лікуються у 2009 році, можна робити лише попередні висновки (5 оперативних втручань), так як вони ще не всі завершили курс лікування. Змінилися показники і за даними ревакцинації. У 2007 році ускладнення спостерігались у 2 ревакцинованих, обидва у вигляді лівостороннього пахового лімфаденіту, у 2008 році також були 2 випадки ускладнень ревакцинації, але вже серед них один був холодний абсцес (якісно змінюється патологія), а за перший триместр 2009 року виявлено аж 5 ускладнень ревакцинації й всі були у вигляді холодного абсцесу.

Висновки: 1. З кожним роком кількість ускладнень від вакцинації лише зростає: 16 випадків у 2007 році та 22 випадки у 2008 році (0,1% у 2007 та 0,15% у 2008 році відповідно). 2. Лівобічний паховий лімфаденіт, як одна з клінічних форм ускладнень, має тенденцію до наростання: у 87,5% від виявлених ускладнень 2007 року, у 95% від ускладнень 2008 року, та у 22 випадках з 22 виявлених ускладнень на період першого кварталу 2009 року. 3. Ускладнення по типу холодного абсцесу щорічно зменшуються: у 12,5% від ускладнень 2007 року, у 5% за 2008 році, та зовсім не виявлено у першому кварталі 2009 року. 4. Проте, наростає неефективність консервативного лікування. Оперативні втручання були виконані у 22% та 50% від усіх виявлених ускладнень 2007 та 2008 років відповідно (2009 рік не оцінювали). 5. Наростає кількість виявлених ускладнень ревакцинації та важкості їх клінічних форм: 2 у 2007 році (2 пахові лімфаденіти зліва), 2 у 2008 році (1 лімфаденіт і 1 холодний абсцес), 5 у першому кварталі 2009 року (5 холодних абсцесів).

Отже, описана нами проблема сьогодні є достатньо актуальною і потребує подальшого спостереження, аналізу ситуації та більш детальнішого вивчення.

**УДК:** 616.831:616.127-005.8

## **ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ИНФАРКТЫ МИОКАРДА - ПРОШЛОЕ ИЛИ ТЯЖЕЛОЕ НАСТОЯЩЕЕ?**

**Дячук С.А., Солейко Л.П.**

Кафедра пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им.Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

Клиническая картина инфаркта миокарда отличается многообразием, что затрудняет постановку правильного диагноза в максимально короткий срок. Типичной считается наиболее часто встречающийся ангинозный вариант, характеризующийся внезапными интенсивными болями в области сердца и за грудиной, нередко типа кинжальной или сдавливающей боли. Однако далеко не всегда в начале болезни бывает такой болевой синдром.

Из нетипичных форм церебральный вариант встречается редко, преимущественно у людей преклонного возраста с выраженным атеросклерозом мозговых сосудов. Инфаркт начинается с обморока или как острое нарушение мозгового кровообращения.

В последние годы акценты в кардиологии сместились, возникли новые тенденции и проблемы, которые существенно влияют на принятие решений в вопросах диагностики и лечения. К их числу относится увеличение у пациентов цереброваскулярной патологии по отношению к острой коронарной патологии на фоне артериальной гипертензии. Очень часто (в 21% случаев по данным нашего исследования) у больных с артериальной гипертензией острый инфаркт миокарда и мозговой инсульт возникают одновременно.

Изучение коронарно-церебральной патологии было начато после описания Н.К. Боголеповым апоплектиформного синдрома при инфаркте миокарда. Выделенная Н.К.Боголеповым форма церебрально-коронарных кризов показывает, что они являются одним из этапов течения ишемической болезни сердца и мозга. В клинической картине в данном случае преобладают признаки нарушения мозгового кровообращения (чаще - динамического): обморок, головокружение, тошнота, рвота, возможна очаговая неврологическая симптоматика.

Одновременное сочетание артериальной гипертензии, мозгового инсульта и острого инфаркта ставит слож-

ную задачу в оказании помощи такому больному. Особенно это касается тромболитической и антиагрегантной терапии. Нами был обследован 241 пациент, в возрасте от 45 до 65 лет, мужчины, с ишемической болезнью сердца - острым инфарктом миокарда (ОИМ), у которых в анамнезе были в разное время перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения. У всех больных была артериальная гипертензия. Стаж артериальной гипертензии составлял 12,8 +/- 4,6 лет. В 63% случаев пациенты получали гипотензивную терапию систематически. В 13% случаев гипотензивная терапия проводилась нерегулярно. В 24% случаев больные гипотензивной терапии не получали.

Особой группой риска является группа некорригированной артериальной гипертензии. В данной группе больных клиника острого инфаркта миокарда нередко сопровождалась развитием переходящего нарушения мозгового кровообращения - у 18% пациентов, а у 7% развилась клиника ишемического инсульта. Показатели артериального давления в этой группе больных составили 189,7 +/- 11,2 мм.рт.ст.

Все пациенты, составляющие группу некорригированной артериальной гипертензии, в основном получали антиагрегантную терапию. Однако, некоторым больным (в 5% случаев) проводился системный тромболитический. После чего трое из них умерли вследствие быстро развившегося некурабельного ишемического инсульта.

В то же время, в группах больных, получавших гипотензивные препараты, тромболитическая и антиагрегантная терапия не дали никаких побочных эффектов.

Вывод: проведение тромболитической и антиагрегантной терапии в особо опасной группе больных (сочетание некорригированной артериальной гипертензии с острым инфарктом миокарда и церебральной патологией) представляет собой задачу, решение которой требует большой осторожности. Необходим внимательный сбор анамнеза у пациентов, тщательная оценка жалоб, полученных в момент церебро-коронарного криза, а также неоднократное измерение артериального давления.

УДК: 616-071:616.724:355

## **ВИЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНОГО ІНДЕКСУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА У ОСІБ ПРИЗОВНОГО ВІКУ ТА СОЛДАТ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ**

**Єрошенко О.А., Філімонов Ю.В., Єрошенко А.В.**

Кафедра стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Функціонування зубо-щелепного апарату відбувається при тісному взаємозв'язку всіх морфологічних та функціональних компонентів. Патологія будь-якої складової зубо-щелепного апарату веде до компенсаторної перебудови усєї системи, що проявляється появою відповідних клінічних симптомів. Функціональні порушення СНЩС повинні бути розцінені як рання діагностична ознака перевантаження та дисфункції усєї зубо-щелепної системи. Очевидним є твердження, що дисфункціональні стани СНЩС, особливо при наявності аномалій розвитку зубо-щелепного апарату, є важливою патогенетичною ланкою розвитку патології системи травлення, а, відповідно, й загального стану здоров'я організму. Це у свою чергу робить неможливим адекватне сприйняття надмірних функціональних навантажень, які передбачає несення військової служби.

В сучасних умовах оцінка стану та надання допомоги особам призовного віку з патологією зубо-щелепного апарату базується на основі нормативних документів від 4 січня 1994 року (Наказ МОУ №207 та доповнення до наказу №2 від 4.01.94). Стаття 51, 52, 53 Наказу МОУ № 207 (стоматологія) відображає загальний підхід до лікування таких пацієнтів. Оцінюються окремо дефекти зубних рядів (ст.51), запальні захворювання пародонту, слинних залоз, м'яких тканин порожнини рота (ст.52), зубо-щелепові деформації, актиномікоз, захворювання СНЩС (тільки анкілоз, контрактура, псевдосуглоб). Оцінки функціональної патології СНЩС у призовників немає. Це є актуальним для диференційованого підходу до придатності проходження служби у відповідних родах Збройних Сил України осіб призовного віку у зв'язку з майбутнім переходом на контрактну систему.

Прототип способу, що пропонується, невідомий. В основу визначення клінічного індексу функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба в осіб призовного віку та солдат строкової служби поставлене завдання максимально деталізувати та систематизувати діагностичні критерії для їх однозначної трактовки при проведенні первинного стоматологічного обстеження осіб призовного віку та планових оглядів солдат у військах.

Поставлене завдання досягається способом в якому функціональну патологію СНЩС пропонуємо розглядати як єдиний симптомокомплекс, а оцінку проводити за десятьма діагностичними критеріями. Кожний із критеріїв ми оцінюємо за 5-бальною шкалою, а сума всіх балів складатиме індекс функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба.

Критерії (К) оцінки функціональної патології СНЩС у осіб призовного віку та солдат строкової служби: К1 -

ную задачу в оказании помощи такому больному. Особенно это касается тромболитической и антиагрегантной терапии. Нами был обследован 241 пациент, в возрасте от 45 до 65 лет, мужчины, с ишемической болезнью сердца - острым инфарктом миокарда (ОИМ), у которых в анамнезе были в разное время перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения. У всех больных была артериальная гипертензия. Стаж артериальной гипертензии составлял 12,8 +/- 4,6 лет. В 63% случаев пациенты получали гипотензивную терапию систематически. В 13% случаев гипотензивная терапия проводилась нерегулярно. В 24% случаев больные гипотензивной терапии не получали.

Особой группой риска является группа некорригированной артериальной гипертензии. В данной группе больных клиника острого инфаркта миокарда нередко сопровождалась развитием переходящего нарушения мозгового кровообращения - у 18% пациентов, а у 7% развилась клиника ишемического инсульта. Показатели артериального давления в этой группе больных составили 189,7 +/- 11,2 мм.рт.ст.

Все пациенты, составляющие группу некорригированной артериальной гипертензии, в основном получали антиагрегантную терапию. Однако, некоторым больным (в 5% случаев) проводился системный тромболитический. После чего трое из них умерли вследствие быстро развившегося некурабельного ишемического инсульта.

В то же время, в группах больных, получавших гипотензивные препараты, тромболитическая и антиагрегантная терапия не дали никаких побочных эффектов.

Вывод: проведение тромболитической и антиагрегантной терапии в особо опасной группе больных (сочетание некорригированной артериальной гипертензии с острым инфарктом миокарда и церебральной патологией) представляет собой задачу, решение которой требует большой осторожности. Необходим внимательный сбор анамнеза у пациентов, тщательная оценка жалоб, полученных в момент церебро-коронарного криза, а также неоднократное измерение артериального давления.

УДК: 616-071:616.724:355

## **ВИЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНОГО ІНДЕКСУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА У ОСІБ ПРИЗОВНОГО ВІКУ ТА СОЛДАТ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ**

**Єрошенко О.А., Філімонов Ю.В., Єрошенко А.В.**

Кафедра стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Функціонування зубо-щелепного апарату відбувається при тісному взаємозв'язку всіх морфологічних та функціональних компонентів. Патологія будь-якої складової зубо-щелепного апарату веде до компенсаторної перебудови усєї системи, що проявляється появою відповідних клінічних симптомів. Функціональні порушення СНЩС повинні бути розцінені як рання діагностична ознака перевантаження та дисфункції всієї зубо-щелепної системи. Очевидним є твердження, що дисфункціональні стани СНЩС, особливо при наявності аномалій розвитку зубо-щелепного апарату, є важливою патогенетичною ланкою розвитку патології системи травлення, а, відповідно, й загального стану здоров'я організму. Це у свою чергу робить неможливим адекватне сприйняття надмірних функціональних навантажень, які передбачає несення військової служби.

В сучасних умовах оцінка стану та надання допомоги особам призовного віку з патологією зубо-щелепного апарату базується на основі нормативних документів від 4 січня 1994 року (Наказ МОУ №207 та доповнення до наказу №2 від 4.01.94). Стаття 51, 52, 53 Наказу МОУ № 207 (стоматологія) відображає загальний підхід до лікування таких пацієнтів. Оцінюються окремо дефекти зубних рядів (ст.51), запальні захворювання пародонту, слинних залоз, м'яких тканин порожнини рота (ст.52), зубо-щелепові деформації, актиномікоз, захворювання СНЩС (тільки анкілоз, контрактура, псевдосуглоб). Оцінки функціональної патології СНЩС у призовників немає. Це є актуальним для диференційованого підходу до придатності проходження служби у відповідних родах Збройних Сил України осіб призовного віку у зв'язку з майбутнім переходом на контрактну систему.

Прототип способу, що пропонується, невідомий. В основу визначення клінічного індексу функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба в осіб призовного віку та солдат строкової служби поставлене завдання максимально деталізувати та систематизувати діагностичні критерії для їх однозначної трактовки при проведенні первинного стоматологічного обстеження осіб призовного віку та планових оглядів солдат у військах.

Поставлене завдання досягається способом в якому функціональну патологію СНЩС пропонуємо розглядати як єдиний симптомокомплекс, а оцінку проводити за десятьма діагностичними критеріями. Кожний із критеріїв ми оцінюємо за 5-бальною шкалою, а сума всіх балів складатиме індекс функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба.

Критерії (К) оцінки функціональної патології СНЩС у осіб призовного віку та солдат строкової служби: К1 -



Огляд нижнього відділу обличчя; К2 - Оцінка прикусу; К3 - Оцінка оклюзійних контактів; К4 - Оцінка величини відкривання рота; К5 - Характер рухів нижньої щелепи; К6 - Суглобовий шум; К7 - Біль у суглобі при рухах нижньої щелепи; К8 - Біль при пальпації жувальних м'язів; К9 - Біль при пальпації суглоба; К10 - Функціональні проби та проби на зжимання і скрип.

Формула розрахунку:  $ФП\ СНЩС = K1+K2+K3+K4+K5+K6+K7+K8+K9+K10$

Оцінка результату: 0 балів - функціональної патології СНЩС немає; 1-9 балів - легка ступінь функціональної патології СНЩС; 10-19 балів - середня ступінь функціональної патології СНЩС; 20-50 балів - важка ступінь функціональної патології СНЩС.

За цією методикою зареєстровано патент "Спосіб визначення клінічного індексу функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба в осіб призовного віку та солдат строкової служби" №24420, зареєстрованого в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі від 25.06.07.

Використання запропонованого підходу надає можливість провести об'єктивну оцінку функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба при проведенні первинного стоматологічного обстеження осіб призовного віку та при планових оглядах солдат у військах.

**УДК: 582.282.23:615.28**

## **ВИВЧЕННЯ АНТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

**Жорняк О.І.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У медичній практиці широко використовують антисептичні препарати для лікування бактеріальних інфекцій горла та порожнини рота. Антисептики є лікарськими засобами, які чинять антимікробну дію, локалізують збудників у вогнищах запалення, запобігають їх розповсюдженню, знижують адгезивні властивості, пригнічують фактори патогенності бактерій, добре розчиняються у ліпідах, що сприяє накопиченню препаратів в слизових оболонках і забезпечує ефективну антимікробну дію. У зв'язку з наростанням резистентності мікроорганізмів арсенал антисептичних препаратів необхідно постійно оновлювати. На жаль, вітчизняна фармацевтична промисловість випускає обмежений перелік лікарських форм антисептиків для лікування запальних процесів горла та ротової порожнини. Тому велику потребу в таких лікарських засобах задовольняють імпорتنі препарати, які не завжди мають оптимальне співвідношення ціни та якості.

*Мета дослідження:* дослідити антимікробні властивості антисептичних препаратів для лікування бактеріальних інфекцій горла та порожнини рота.

Для вирішення поставленої мети вивчили протимікробні властивості препаратів септолете (цетилпіридину хлорид), ефізолу (декваліну хлорид), аджисепту (амілметакрезол), себедину (хлоргексидину хлорид), терафлю (бензоксонію хлорид) та септефрилу (декаметоксин) до музейних штамів золотистого стафілокока.

Дослідження антимікробної дії проводили за загальноприйнятою методикою серійних двократних послідовних розведень. Протимікробну активність препаратів оцінювали за мінімальною бактерицидною концентрацією. Таблетки попередньо розчиняли до 5 мл об'єму стерильною дистильованою водою.

Як свідчать результати дослідження, метод серійних розведень у рідкому живильному середовищі є кількісним. Він дає можливість судити про ступінь чутливості мікроорганізмів до досліджуваних препаратів.

Встановлено, що препарати септолете (цетилпіридину хлорид), аджисепт (амілметакрезол), себедин (хлоргексидину хлорид), терафлю (бензоксонію хлорид) та септефрил (декаметоксин) виявили згубну дію на музейні штами золотистого стафілокока. При порівнянні дії ефективними виявились препарати септолете та септефрил. Меншу ефективність на золотистий стафілокок мають аджисепт та себедин. Препарат ефізол не проявив антистафілокової активності.

*Висновок:* на підставі проведених досліджень можна визначити, що препарат ефізол імпортного виробництва не проявляє згубну дію на музейні штами золотистого стафілокока. Створення нових лікарських форм антисептиків вітчизняного виробництва необхідно для лікування запальних процесів горла та ротової порожнини.

**УДК: 615.281:615.015**

## **ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ОФЛОКСАЦИНУ, АМПІЦИЛІНУ, ГЕНТАМІЦИНУ, МЕРОНЕМУ ТА ДЕКАСАНУ**

**Жорняк О.І.**

Огляд нижнього відділу обличчя; K2 - Оцінка прикусу; K3 - Оцінка оклюзійних контактів; K4 - Оцінка величини відкривання рота; K5 - Характер рухів нижньої щелепи; K6 - Суглобовий шум; K7 - Біль у суглобі при рухах нижньої щелепи; K8 - Біль при пальпації жувальних м'язів; K9 - Біль при пальпації суглоба; K10 - Функціональні проби та проби на зжимання і скрип.

Формула розрахунку:  $FP\text{ ШЦС} = K1+K2+K3+K4+K5+K6+K7+K8+K9+K10$

Оцінка результату: 0 балів - функціональної патології ШЦС немає; 1-9 балів - легка ступінь функціональної патології ШЦС; 10-19 балів - середня ступінь функціональної патології ШЦС; 20-50 балів - важка ступінь функціональної патології ШЦС.

За цією методикою зареєстровано патент "Спосіб визначення клінічного індексу функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба в осіб призовного віку та солдат строкової служби" №24420, зареєстрованого в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі від 25.06.07.

Використання запропонованого підходу надає можливість провести об'єктивну оцінку функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба при проведенні первинного стоматологічного обстеження осіб призовного віку та при планових оглядах солдат у військах.

**УДК: 582.282.23:615.28**

## **ВИВЧЕННЯ АНТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

**Жорняк О.І.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У медичній практиці широко використовують антисептичні препарати для лікування бактеріальних інфекцій горла та порожнини рота. Антисептики є лікарськими засобами, які чинять антимікробну дію, локалізують збудників у вогнищах запалення, запобігають їх розповсюдженню, знижують адгезивні властивості, пригнічують фактори патогенності бактерій, добре розчиняються у ліпідах, що сприяє накопиченню препаратів в слизових оболонках і забезпечує ефективну антимікробну дію. У зв'язку з наростанням резистентності мікроорганізмів арсенал антисептичних препаратів необхідно постійно оновлювати. На жаль, вітчизняна фармацевтична промисловість випускає обмежений перелік лікарських форм антисептиків для лікування запальних процесів горла та ротової порожнини. Тому велику потребу в таких лікарських засобах задовольняють імпорتنі препарати, які не завжди мають оптимальне співвідношення ціни та якості.

*Мета дослідження:* дослідити антимікробні властивості антисептичних препаратів для лікування бактеріальних інфекцій горла та порожнини рота.

Для вирішення поставленої мети вивчили протимікробні властивості препаратів септолете (цетилпіридину хлорид), ефізолу (декваліну хлорид), аджисепту (амілметакрезол), себедину (хлоргексидину хлорид), терафлю (бензоксонію хлорид) та септефрилу (декаметоксин) до музейних штамів золотистого стафілокока.

Дослідження антимікробної дії проводили за загальноприйнятою методикою серійних двократних послідовних розведень. Протимікробну активність препаратів оцінювали за мінімальною бактерицидною концентрацією. Таблетки попередньо розчиняли до 5 мл об'єму стерильною дистильованою водою.

Як свідчать результати дослідження, метод серійних розведень у рідкому живильному середовищі є кількісним. Він дає можливість судити про ступінь чутливості мікроорганізмів до досліджуваних препаратів.

Встановлено, що препарати септолете (цетилпіридину хлорид), аджисепт (амілметакрезол), себедин (хлоргексидину хлорид), терафлю (бензоксонію хлорид) та септефрил (декаметоксин) виявили згубну дію на музейні штами золотистого стафілокока. При порівнянні дії ефективними виявились препарати септолете та септефрил. Меншу ефективність на золотистий стафілокок мають аджисепт та себедин. Препарат ефізол не проявив антистафілокової активності.

*Висновок:* на підставі проведених досліджень можна визначити, що препарат ефізол імпортного виробництва не проявляє згубну дію на музейні штами золотистого стафілокока. Створення нових лікарських форм антисептиків вітчизняного виробництва необхідно для лікування запальних процесів горла та ротової порожнини.

**УДК: 615.281:615.015**

## **ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ОФЛОКСАЦИНУ, АМПІЦИЛІНУ, ГЕНТАМІЦИНУ, МЕРОНЕМУ ТА ДЕКАСАНУ**

**Жорняк О.І.**

Огляд нижнього відділу обличчя; К2 - Оцінка прикусу; К3 - Оцінка оклюзійних контактів; К4 - Оцінка величини відкривання рота; К5 - Характер рухів нижньої щелепи; К6 - Суглобовий шум; К7 - Біль у суглобі при рухах нижньої щелепи; К8 - Біль при пальпації жувальних м'язів; К9 - Біль при пальпації суглоба; К10 - Функціональні проби та проби на зжимання і скрип.

Формула розрахунку:  $ФП\ СНЩС = K1 + K2 + K3 + K4 + K5 + K6 + K7 + K8 + K9 + K10$

Оцінка результату: 0 балів - функціональної патології СНЩС немає; 1-9 балів - легка ступінь функціональної патології СНЩС; 10-19 балів - середня ступінь функціональної патології СНЩС; 20-50 балів - важка ступінь функціональної патології СНЩС.

За цією методикою зареєстровано патент "Спосіб визначення клінічного індексу функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба в осіб призовного віку та солдат строкової служби" №24420, зареєстрованого в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі від 25.06.07.

Використання запропонованого підходу надає можливість провести об'єктивну оцінку функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба при проведенні первинного стоматологічного обстеження осіб призовного віку та при планових оглядах солдат у військах.

**УДК: 582.282.23:615.28**

## **ВИВЧЕННЯ АНТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

**Жорняк О.І.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У медичній практиці широко використовують антисептичні препарати для лікування бактеріальних інфекцій горла та порожнини рота. Антисептики є лікарськими засобами, які чинять антимікробну дію, локалізують збудників у вогнищах запалення, запобігають їх розповсюдженню, знижують адгезивні властивості, пригнічують фактори патогенності бактерій, добре розчиняються у ліпідах, що сприяє накопиченню препаратів в слизових оболонках і забезпечує ефективну антимікробну дію. У зв'язку з наростанням резистентності мікроорганізмів арсенал антисептичних препаратів необхідно постійно оновлювати. На жаль, вітчизняна фармацевтична промисловість випускає обмежений перелік лікарських форм антисептиків для лікування запальних процесів горла та ротової порожнини. Тому велику потребу в таких лікарських засобах задовольняють імпорتنі препарати, які не завжди мають оптимальне співвідношення ціни та якості.

*Мета дослідження:* дослідити антимікробні властивості антисептичних препаратів для лікування бактеріальних інфекцій горла та порожнини рота.

Для вирішення поставленої мети вивчили протимікробні властивості препаратів септолете (цетилпіридину хлорид), ефізолу (декваліну хлорид), аджисепту (амілметакрезол), себедину (хлоргексидину хлорид), терафлю (бензоксонію хлорид) та септефрилу (декаметоксин) до музейних штамів золотистого стафілокока.

Дослідження антимікробної дії проводили за загальноприйнятою методикою серійних двократних послідовних розведень. Протимікробну активність препаратів оцінювали за мінімальною бактерицидною концентрацією. Таблетки попередньо розчиняли до 5 мл об'єму стерильною дистильованою водою.

Як свідчать результати дослідження, метод серійних розведень у рідкому живильному середовищі є кількісним. Він дає можливість судити про ступінь чутливості мікроорганізмів до досліджуваних препаратів.

Встановлено, що препарати септолете (цетилпіридину хлорид), аджисепт (амілметакрезол), себедин (хлоргексидину хлорид), терафлю (бензоксонію хлорид) та септефрил (декаметоксин) виявили згубну дію на музейні штами золотистого стафілокока. При порівнянні дії ефективними виявились препарати септолете та септефрил. Меншу ефективність на золотистий стафілокок мають аджисепт та себедин. Препарат ефізол не проявив антистафілокової активності.

*Висновок:* на підставі проведених досліджень можна визначити, що препарат ефізол імпортного виробництва не проявляє згубну дію на музейні штами золотистого стафілокока. Створення нових лікарських форм антисептиків вітчизняного виробництва необхідно для лікування запальних процесів горла та ротової порожнини.

**УДК: 615.281:615.015**

## **ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ОФЛОКСАЦИНУ, АМПІЦИЛІНУ, ГЕНТАМІЦИНУ, МЕРОНЕМУ ТА ДЕКАсанУ**

**Жорняк О.І.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

З часу використання першого антимікробного засобу багато чого змінилося у стосунках між макроорганізмом та мікроорганізмами. Дослідники відкривають нові лікарські препарати, а мікроорганізми формують до них резистентність, що є природною біологічною відповіддю. Це призводить до відбору та виживання резистентних штамів, які можуть викликати спалахи внутрішньолікарняних інфекцій. Такі мікроорганізми мають більш високу вірулентність та підвищену стійкість до несприятливих факторів, в тому числі і до дії антимікробних засобів. Виникненню резистентності також сприяють демографічні зміни в суспільстві, широке застосування інструментальних методів діагностики, часте використання терапевтичних засобів, що пригнічують імунну систему.

Тому сучасні проблеми боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями вимагають пошуку нових антимікробних засобів і хіміотерапевтичних препаратів, вивчення їх дії на резистентні форми бактерій.

*Мета дослідження:* дослідити антибактеріальні властивості офлоксацину, ампіциліну, гентаміцину, меронему та декасану.

Проведено вивчення чутливості штамів золотистого стафілокока до офлоксацину, ампіциліну, гентаміцину, меронему та декасану. Офлоксацин - це антимікробний препарат фторхінолонового ряду. Ампіцилін, гентаміцин та меронем - антибіотики широкого спектру дії, які впливають на грам-позитивні та грам-негативні мікроорганізми. Декасан - вітчизняний антисептик на основі декаметоксину.

Чутливість мікроорганізмів визначали методом послідовних двократних серійних розведень препаратів у м'ясо-пептонному бульйоні та методом дифузії в агар (метод колодязів). Ці методи дають можливість провести кількісний аналіз активності протимікробних препаратів та встановити, наскільки змінюються їх властивості після додавання до них ліофілізату.

Як свідчать результати досліджень, офлоксацин, ампіцилін, гентаміцин, меронем та декасан мають виражену антибактеріальну дію на штами золотистого стафілокока. При змішуванні цих препаратів із ліофілізатом, їх антибактеріальні властивості зберігаються на високому рівні. При порівнянні вираженості дії, найбільш ефективними виявились гентаміцин, ампіцилін та декасан. Також була встановлена тенденція до зниження активності лікарських препаратів від першого до десятого дня змішування їх із ліофілізатом.

*Висновок:* дослідження антибактеріальних властивостей лікарських препаратів офлоксацину, ампіциліну, гентаміцину, меронему та декасану заслуговує на подальше всебічне вивчення з метою створення нових лікарських форм з протимікробною активністю.

**УДК:** 615.835.5:615:616-071:616-002.5:616.24-008.4:616.233

## **РОЛЬ ІНГЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В ПОКРАЩЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ**

**Зайков С.В., Дудник А.Б.**

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Бронхообструктивний синдром (БОС) належить до факультативних патологічних синдромів, характерних для туберкульозу легень (ТЛ), проте часто наявність БОС суттєво ускладнює клінічний перебіг туберкульозного процесу та провокує подальше погіршення якості життя (ЯЖ) пацієнтів.

*Метою дослідження* є вивчення динаміки ЯЖ у хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання (ВДТБ) з бронхообструктивним синдромом внаслідок застосування комбінації бронхолітика та інгалаційного глюкокортикоїду у порівнянні із терапією лише стандартною схемою антимікобактеріальних препаратів.

Дане дослідження було рандомізованим когортним контрольованим інтервенційним. Було обстежено 53 хворих із різними формами ВДТБ, що перебували на лікуванні у Вінницькому обласному протитуберкульозному диспансері. Пацієнти в досліджуваних групах суттєво не відрізнялися між собою за статтю, віком та клінічними формами ТЛ. Так, в основній групі чоловіків було 20 (66,67%), жінок - 10 (33,33%); у контрольній групі особи чоловічої статі становили 16 (69,56%), жіночої - 7 (30,44%). Середній вік обстежуваних становив 44,42±1,84 та 45,27±1,68 років відповідно. В основній групі пацієнти отримували для корекції БОС інгалаційний глюкокортикоїд флутиказону пропіонат та пролонгований  $\beta_2$ -агоніст сальметерол на тлі антимікобактеріальних препаратів. У контрольній групі пацієнти отримували тільки стандартизовану хіміотерапію. ЯЖ хворих вивчалась за допомогою опитувальника госпіталю Святого Георгія.

Встановлено, що показники ЯЖ у хворих на ВДТБ з БОС в 4,45 разів менше, ніж у людей без бронхолегеневої

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

З часу використання першого антимікробного засобу багато чого змінилося у стосунках між макроорганізмом та мікроорганізмами. Дослідники відкривають нові лікарські препарати, а мікроорганізми формують до них резистентність, що є природною біологічною відповіддю. Це призводить до відбору та виживання резистентних штамів, які можуть викликати спалахи внутрішньолікарняних інфекцій. Такі мікроорганізми мають більш високу вірулентність та підвищену стійкість до несприятливих факторів, в тому числі і до дії антимікробних засобів. Виникненню резистентності також сприяють демографічні зміни в суспільстві, широке застосування інструментальних методів діагностики, часте використання терапевтичних засобів, що пригнічують імунну систему.

Тому сучасні проблеми боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями вимагають пошуку нових антимікробних засобів і хіміотерапевтичних препаратів, вивчення їх дії на резистентні форми бактерій.

*Мета дослідження:* дослідити антибактеріальні властивості офлоксацину, ампіциліну, гентаміцину, меронему та декасану.

Проведено вивчення чутливості штамів золотистого стафілокока до офлоксацину, ампіциліну, гентаміцину, меронему та декасану. Офлоксацин - це антимікробний препарат фторхінолонового ряду. Ампіцилін, гентаміцин та меронем - антибіотики широкого спектру дії, які впливають на грам-позитивні та грам-негативні мікроорганізми. Декасан - вітчизняний антисептик на основі декаметоксину.

Чутливість мікроорганізмів визначали методом послідовних двократних серійних розведень препаратів у м'ясо-пептонному бульйоні та методом дифузії в агар (метод колодязів). Ці методи дають можливість провести кількісний аналіз активності протимікробних препаратів та встановити, наскільки змінюються їх властивості після додавання до них ліофілізату.

Як свідчать результати досліджень, офлоксацин, ампіцилін, гентаміцин, меронем та декасан мають виражену антибактеріальну дію на штами золотистого стафілокока. При змішуванні цих препаратів із ліофілізатом, їх антибактеріальні властивості зберігаються на високому рівні. При порівнянні вираженості дії, найбільш ефективними виявились гентаміцин, ампіцилін та декасан. Також була встановлена тенденція до зниження активності лікарських препаратів від першого до десятого дня змішування їх із ліофілізатом.

*Висновок:* дослідження антибактеріальних властивостей лікарських препаратів офлоксацину, ампіциліну, гентаміцину, меронему та декасану заслуговує на подальше всебічне вивчення з метою створення нових лікарських форм з протимікробною активністю.

**УДК:** 615.835.5:615:616-071:616-002.5:616.24-008.4:616.233

## **РОЛЬ ІНГЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В ПОКРАЩЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ**

**Зайков С.В., Дудник А.Б.**

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Бронхообструктивний синдром (БОС) належить до факультативних патологічних синдромів, характерних для туберкульозу легень (ТЛ), проте часто наявність БОС суттєво ускладнює клінічний перебіг туберкульозного процесу та провокує подальше погіршення якості життя (ЯЖ) пацієнтів.

*Метою дослідження* є вивчення динаміки ЯЖ у хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання (ВДТБ) з бронхообструктивним синдромом внаслідок застосування комбінації бронхолітика та інгалаційного глюкокортикоїду у порівнянні із терапією лише стандартною схемою антимікобактеріальних препаратів.

Дане дослідження було рандомізованим когортним контрольованим інтервенційним. Було обстежено 53 хворих із різними формами ВДТБ, що перебували на лікуванні у Вінницькому обласному протитуберкульозному диспансері. Пацієнти в досліджуваних групах суттєво не відрізнялися між собою за статтю, віком та клінічними формами ТЛ. Так, в основній групі чоловіків було 20 (66,67%), жінок - 10 (33,33%); у контрольній групі особи чоловічої статі становили 16 (69,56%), жіночої - 7 (30,44%). Середній вік обстежуваних становив 44,42±1,84 та 45,27±1,68 років відповідно. В основній групі пацієнти отримували для корекції БОС інгалаційний глюкокортикоїд флутиказону пропіонат та пролонгований  $\beta_2$ -агоніст сальметерол на тлі антимікобактеріальних препаратів. У контрольній групі пацієнти отримували тільки стандартизовану хіміотерапію. ЯЖ хворих вивчалась за допомогою опитувальника госпіталю Святого Георгія.

Встановлено, що показники ЯЖ у хворих на ВДТБ з БОС в 4,45 разів менше, ніж у людей без бронхолегеневої

патології. Найбільше пацієнтів створюють психосоціальні наслідки бронхіальної обструкції та туберкульозу (показник компоненту "Наслідки" становить в 11,56 разів більше, ніж у здорових людей). Покращення показників ЯЖ внаслідок поведеної терапії було зафіксовано в основній групі: до лікування вони становили  $24,56 \pm 1,66$ , а після лікування -  $10,93 \pm 0,75$  ( $p < 0,01$ ). Натомість, у контрольній групі покращення показників ЯЖ визначалось лише від  $26,04 \pm 1,76$  на початку лікування, до  $17,82 \pm 0,87$  після лікування ( $p < 0,01$ ). Доведено, що застосування комбінації сальметеролу із флютиказоном в поєднанні зі стандартною хіміотерапією дозволяє достовірно більше покращувати ЯЖ. Зокрема, у основній групі показники ЯЖ покращились на  $(55,49 \pm 1,20)\%$ : компонент "Симптоми" на  $(65,48 \pm 2,10)\%$ ; компонент "Активність" на  $(24,18 \pm 1,21)\%$ ; компонент "Наслідки" на  $(47,31 \pm 1,01)\%$  ( $p < 0,01$ ). Тобто, у більшості респондентів основної групи показники ЯЖ покращились на  $(23,96 \pm 1,17)\%$  більше, ніж у групі контролю.

Висновки. Сучасна інгаляційна терапія дозволяє досягти суттєвого покращення ЯЖ хворих на ВДТБ з БОС, що має позитивний вплив на кінцеві результати лікування. Комбінація пролонгованих  $\beta_2$ -агоністів з інгаляційними ГКС демонструє вагомі переваги потенційованого ефекту, завдяки одночасному впливу на різні ланки патогенезу бронхообструкції при лікуванні БОС, що є передумовою їх широкого застосування.

**УДК:** 616-071:616.523:616.9:616-053.3

## **КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ГЕРПЕС-ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ**

**Зализюк А.А., Звенігородська А.Ю.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Дослідження останніх років свідчать, що у дітей раннього віку порушення імунного реагування обумовлені інфікуванням вірусами простого герпесу (ВПГ) I та II типів, цитомегаловірусом (ЦМВ). Герпетична інфекція - одна з ведучих причин мертворожденості, передчасних пологів, захворюваності новонароджених та дітей першого року життя. За даними літератури, герпетична інфекція призводить до зриву адаптаційно-компенсаторних механізмів організму дитини. Імунний статус дітей на першому році життя в значній мірі обумовлений особливостями перебігу вагітності у їх матерів, імунологічною толерантністю до збудників інфекцій, яка властива для раннього віку. Наведені фактори можуть призвести до тривалої персистенції вірусів. Відомо, що імунна депресія при внутрішньоутробній інфекції зберігається протягом 6 місяців життя та більше, та складає основу для формування імуноопосередкованої патології.

Клінічна симптоматика перинатальної герпес-вірусної інфекції поліморфна. На перший план протягом першого місяця життя виступають ураження з боку ЦНС. Однак, у послідовному в клінічній картині превалюють симптоми враження вісцеральних органів. Відсутність скринінгових методів дослідження при субклінічних формах герпес-вірусних інфекцій призводить до, так званих, віддалених наслідків перинатального інфікування, якими є психоневрологічні, соматичні, ендокринні та інші порушення. Отже, це визначає необхідність виявлення та динамічного спостереження за дітьми з неманіфестними формами перинатальних герпес-вірусних інфекцій.

Враховуючи вище наведене, метою нашого дослідження було вивчити особливості клінічної симптоматики перинатальних герпес-вірусних інфекцій (ЦМВ, ВПГ) у дітей.

Результати наших досліджень свідчать, що перинатальні герпесвірусні інфекції в поєднанні з факторами обтяженого перебігу вагітності та пологів (гестози, загроза переривання на ранніх термінах, передчасні пологи) призводять до формування патологічних змін не лише у період новонародженості, а й на першому році життя дітей. Крім того, нами виявлено, що найбільша кількість ускладнень перебігу вагітності та неонатального періоду відмічалось при наявності ВПГ інфекції. Менш виражені патологічні зміни у дітей з ЦМВ ймовірно пов'язано з повільною реплікацією вірусу і можливістю більш пролонгованого розвитку інфекційного процесу.

У подальшому нами встановлено, що при перинатальному інфікуванні ВПГ у дітей 6 місяців найбільш часто виявлялась гіпотрофія (34,2%), лімфопроліферативний синдром, у третини дітей був виявлений атопічний дерматит та порушення мікробіоценозу. У неврологічній симптоматиці даної групи дітей превалювали рухові порушення та гідроцефальний синдром.

У групі дітей з ЦМВ відмічалось достовірно нижча кількість дітей з ознаками гіпотрофії, атопічного дерматиту, порушення мікробіоценозу на відміну від попередньої групи обстежених (10,1% відповідно). Однак, у даної групи дітей переважав лімфопроліферативний синдром. Частота виявлення порушення м'язового тону та гідроцефального синдрому не мала вірогідної різниці між групами дітей.

Серед обстежених дітей звертала на себе увагу також висока захворюваність на першому році життя. Частіше захворювання виявляли у дітей з поєднаними герпес-вірусними захворюваннями. Слід відмітити, що у кожній другій дитині мали місце бактеріальні ускладнення вірусних інфекцій (пневмонія, отит, інфекція сечовивідних шляхів).

патології. Найбільше пацієнтів створюють психосоціальні наслідки бронхіальної обструкції та туберкульозу (показник компоненту "Наслідки" становить в 11,56 разів більше, ніж у здорових людей). Покращення показників ЯЖ внаслідок поведеної терапії було зафіксовано в основній групі: до лікування вони становили  $24,56 \pm 1,66$ , а після лікування -  $10,93 \pm 0,75$  ( $p < 0,01$ ). Натомість, у контрольній групі покращення показників ЯЖ визначалось лише від  $26,04 \pm 1,76$  на початку лікування, до  $17,82 \pm 0,87$  після лікування ( $p < 0,01$ ). Доведено, що застосування комбінації сальметеролу із флютиказоном в поєднанні зі стандартною хіміотерапією дозволяє достовірно більше покращувати ЯЖ. Зокрема, у основній групі показники ЯЖ покращились на  $(55,49 \pm 1,20)\%$ : компонент "Симптоми" на  $(65,48 \pm 2,10)\%$ ; компонент "Активність" на  $(24,18 \pm 1,21)\%$ ; компонент "Наслідки" на  $(47,31 \pm 1,01)\%$  ( $p < 0,01$ ). Тобто, у більшості респондентів основної групи показники ЯЖ покращились на  $(23,96 \pm 1,17)\%$  більше, ніж у групі контролю.

Висновки. Сучасна інгаляційна терапія дозволяє досягти суттєвого покращення ЯЖ хворих на ВДТБ з БОС, що має позитивний вплив на кінцеві результати лікування. Комбінація пролонгованих  $\beta_2$ -агоністів з інгаляційними ГКС демонструє вагомі переваги потенційованого ефекту, завдяки одночасному впливу на різні ланки патогенезу бронхообструкції при лікуванні БОС, що є передумовою їх широкого застосування.

**УДК:** 616-071:616.523:616.9:616-053.3

## **КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ГЕРПЕС-ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ**

**Зализюк А.А., Звенігородська А.Ю.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Дослідження останніх років свідчать, що у дітей раннього віку порушення імунного реагування обумовлені інфікуванням вірусами простого герпесу (ВПГ) I та II типів, цитомегаловірусом (ЦМВ). Герпетична інфекція - одна з ведучих причин мертворожденості, передчасних пологів, захворюваності новонароджених та дітей першого року життя. За даними літератури, герпетична інфекція призводить до зриву адаптаційно-компенсаторних механізмів організму дитини. Імунний статус дітей на першому році життя в значній мірі обумовлений особливостями перебігу вагітності у їх матерів, імунологічною толерантністю до збудників інфекцій, яка властива для раннього віку. Наведені фактори можуть призвести до тривалої персистенції вірусів. Відомо, що імунна депресія при внутрішньоутробній інфекції зберігається протягом 6 місяців життя та більше, та складає основу для формування імуноопосередкованої патології.

Клінічна симптоматика перинатальної герпес-вірусної інфекції поліморфна. На перший план протягом першого місяця життя виступають ураження з боку ЦНС. Однак, у послідуєчому в клінічній картині превалюють симптоми враження вісцеральних органів. Відсутність скринінгових методів дослідження при субклінічних формах герпес-вірусних інфекцій призводить до, так званих, віддалених наслідків перинатального інфікування, якими є психоневрологічні, соматичні, ендокринні та інші порушення. Отже, це визначає необхідність виявлення та динамічного спостереження за дітьми з неманіфестними формами перинатальних герпес-вірусних інфекцій.

Враховуючи вище наведене, метою нашого дослідження було вивчити особливості клінічної симптоматики перинатальних герпес-вірусних інфекцій (ЦМВ, ВПГ) у дітей.

Результати наших досліджень свідчать, що перинатальні герпесвірусні інфекції в поєднанні з факторами обтяженого перебігу вагітності та пологів (гестози, загроза переривання на ранніх термінах, передчасні пологи) призводять до формування патологічних змін не лише у період новонародженості, а й на першому році життя дітей. Крім того, нами виявлено, що найбільша кількість ускладнень перебігу вагітності та неонатального періоду відмічалось при наявності ВПГ інфекції. Менш виражені патологічні зміни у дітей з ЦМВ ймовірно пов'язано з повільною реплікацією вірусу і можливістю більш пролонгованого розвитку інфекційного процесу.

У подальшому нами встановлено, що при перинатальному інфікуванні ВПГ у дітей 6 місяців найбільш часто виявлялась гіпотрофія (34,2%), лімфопроліферативний синдром, у третини дітей був виявлений atopічний дерматит та порушення мікробіоценозу. У неврологічній симптоматиці даної групи дітей превалювали рухові порушення та гідроцефальний синдром.

У групі дітей з ЦМВ відмічалось достовірно нижча кількість дітей з ознаками гіпотрофії, atopічного дерматиту, порушення мікробіоценозу на відміну від попередньої групи обстежених (10,1% відповідно). Однак, у даної групи дітей переважав лімфопроліферативний синдром. Частота виявлення порушення м'язового тону та гідроцефального синдрому не мала вірогідної різниці між групами дітей.

Серед обстежених дітей звертала на себе увагу також висока захворюваність на першому році життя. Частіше захворювання виявляли у дітей з поєднаними герпес-вірусними захворюваннями. Слід відмітити, що у кожній другій дитині мали місце бактеріальні ускладнення вірусних інфекцій (пневмонія, отит, інфекція сечовивідних шляхів).

Висновок: отримані дані свідчать, що перинатальні герпес-вірусні інфекції у дітей першого року життя характеризуються поліморфною клінічною симптоматикою, яка проявляється гіпотрофією, лімфопроліферативним синдромом, враженням нервової системи, а також порушенням імунорезистентності.

**УДК:** 616.441-008.61:616-053.3

## **ТИРЕОЇДНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, НАРОДЖЕНИХ НЕДОНОШЕНИМИ**

**Звенігородська А.Ю., Зализюк А.А.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Тривалий час вважалося, що транзиторна гіпотироксинемія у недоношених новонароджених не має будь-яких наслідків. Однак, дослідження останніх років виявили взаємозв'язок зниженого рівня вільного тироксину ( $vT_4$ ) у недоношених дітей, який асоціюється з підвищенням смертності та захворюваності не лише в перинатальний період, а й на першому році життя, з необхідністю проведення більш тривалої оксигенотерапії та ШВЛ при патології бронхо-легеневої системи.

Разом з тим, питання етіології транзиторної гіпотироксинемії залишається не з'ясованим. Так, автори вважають, що значення має не лише фактори незрілості гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдної системи, йодний дефіцит, а й синдром нетиреоїдної патології. Вивчення факторів нетиреоїдної патології у виникненні гіпотироксинемії є необхідним, так як вплив на них може стати альтернативою замісної терапії тиреоїдними гормонами.

Враховуючи вище наведене, метою нашого дослідження було вивчити стан гіпофізарно-тиреоїдної системи у дітей першого року життя, народжених передчасно, з патологією бронхо-легеневої системи.

У наше дослідження були включені діти першого року життя, які на час обстеження мали патологію бронхо-легеневої системи. Результати досліджень показали, що рівень ТТГ та  $vT_4$  у дітей першого року життя без важкого та/або ускладненого перебігу бронхо-легеневої патології відповідав віковим параметрам.

Разом із тим, рівень ТТГ та  $vT_4$  у дітей першого року життя, народжених передчасно, та тих, які на час обстеження мали патологію бронхо-легеневої системи, вірогідно відрізнявся. Так, рівень  $vT_4$  мав тенденцію до зниження з вірогідно вищим показником ТТГ в основній групі дітей.

Крім того, нами також був визначений тиреоїдний статус дітей першого року життя в залежності від маси тіла при народженні. Основна група дітей першого року життя була розподілена на дві підгрупи в залежності від маси тіла при народженні: першу підгрупу склали діти першого року життя з малою масою тіла при народженні, другу підгрупу склали діти з дуже малою масою тіла при народженні.

Нами було виявлено підвищення рівня ТТГ (3,07 мМО/мл) у дітей першого року життя із ДММТ при народженні. Тоді як у дітей грудного віку із ММТ при народженні показник ТТГ знаходився у межах вікової норми (1,92 мМО/мл). Разом із тим, рівень  $vT_4$  мав тенденцію до зниження та знаходився на нижній межі норми у дітей першого року життя із ДММТ і ММТ при народженні (0,86 та 0,9 нг/дл відповідно). Однак, даний показник не мав достовірної різниці у дітей двох підгруп.

Таким чином, при важкій патології розвивається компенсаторна реакція організму, яка включає зміну функції гіпофізарно-тиреоїдної системи.

Сьогодні залишається ряд невивчених питань. Так, продовжується дискусія щодо питання, чи являється знижений рівень  $vT_4$  асоційованим із важкою супутньою патологією недоношеності, чи то є епіфеномен соматичної патології, яка розвивається у подальшому. Отже, необхідні систематичні дослідження які б вивчали не лише обмін тиреоїдних гормонів, а й вплив різних захворювань на їх рівень, компенсація яких дозволить своєчасно нормалізувати функцію гіпофізарно-тиреоїдної системи.

**УДК:** 616.152.21

## **АНАЛІЗ ВИПАДКІВ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ВІННИЦЬКОГО РАЙОНУ**

**Іванова А.С., Сторожук М.С., Процепко О.О., Олійник Н.В., Орилецька О.М.**

Кафедра акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

На сьогоднішній день респіраторний дистрес-синдром (РДС) діагностується у 15% новонароджених з малою масою тіла і частота його помітно зростає, досягаючи 60-80% при терміні вагітності менше 28 тижнів. Респіратор-



Висновок: отримані дані свідчать, що перинатальні герпес-вірусні інфекції у дітей першого року життя характеризуються поліморфною клінічною симптоматикою, яка проявляється гіпотрофією, лімфопроліферативним синдромом, враженням нервової системи, а також порушенням імунорезистентності.

**УДК:** 616.441-008.61:616-053.3

## **ТИРЕОЇДНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, НАРОДЖЕНИХ НЕДОНОШЕНИМИ**

**Звенігородська А.Ю., Зализюк А.А.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Тривалий час вважалося, що транзиторна гіпотироксинемія у недоношених новонароджених не має будь-яких наслідків. Однак, дослідження останніх років виявили взаємозв'язок зниженого рівня вільного тироксину ( $vT_4$ ) у недоношених дітей, який асоціюється з підвищенням смертності та захворюваності не лише в перинатальний період, а й на першому році життя, з необхідністю проведення більш тривалої оксигенотерапії та ШВЛ при патології бронхо-легеневої системи.

Разом з тим, питання етіології транзиторної гіпотироксинемії залишається не з'ясованим. Так, автори вважають, що значення має не лише фактори незрілості гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдної системи, йодний дефіцит, а й синдром нетиреоїдної патології. Вивчення факторів нетиреоїдної патології у виникненні гіпотироксинемії є необхідним, так як вплив на них може стати альтернативою замісної терапії тиреоїдними гормонами.

Враховуючи вище наведене, метою нашого дослідження було вивчити стан гіпофізарно-тиреоїдної системи у дітей першого року життя, народжених передчасно, з патологією бронхо-легеневої системи.

У наше дослідження були включені діти першого року життя, які на час обстеження мали патологію бронхо-легеневої системи. Результати досліджень показали, що рівень ТТГ та  $vT_4$  у дітей першого року життя без важкого та/або ускладненого перебігу бронхо-легеневої патології відповідав віковим параметрам.

Разом із тим, рівень ТТГ та  $vT_4$  у дітей першого року життя, народжених передчасно, та тих, які на час обстеження мали патологію бронхо-легеневої системи, вірогідно відрізнявся. Так, рівень  $vT_4$  мав тенденцію до зниження з вірогідно вищим показником ТТГ в основній групі дітей.

Крім того, нами також був визначений тиреоїдний статус дітей першого року життя в залежності від маси тіла при народженні. Основна група дітей першого року життя була розподілена на дві підгрупи в залежності від маси тіла при народженні: першу підгрупу склали діти першого року життя з малою масою тіла при народженні, другу підгрупу склали діти з дуже малою масою тіла при народженні.

Нами було виявлено підвищення рівня ТТГ (3,07 мМО/мл) у дітей першого року життя із ДММТ при народженні. Тоді як у дітей грудного віку із ММТ при народженні показник ТТГ знаходився у межах вікової норми (1,92 мМО/мл). Разом із тим, рівень  $vT_4$  мав тенденцію до зниження та знаходився на нижній межі норми у дітей першого року життя із ДММТ і ММТ при народженні (0,86 та 0,9 нг/дл відповідно). Однак, даний показник не мав достовірної різниці у дітей двох підгруп.

Таким чином, при важкій патології розвивається компенсаторна реакція організму, яка включає зміну функції гіпофізарно-тиреоїдної системи.

Сьогодні залишається ряд невивчених питань. Так, продовжується дискусія щодо питання, чи являється знижений рівень  $vT_4$  асоційованим із важкою супутньою патологією недоношеності, чи то є епіфеномен соматичної патології, яка розвивається у подальшому. Отже, необхідні систематичні дослідження які б вивчали не лише обмін тиреоїдних гормонів, а й вплив різних захворювань на їх рівень, компенсація яких дозволить своєчасно нормалізувати функцію гіпофізарно-тиреоїдної системи.

**УДК:** 616.152.21

## **АНАЛІЗ ВИПАДКІВ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ВІННИЦЬКОГО РАЙОНУ**

**Іванова А.С., Сторожук М.С., Процепко О.О., Олійник Н.В., Орилецька О.М.**

Кафедра акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

На сьогоднішній день респіраторний дистрес-синдром (РДС) діагностується у 15% новонароджених з малою масою тіла і частота його помітно зростає, досягаючи 60-80% при терміні вагітності менше 28 тижнів. Респіратор-

Висновок: отримані дані свідчать, що перинатальні герпес-вірусні інфекції у дітей першого року життя характеризуються поліморфною клінічною симптоматикою, яка проявляється гіпотрофією, лімфопроліферативним синдромом, враженням нервової системи, а також порушенням імунорезистентності.

**УДК:** 616.441-008.61:616-053.3

## **ТИРЕОЇДНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, НАРОДЖЕНИХ НЕДОНОШЕНИМИ**

**Звенігородська А.Ю., Зализюк А.А.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Тривалий час вважалося, що транзиторна гіпотироксинемія у недоношених новонароджених не має будь-яких наслідків. Однак, дослідження останніх років виявили взаємозв'язок зниженого рівня вільного тироксину ( $vT_4$ ) у недоношених дітей, який асоціюється з підвищенням смертності та захворюваності не лише в перинатальний період, а й на першому році життя, з необхідністю проведення більш тривалої оксигенотерапії та ШВЛ при патології бронхо-легеневої системи.

Разом з тим, питання етіології транзиторної гіпотироксинемії залишається не з'ясованим. Так, автори вважають, що значення має не лише фактори незрілості гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдної системи, йодний дефіцит, а й синдром нетиреоїдної патології. Вивчення факторів нетиреоїдної патології у виникненні гіпотироксинемії є необхідним, так як вплив на них може стати альтернативою замісної терапії тиреоїдними гормонами.

Враховуючи вище наведене, метою нашого дослідження було вивчити стан гіпофізарно-тиреоїдної системи у дітей першого року життя, народжених передчасно, з патологією бронхо-легеневої системи.

У наше дослідження були включені діти першого року життя, які на час обстеження мали патологію бронхо-легеневої системи. Результати досліджень показали, що рівень ТТГ та  $vT_4$  у дітей першого року життя без важкого та/або ускладненого перебігу бронхо-легеневої патології відповідав віковим параметрам.

Разом із тим, рівень ТТГ та  $vT_4$  у дітей першого року життя, народжених передчасно, та тих, які на час обстеження мали патологію бронхо-легеневої системи, вірогідно відрізнявся. Так, рівень  $vT_4$  мав тенденцію до зниження з вірогідно вищим показником ТТГ в основній групі дітей.

Крім того, нами також був визначений тиреоїдний статус дітей першого року життя в залежності від маси тіла при народженні. Основна група дітей першого року життя була розподілена на дві підгрупи в залежності від маси тіла при народженні: першу підгрупу склали діти першого року життя з малою масою тіла при народженні, другу підгрупу склали діти з дуже малою масою тіла при народженні.

Нами було виявлено підвищення рівня ТТГ (3,07 мМО/мл) у дітей першого року життя із ДММТ при народженні. Тоді як у дітей грудного віку із ММТ при народженні показник ТТГ знаходився у межах вікової норми (1,92 мМО/мл). Разом із тим, рівень  $vT_4$  мав тенденцію до зниження та знаходився на нижній межі норми у дітей першого року життя із ДММТ і ММТ при народженні (0,86 та 0,9 нг/дл відповідно). Однак, даний показник не мав достовірної різниці у дітей двох підгруп.

Таким чином, при важкій патології розвивається компенсаторна реакція організму, яка включає зміну функції гіпофізарно-тиреоїдної системи.

Сьогодні залишається ряд невивчених питань. Так, продовжується дискусія щодо питання, чи являється знижений рівень  $vT_4$  асоційованим із важкою супутньою патологією недоношеності, чи то є епіфеномен соматичної патології, яка розвивається у подальшому. Отже, необхідні систематичні дослідження які б вивчали не лише обмін тиреоїдних гормонів, а й вплив різних захворювань на їх рівень, компенсація яких дозволить своєчасно нормалізувати функцію гіпофізарно-тиреоїдної системи.

**УДК:** 616.152.21

## **АНАЛІЗ ВИПАДКІВ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ВІННИЦЬКОГО РАЙОНУ**

**Іванова А.С., Сторожук М.С., Процепко О.О., Олійник Н.В., Орилецька О.М.**

Кафедра акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

На сьогоднішній день респіраторний дистрес-синдром (РДС) діагностується у 15% новонароджених з малою масою тіла і частота його помітно зростає, досягаючи 60-80% при терміні вагітності менше 28 тижнів. Респіратор-

ний дистрес-синдром розвивається у 40-50% новонароджених, що з'являються на світ до 32 тижнів гестації. В структурі неонатальної смертності нашої країни декілька років РДС займав значну питому вагу. З 1992 по 2001 рік РДС займав перше місце в структурі смертності новонароджених і тільки з 2002 року відійшов на друге місце, поступившись місцем вродженим аномаліям розвитку.

Метою нашого дослідження було проаналізувати частоту та структуру випадків РДС за 2006-2008 роки за матеріалами Вінницької центральної районної клінічної лікарні та порівняти з пересічними показниками.

Метод дослідження: відбір та вивчення історій розвитку новонароджених з діагнозом РДС (в 2006 році з 425 новонароджених відібрано 5 історій розвитку новонародженого з діагнозом РДС, в 2007 році з 575 - 20 історій та в 2008 році із 657 - 16). Визначена частота та структура випадків за статтю, вагою новонароджених, строком вагітності та методом родорозрішення. Проаналізовані отримані дані. На основі результатів дослідження зроблені висновки й пропозиції щодо прогнозування випадків РДС у новонароджених: 1. Рівень захворюваності на РДС по Вінницькому району в 2006 році склав 4,7%, в 2007-34%, в 2008-24%. Різниця між 2006 та 2007 роком, можливо, пояснюється збільшенням рівня та обсягу надання медичної допомоги на первинному рівні. 2. Частота РДС серед новонароджених хлопчиків більше, ніж серед дівчаток. Ця величина доволі стала протягом 3-х років (63,63% і 36,37% (2006 р.), 60% і 40% (2007 р.), 61,9% і 38,09% відповідно). Також цікавим є той факт, що це співвідношення залишається таким самим і серед маловагових дітей і дітей з нормальною масою тіла. Виходячи з цих даних та знаючи стать плода за даними УЗД, можна в деяких випадках передбачити народження дітей з РДС. 3. У 2006 році в 100% випадків діти з РДС народжувались природнім шляхом, у 2007 році - 4 випадки РДС (20%) були асоційовані з плановим кесарським розтинном, а в 2008 році вже 25% випадків асоціюється з плановим кесарським розтинном. Ці дані співпадають із пересічними даними по Україні. Можливо, спираючись на збільшення відсотку РДС при оперативному родорозрішенні, доцільно ставити питання про профілактику РДС за добу до запланованого оперативного втручання. 4. Різниця між частотою випадків РДС у доношених та недоношених непоказова (54,54% та 45,46% (2006р.), 60% та 40% (2007р) та 43,75% та 56,25% (2008р.) відповідно).

**УДК:** 378.180.6:531.1:(477.44):681.26

## **СТУДЕНТСЬКИЙ РУХ 1941-1942 РР. У ВІННИЦІ У ВИСВІТЛЕННІ ЧАСОПISУ "ВІННИЦЬКІ ВІСТІ"**

**Іванова Н.В.**

Кафедра філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У 1941-1942 рр. 24 номери часопису "Вінницькі вісті", що видавався в період німецької окупації, містили пропагандистські статті, замітки, інформацію про діяльність студентської організації, була введена окрема рубрика "Студентське життя". Дописувачами матеріалів про студентський рух були П.Степанюк, С.Степовий, І.Сень, І.Ган, Е.Волошина.

Вже 7 вересня 1941 р. були проведені збори, де було порушено питання про утворення студентської організації, обговорено її передпрограму. Назву СУНС (Союз українського націоналістичного студентства) визначили, наслідуючи досвід студентів Львова, адже організаторами були прибулі із Західної України п.Чуй і п.Кней, працівник культурно-освітнього відділу обласної управи. Було отримано дозвіл німецького командування і 28 вересня о 12 год. в будинку культури вчителя на Українському проспекті відбулись перші збори студентів-українців, на яких обрано провід і затверджено Статут.

Основними завданнями організації проголошувались боротьба за ідеологічно-моральне перевиховання української молоді у національному дусі, боротьба за державність, боротьба з більшовизмом за свободу нації і культури, боротьба з залишками рабського духу.

Студенти, як представники української інтелігенції, повинні нести нові ідеї і високу культуру своєму народові, своїй нації. Отже студентство має бути авангардом і головним чинником у всіх ланках національно-суспільного життя. Проголошувалось, що СУНС ставить за мету організувати відродження навчання, буде домагатись швидкого відкриття вузів. Провід стверджував, що зробить все для закінчення студентами вузу, для розміщення їх по місцях праці, буде піклуватись про життєвий добробут і допомагати бідним студентам стипендіями, організовувати їдальні та гуртожитки. Так, за ініціативою проводу СУНС, який звернувся до обласного відділу освіти з клопотанням про надання допомоги студентам у закінченні 5-го курсу, це питання було цілком вирішено, як зазначила газета 18.01.1942 р.

Базою організації були студенти, учні 8-10 класів, українська молодь. Оскільки чисельність організації була незначною, а зареєстрованих у місті студентів було всього 500, проводилась агітаційна робота на курсах німецької мови, в медтехнікумі, де були утворені ініціативні групи по 5 чоловік. Перед цими групами ставилось завдання

ний дистрес-синдром розвивається у 40-50% новонароджених, що з'являються на світ до 32 тижнів гестації. В структурі неонатальної смертності нашої країни декілька років РДС займав значну питому вагу. З 1992 по 2001 рік РДС займав перше місце в структурі смертності новонароджених і тільки з 2002 року відійшов на друге місце, поступившись місцем вродженим аномаліям розвитку.

Метою нашого дослідження було проаналізувати частоту та структуру випадків РДС за 2006-2008 роки за матеріалами Вінницької центральної районної клінічної лікарні та порівняти з пересічними показниками.

Метод дослідження: відбір та вивчення історій розвитку новонароджених з діагнозом РДС (в 2006 році з 425 новонароджених відібрано 5 історій розвитку новонародженого з діагнозом РДС, в 2007 році з 575 - 20 історій та в 2008 році із 657 - 16). Визначена частота та структура випадків за статтю, вагою новонароджених, строком вагітності та методом родорозрішення. Проаналізовані отримані дані. На основі результатів дослідження зроблені висновки й пропозиції щодо прогнозування випадків РДС у новонароджених: 1. Рівень захворюваності на РДС по Вінницькому району в 2006 році склав 4,7%, в 2007-34%, в 2008-24%. Різниця між 2006 та 2007 роком, можливо, пояснюється збільшенням рівня та обсягу надання медичної допомоги на первинному рівні. 2. Частота РДС серед новонароджених хлопчиків більше, ніж серед дівчаток. Ця величина доволі стала протягом 3-х років (63,63% і 36,37% (2006 р.), 60% і 40% (2007 р.), 61,9% і 38,09% відповідно). Також цікавим є той факт, що це співвідношення залишається таким самим і серед маловагових дітей і дітей з нормальною масою тіла. Виходячи з цих даних та знаючи стать плода за даними УЗД, можна в деяких випадках передбачити народження дітей з РДС. 3. У 2006 році в 100% випадків діти з РДС народжувались природнім шляхом, у 2007 році - 4 випадки РДС (20%) були асоційовані з плановим кесарським розтином, а в 2008 році вже 25% випадків асоціюється з плановим кесарським розтином. Ці дані співпадають із пересічними даними по Україні. Можливо, спираючись на збільшення відсотку РДС при оперативному родорозрішенні, доцільно ставити питання про профілактику РДС за добу до запланованого оперативного втручання. 4. Різниця між частотою випадків РДС у доношених та недоношених непоказова (54,54% та 45,46% (2006р.), 60% та 40% (2007р) та 43,75% та 56,25% (2008р.) відповідно).

**УДК:** 378.180.6:531.1:(477.44):681.26

## **СТУДЕНТСЬКИЙ РУХ 1941-1942 РР. У ВІННИЦІ У ВИСВІТЛЕННІ ЧАСОПISУ "ВІННИЦЬКІ ВІСТІ"**

**Іванова Н.В.**

Кафедра філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У 1941-1942 рр. 24 номери часопису "Вінницькі вісті", що видавався в період німецької окупації, містили пропагандистські статті, замітки, інформацію про діяльність студентської організації, була введена окрема рубрика "Студентське життя". Дописувачами матеріалів про студентський рух були П.Степанюк, С.Степовий, І.Сень, І.Ган, Е.Волошина.

Вже 7 вересня 1941 р. були проведені збори, де було порушено питання про утворення студентської організації, обговорено її передпрограму. Назву СУНС (Союз українського націоналістичного студентства) визначили, наслідуючи досвід студентів Львова, адже організаторами були прибулі із Західної України п.Чуй і п.Кней, працівник культурно-освітнього відділу обласної управи. Було отримано дозвіл німецького командування і 28 вересня о 12 год. в будинку культури вчителя на Українському проспекті відбулись перші збори студентів-українців, на яких обрано провід і затверджено Статут.

Основними завданнями організації проголошувались боротьба за ідеологічно-моральне перевиховання української молоді у національному дусі, боротьба за державність, боротьба з більшовизмом за свободу нації і культури, боротьба з залишками рабського духу.

Студенти, як представники української інтелігенції, повинні нести нові ідеї і високу культуру своєму народові, своїй нації. Отже студентство має бути авангардом і головним чинником у всіх ланках національно-суспільного життя. Проголошувалось, що СУНС ставить за мету організувати відродження навчання, буде домагатись швидкого відкриття вузів. Провід стверджував, що зробить все для закінчення студентами вузу, для розміщення їх по місцях праці, буде піклуватись про життєвий добробут і допомагати бідним студентам стипендіями, організовувати їдальні та гуртожитки. Так, за ініціативою проводу СУНС, який звернувся до обласного відділу освіти з клопотанням про надання допомоги студентам у закінченні 5-го курсу, це питання було цілком вирішено, як зазначила газета 18.01.1942 р.

Базою організації були студенти, учні 8-10 класів, українська молодь. Оскільки чисельність організації була незначною, а зареєстрованих у місті студентів було всього 500, проводилась агітаційна робота на курсах німецької мови, в медтехнікумі, де були утворені ініціативні групи по 5 чоловік. Перед цими групами ставилось завдання

керувати внутрішнім студентським життям, популяризувати СУНС та приймати нових членів. Організація мала домівок по вулиці Князя Данила (радянська вул. Чкалова), 11 (колишня музична школа), яка була відкрита кожного дня і де збирались щонеділі, читали доповіді з історії України, українознавства, проводили спеціальні вечори розваг (танці, співи, гра на піаніно, гра в шахи й шашки, доміно та ін).

Одразу було організовано драматичний і співочий гуртки в складі 70 чоловік під керівництвом п.Шеванюка. Вважалося ганебним, що багато студентів не знають національні гімн, пісні, танці. Планувався гурток фізичного вишколу, а саме тренування на лижах, ковзанах, хокей та ін.

СУНС організував відзначення національних свят. Так 21 листопада 1941 р. о 18 годині в клубі ім.Руданського була проведена урочиста академія до 20-х роковин загибелі 359 героїв під Базаром (1921 р.). Зала була прикрашена тризубом, по боках портретами С.Петлюри та Є.Конювальця. Провідник СУНСу на Вінниччині Стенгач прочитав реферат. Хор СУНС виконав гімн "Ще не вмерла Україна", українські пісні, а члени організації Мусячук, Тиміш, Кней, Бортковська продекламували вірші "Гей, браття, до бою!", "Спіть, хлопці, спіть!", вірші Шевченка. Завершився вечір виконанням гімну Франка "Не пора". О 17 год. у Кладовищенській церкві відбулась панахида. Також відзначено Свято героїв 23 грудня 1941 р. о 19 год. у клубі СУНС. Зал був переповнений. Прочитано реферат, який нагадав імена звитяжців, студенти медтехніку продекламували вірші, всі присутні виконали гімн.

29 січня 1942 р. вшанували пам'ять студентів, що полягли в бою під Крутами в 1918 р. У ході відзначення реферат прочитано Савіцьким, слово виголосив ад'ютант-хорунжий УСП Савчук, студенти-слухачі курсів німецької мови зачитали патріотичні вірші й присягу на вірність Україні, пам'ять героїв вшанували хвилиною мовчання, прозвучав гімн, а також о 17 годині було проведено богослужіння в Свято-Покровському Соборі.

У багатьох номерах друкувались оголошення про збори пожертв, стверджувалося, що кожен свідомий українець повинен матеріально підтримати студентів, а також повідомлялось про те, хто і скільки пожертвував і висловлювалась подяка їм. В № 37 зазначалось, що гаряче відгукнулись на заклик заст. голови міста проф. Махулько-Горбачевич, Журба О.М., Дмуховська В.П., співробітники контори "Сортонасінтресту" та шляхова дільниця № 646. Фонд склав всього 228 крб. На Різдвяні свята хор наколядував 871 крб. Надали кошти також члени УСП, працівники редакції, освітнього відділу, діячі церкви. За підрахунками за даними, які були оприлюднені в газеті, загальна сума склала 3417 крб. Крім того, Обласна й Міська управи закликали віддати заробіток за 22.01.1942 р. (день самостійності України у 1918 р.), до стипендіального фонду. Внески приймали обласний відділ освіти та редакція.

Висновок: студентський рух розвивався в 1941-42 рр. з дозволу німецької влади, за ініціативи і з допомогою місцевого самоуправління, він базувався на західноукраїнських традиціях і пропагував національно-державницькі ідеї. СУНС займався переважно культурно-просвітницькою діяльністю, а також надавав моральну й матеріальну підтримку студентству. У зв'язку із закриттям вузів, репресивною політикою німецької влади та вивезенням молоді до Німеччини студентський рух поступово згасає.

**УДК: 616-002.6:617.713-002**

## **СИФІЛІТИЧНИЙ КЕРАТИТ**

**Іващук Т.В., Зелена Т.Г.**

Кафедра шкірно-венерологічних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Сифіліс у патології ока являється причиною різновидних захворювань усіх відділів цього органу. Білота трипонема, збудник сифілісу, майже завжди заноситься в око ендогенним шляхом. За даними різних авторів найчастіше уражається рогівка від 6% до 44% у вигляді дифузного паренхиматозного кератиту, крапкового кератиту, пустулоподібного глибокого кератиту Фукаса, гумозного кератиту (Чирковський, 1950). Сифіліс ока в 10-15% спричиняє сліпоту.

Глибоку всебічну характеристику сифілісу ока зробили окулісти Тальковський С. (1950), Чирковський В.В. (1950). Венерологи констатували ураження ока у хворих на сифіліс Ведров Н.С. (1950), Фришман М.П. (1983), Мілич М.В. (1987). Спостерігається виражений патоморфоз сифілісу. У 1929 році німецький венеролог Гельпах (Шапошніков, 1991) вперше описав та ввів термін "патоморфоз", пояснюючи широким застосуванням препаратів миш'яку та вісмуту. На протязі останніх десятиріч спостерігається суттєве послаблення клініки сифілісу, що можна пояснити всебічним застосуванням у терапії й профілактиці сифілісу антибіотиків.

Сифіліс ока зустрічається досить нечасто. Наведемо наші спостереження: хвора К., 43 р. запрошена на обстеження, як статевий контакт свого чоловіка, який лікується в ОКШВД із приводу сифілісу прихованого раннього. У хворої К. з боку шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів - ознак активних проявів сифілісу не виявлено, діагностовано прихований ранній сифіліс.

Скарги на сліпоту лівого ока, яка почала розвиватись півроку тому. Консультація окуліста: діагноз - люетичний інтерстиціальний кератит. Праве око без змін. Рекомендовано лікування основного захворювання.

керувати внутрішнім студентським життям, популяризувати СУНС та приймати нових членів. Організація мала домівку по вулиці Князя Данила (радянська вул. Чкалова), 11 (колишня музична школа), яка була відкрита кожного дня і де збирались щонеділі, читали доповіді з історії України, українознавства, проводили спеціальні вечори розваг (танці, співи, гра на піаніно, гра в шахи й шашки, доміно та ін).

Одразу було організовано драматичний і співочий гуртки в складі 70 чоловік під керівництвом п.Шеванюка. Вважалося ганебним, що багато студентів не знають національні гімн, пісні, танці. Планувався гурток фізичного вишколу, а саме тренування на лижах, ковзанах, хокей та ін.

СУНС організував відзначення національних свят. Так 21 листопада 1941 р. о 18 годині в клубі ім.Руданського була проведена урочиста академія до 20-х роковин загибелі 359 героїв під Базаром (1921 р.). Зала була прикрашена тризубом, по боках портретами С.Петлюри та Є.Конювця. Провідник СУНСу на Вінниччині Стенгач прочитав реферат. Хор СУНС виконав гімн "Ще не вмерла Україна", українські пісні, а члени організації Мусячук, Тиміш, Кней, Бортковська продекламували вірші "Гей, браття, до бою!", "Спіть, хлопці, спіть!", вірші Шевченка. Завершився вечір виконанням гімну Франка "Не пора". О 17 год. у Кладовищенській церкві відбулась панахида. Також відзначено Свято героїв 23 грудня 1941 р. о 19 год. у клубі СУНС. Зал був переповнений. Прочитано реферат, який нагадав імена звитяжців, студенти медтехніку продекламували вірші, всі присутні виконали гімн.

29 січня 1942 р. вшанували пам'ять студентів, що полягли в бою під Крутами в 1918 р. У ході відзначення реферат прочитано Савіцьким, слово виголосив ад'ютант-хорунжий УСП Савчук, студенти-слухачі курсів німецької мови зачитали патріотичні вірші й присягу на вірність Україні, пам'ять героїв вшанували хвилиною мовчання, прозвучав гімн, а також о 17 годині було проведено богослужіння в Свято-Покровському Соборі.

У багатьох номерах друкувались оголошення про збори пожертв, стверджувалося, що кожен свідомий українець повинен матеріально підтримати студентів, а також повідомлялось про те, хто і скільки пожертвував і висловлювалась подяка їм. В № 37 зазначалось, що гаряче відгукнулись на заклик заст. голови міста проф. Махулько-Горбачевич, Журба О.М., Дмуховська В.П., співробітники контори "Сортонасінтресту" та шляхова дільниця № 646. Фонд склав всього 228 крб. На Різдвяні свята хор наколядував 871 крб. Надали кошти також члени УСП, працівники редакції, освітнього відділу, діячі церкви. За підрахунками за даними, які були оприлюднені в газеті, загальна сума склала 3417 крб. Крім того, Обласна й Міська управи закликали віддати заробіток за 22.01.1942 р. (день самостійності України у 1918 р.), до стипендіального фонду. Внески приймали обласний відділ освіти та редакція.

Висновок: студентський рух розвивався в 1941-42 рр. з дозволу німецької влади, за ініціативи і з допомогою місцевого самоуправління, він базувався на західноукраїнських традиціях і пропагував національно-державницькі ідеї. СУНС займався переважно культурно-просвітницькою діяльністю, а також надавав моральну й матеріальну підтримку студентству. У зв'язку із закриттям вузів, репресивною політикою німецької влади та вивезенням молоді до Німеччини студентський рух поступово згасає.

**УДК: 616-002.6:617.713-002**

## **СИФІЛІТИЧНИЙ КЕРАТИТ**

**Іващук Т.В., Зелена Т.Г.**

Кафедра шкірно-венерологічних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Сифіліс у патології ока являється причиною різновидних захворювань усіх відділів цього органу. Біда трипонема, збудник сифілісу, майже завжди заноситься в око ендогенним шляхом. За даними різних авторів найчастіше уражається рогівка від 6% до 44% у вигляді дифузного паренхиматозного кератиту, крапкового кератиту, пустулоподібного глибокого кератиту Фукса, гумозного кератиту (Чирковський, 1950). Сифіліс ока в 10-15% спричиняє сліпоту.

Глибоку всебічну характеристику сифілісу ока зробили окулісти Тальковський С. (1950), Чирковський В.В. (1950). Венерологи констатували ураження ока у хворих на сифіліс Ведров Н.С. (1950), Фришман М.П. (1983), Мілич М.В. (1987). Спостерігається виражений патоморфоз сифілісу. У 1929 році німецький венеролог Гельпах (Шапошніков, 1991) вперше описав та ввів термін "патоморфоз", пояснюючи широким застосуванням препаратів миш'яку та вісмуту. На протязі останніх десятиріч спостерігається суттєве послаблення клініки сифілісу, що можна пояснити всебічним застосуванням у терапії й профілактиці сифілісу антибіотиків.

Сифіліс ока зустрічається досить нечасто. Наведемо наші спостереження: хвора К., 43 р. запрошена на обстеження, як статевий контакт свого чоловіка, який лікується в ОКШВД із приводу сифілісу прихованого раннього. У хворой К. з боку шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів - ознак активних проявів сифілісу не виявлено, діагностовано прихований ранній сифіліс.

Скарги на сліпоту лівого ока, яка почала розвиватись півроку тому. Консультація окуліста: діагноз - люетичний інтерстиціальний кератит. Праве око без змін. Рекомендовано лікування основного захворювання.

Пройшла курс пеніцилінотерапії за схемою МОЗ України від 07.06.04 р. Зір лівого ока незначно покращився, але не відновився. Хвора перебуває на диспансерному спостереженні та лікується в окуліста.

---

**УДК:** 576.2:616.3:616.33-002

## **ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ**

**Ігнащук О.В.**

Кафедра внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) - одна з найактуальніших сучасних проблем гастроентерології у зв'язку з тим, що останнім часом вона займає 1 місце за частотою серед усіх захворювань шлунково-кишкового тракту. Важливість проблеми полягає не тільки в значній поширеності патології, а і наявності типових та нетипових проявів, що значно впливають на якість життя хворих та можливості виникнення небезпечних ускладнень (стриктури стравоходу, стравохід Барретта, аденокарцинома стравоходу).

*Мета дослідження:* вивчити морфологічні особливості слизової оболонки стравоходу при ерозивній та неерозивній формах гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).

Обстеження хворих проводили на базі ВОКЛ ім.М.І.Пирогова. Усім хворим проводилось клінічне обстеження, фіброєзофагогастроскопія з біопсією слизової оболонки стравоходу. Патогістологічне дослідження біоптата слизової оболонки нижньої третини стравоходу проводили шляхом мікроскопування гістологічних зрізів товщиною 5 мм після зафарбовування гематоксиліном та еозином.

Обстежені 23 хворих на ГЕРХ, 9 на ерозивний езофагіт, 14 на неерозивний рефлюкс-езофагіт. При неерозивному рефлюкс-езофагіті при аналізі біоптатів нижньої третини слизової оболонки стравоходу виявлені, окрім помірних запальних змін із розширеними судинами, реактивні зміни багат шарового плоского епітелію, а саме: гіперкератоз, паракератоз, проліферація базальних клітин та акантоз. Аналогічні ознаки були в біоптатах слизової оболонки стравоходу хворих на ерозивний езофагіт. З описаних даних виділено: дистрофічні зміни з інфільтрацією слизової оболонки запальними елементами, поодинокі ерозивні зміни з некрозами слизової оболонки, інфільтрацію фібрину на дні ерозій поліморфноядерними лейкоцитами.

**Висновок:** типовими гістологічними ознаками ГЕРХ є реактивні зміни багат шарового плоского епітелію - гіперкератоз, паракератоз, проліферація базальних клітин та акантоз. Важливим у патоморфологічній діагностиці є не одна ознака, а поєднання 2 і більше гістоструктурних проявів.

---

**УДК:** 372:72:614.23/.25

## **ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ У РОБОТІ СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ ПРЕДСТАВНИКІВ**

**Карпенко І.А.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Медичний представник - це фахівець, що займається просуванням лікарських препаратів компаній-виробників на фармацевтичному ринку. На вітчизняному кадровому ринку це відносно молода професія. Її поява, перш за все, пов'язана з розвитком фармацевтичного бізнесу, який існує у нашій країні не більше півтора десятка років. В даний час практично 100% медичних представників мають медичну або фармацевтичну освіту. Більшість медичних представників закінчили ординатуру, мають ту або іншу спеціалізацію, деякі закінчили аспірантуру, отримали науковий ступінь кандидата медичних наук і досвід лікувальної практики. Їх середній вік складає 25-30 років.

Як відомо, витрати компаній-виробників на утримання штату медичних представників складають гігантські суми. У бюджеті вони стоять на 2 місці, поступаючись лише витратам на розробку нових препаратів. Це, напевно, найболючіша проблема для фармкомпаній, і вони активно шукають способи підвищити ефективність "польового" персоналу (field force).

Компанії стали приділяти більше уваги питанням підвищення якості підготовки "польових" співробітників. Часи, коли один тренінг-менеджер навчав всіх разом - і аптечних, і госпітальних представників; вчив їх всьому - і техніці продажів, і навичкам комунікацій, і знанню продукту, відходять у минуле. До процесу навчання стали підключати "спеціалізованих" менеджерів, які проводять тренінги за напрямками: спеціалізація (кардіологія, неврологія тощо), психологія, методи просування препаратів. Багато хто передбачав, що у зв'язку з кризою програми корпоративного навчання будуть скорочені, число тренінг-менеджерів зменшиться. Але ми спостерігаємо

Пройшла курс пеніцилінотерапії за схемою МОЗ України від 07.06.04 р. Зір лівого ока незначно покращився, але не відновився. Хвора перебуває на диспансерному спостереженні та лікується в окуліста.

---

**УДК:** 576.2:616.3:616.33-002

## **ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ**

**Ігнащук О.В.**

Кафедра внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) - одна з найактуальніших сучасних проблем гастроентерології у зв'язку з тим, що останнім часом вона займає 1 місце за частотою серед усіх захворювань шлунково-кишкового тракту. Важливість проблеми полягає не тільки в значній поширеності патології, а і наявності типових та нетипових проявів, що значно впливають на якість життя хворих та можливості виникнення небезпечних ускладнень (стриктури стравоходу, стравохід Барретта, аденокарцинома стравоходу).

*Мета дослідження:* вивчити морфологічні особливості слизової оболонки стравоходу при ерозивній та неерозивній формах гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).

Обстеження хворих проводили на базі ВОКЛ ім.М.І.Пирогова. Усім хворим проводилось клінічне обстеження, фіброєзофагогастроскопія з біопсією слизової оболонки стравоходу. Патогістологічне дослідження біоптата слизової оболонки нижньої третини стравоходу проводили шляхом мікроскопування гістологічних зрізів товщиною 5 мм після зафарбовування гематоксиліном та еозином.

Обстежені 23 хворих на ГЕРХ, 9 на ерозивний езофагіт, 14 на неерозивний рефлюкс-езофагіт. При неерозивному рефлюкс-езофагіті при аналізі біоптатів нижньої третини слизової оболонки стравоходу виявлені, окрім помірних запальних змін із розширеними судинами, реактивні зміни багаточарового плоского епітелію, а саме: гіперкератоз, паракератоз, проліферація базальних клітин та акантоз. Аналогічні ознаки були в біоптатах слизової оболонки стравоходу хворих на ерозивний езофагіт. З описаних даних виділено: дистрофічні зміни з інфільтрацією слизової оболонки запальними елементами, поодинокі ерозивні зміни з некрозами слизової оболонки, інфільтрацію фібрину на дні ерозій поліморфноядерними лейкоцитами.

**Висновок:** типовими гістологічними ознаками ГЕРХ є реактивні зміни багаточарового плоского епітелію - гіперкератоз, паракератоз, проліферація базальних клітин та акантоз. Важливим у патоморфологічній діагностиці є не одна ознака, а поєднання 2 і більше гістоструктурних проявів.

---

**УДК:** 372:72:614.23/.25

## **ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ У РОБОТІ СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ ПРЕДСТАВНИКІВ**

**Карпенко І.А.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Медичний представник - це фахівець, що займається просуванням лікарських препаратів компаній-виробників на фармацевтичному ринку. На вітчизняному кадровому ринку це відносно молода професія. Її поява, перш за все, пов'язана з розвитком фармацевтичного бізнесу, який існує у нашій країні не більше півтора десятка років. В даний час практично 100% медичних представників мають медичну або фармацевтичну освіту. Більшість медичних представників закінчили ординатуру, мають ту або іншу спеціалізацію, деякі закінчили аспірантуру, отримали науковий ступінь кандидата медичних наук і досвід лікувальної практики. Їх середній вік складає 25-30 років.

Як відомо, витрати компаній-виробників на утримання штату медичних представників складають гігантські суми. У бюджеті вони стоять на 2 місці, поступаючись лише витратам на розробку нових препаратів. Це, напевно, найболючіша проблема для фармкомпаній, і вони активно шукають способи підвищити ефективність "польового" персоналу (field force).

Компанії стали приділяти більше уваги питанням підвищення якості підготовки "польових" співробітників. Часи, коли один тренінг-менеджер навчав всіх разом - і аптечних, і госпітальних представників; вчив їх всьому - і техніці продажів, і навичкам комунікацій, і знанню продукту, відходять у минуле. До процесу навчання стали підключати "спеціалізованих" менеджерів, які проводять тренінги за напрямками: спеціалізація (кардіологія, неврологія тощо), психологія, методи просування препаратів. Багато хто передбачав, що у зв'язку з кризою програми корпоративного навчання будуть скорочені, число тренінг-менеджерів зменшиться. Але ми спостерігаємо



Пройшла курс пеніцилінотерапії за схемою МОЗ України від 07.06.04 р. Зір лівого ока незначно покращився, але не відновився. Хвора перебуває на диспансерному спостереженні та лікується в окуліста.

---

**УДК:** 576.2:616.3:616.33-002

## **ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ**

**Ігнащук О.В.**

Кафедра внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) - одна з найактуальніших сучасних проблем гастроентерології у зв'язку з тим, що останнім часом вона займає 1 місце за частотою серед усіх захворювань шлунково-кишкового тракту. Важливість проблеми полягає не тільки в значній поширеності патології, а і наявності типових та нетипових проявів, що значно впливають на якість життя хворих та можливості виникнення небезпечних ускладнень (стриктури стравоходу, стравохід Барретта, аденокарцинома стравоходу).

*Мета дослідження:* вивчити морфологічні особливості слизової оболонки стравоходу при ерозивній та неерозивній формах гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ).

Обстеження хворих проводили на базі ВОКЛ ім.М.І.Пирогова. Усім хворим проводилось клінічне обстеження, фіброєзофагогастроскопія з біопсією слизової оболонки стравоходу. Патогістологічне дослідження біоптата слизової оболонки нижньої третини стравоходу проводили шляхом мікроскопування гістологічних зрізів товщиною 5 мм після зафарбовування гематоксиліном та еозином.

Обстежені 23 хворих на ГЕРХ, 9 на ерозивний езофагіт, 14 на неерозивний рефлюкс-езофагіт. При неерозивному рефлюкс-езофагіті при аналізі біоптатів нижньої третини слизової оболонки стравоходу виявлені, окрім помірних запальних змін із розширеними судинами, реактивні зміни багат шарового плоского епітелію, а саме: гіперкератоз, паракератоз, проліферація базальних клітин та акантоз. Аналогічні ознаки були в біоптатах слизової оболонки стравоходу хворих на ерозивний езофагіт. З описаних даних виділено: дистрофічні зміни з інфільтрацією слизової оболонки запальними елементами, поодинокі ерозивні зміни з некрозами слизової оболонки, інфільтрацію фібрину на дні ерозій поліморфноядерними лейкоцитами.

**Висновок:** типовими гістологічним ознаками ГЕРХ є реактивні зміни багат шарового плоского епітелію - гіперкератоз, паракератоз, проліферація базальних клітин та акантоз. Важливим у патоморфологічній діагностиці є не одна ознака, а поєднання 2 і більше гістоструктурних проявів.

---

**УДК:** 372:72:614.23/.25

## **ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ У РОБОТІ СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ ПРЕДСТАВНИКІВ**

**Карпенко І.А.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Медичний представник - це фахівець, що займається просуванням лікарських препаратів компаній-виробників на фармацевтичному ринку. На вітчизняному кадровому ринку це відносно молода професія. Її поява, перш за все, пов'язана з розвитком фармацевтичного бізнесу, який існує у нашій країні не більше півтора десятка років. В даний час практично 100% медичних представників мають медичну або фармацевтичну освіту. Більшість медичних представників закінчили ординатуру, мають ту або іншу спеціалізацію, деякі закінчили аспірантуру, отримали науковий ступінь кандидата медичних наук і досвід лікувальної практики. Їх середній вік складає 25-30 років.

Як відомо, витрати компаній-виробників на утримання штату медичних представників складають гігантські суми. У бюджеті вони стоять на 2 місці, поступаючись лише витратам на розробку нових препаратів. Це, напевно, найболючіша проблема для фармкомпаній, і вони активно шукають способи підвищити ефективність "польового" персоналу (field force).

Компанії стали приділяти більше уваги питанням підвищення якості підготовки "польових" співробітників. Часи, коли один тренінг-менеджер навчав всіх разом - і аптечних, і госпітальних представників; вчив їх всьому - і техніці продажів, і навичкам комунікацій, і знанню продукту, відходять у минуле. До процесу навчання стали підключати "спеціалізованих" менеджерів, які проводять тренінги за напрямками: спеціалізація (кардіологія, неврологія тощо), психологія, методи просування препаратів. Багато хто передбачав, що у зв'язку з кризою програми корпоративного навчання будуть скорочені, число тренінг-менеджерів зменшиться. Але ми спостерігаємо

зворотну картину - позицій корпоративних спеціалістів стало більше. Якщо раніше зарубіжні компанії активно користувалися послугами тренінгових компаній, то зараз вважають за краще мати більше своїх фахівців. Навчання за допомогою внутрішніх тренінг-менеджерів, на їх думку, і дешевше, і якісніше. До того ж, є можливість проводити навчання, так би мовити, в режимі "online", а не від випадку до випадку, як із зовнішніми провайдерами. До такої тенденції прислуховуються і вітчизняні компанії.

Досвідченому управлінцеві відома закономірність: десять чоловік зі 100 працюватимуть добре, незалежно від того, які гроші отримують. Інші десять працюватимуть погано, які б земні блага їм би не обіцяли. І лише робота решти залежить від мистецтва управління і стимулювання персоналу.

Які головні мотивуючі чинники для ключового комунікатора фармринку - медпредставника? Це, перш за все, розмір заробітної плати, рівень компанії, перспективи кар'єрного росту.

Для більшості медпредставників гроші є головною мотиваційною стимул-реакцією. При виборі компанії вони ставлять на перше місце розмір зарплати. І це зрозуміло. Для багатьох фахівців із вищою медичною/фармацевтичною освітою, що прийшли до бізнесу з медицини та фармації, головна мета - поліпшення свого фінансового благополуччя. Другий за значимістю критерій - гідна компанія. Яка організація підпадає під це визначення? Більшість медпредставників віддають перевагу відомим компаніям, які добре себе зарекомендували на фармацевтичному ринку за рахунок "портфеля" якісної й доступної продукції. Кар'єрні можливості серед чинників мотивації, як правило, ставляться на третє місце.

Отже, "драбина" інтересів медпредставників починається із зарплати і закінчується перспективами розвитку кар'єри. В середньому тривалість роботи медпредставника в компанії складає п'ять-шість років. Тому ще одним болючим місцем в управлінні штатом медпредставників є висока плинність кадрів.

Навчання співробітників - це не лише спосіб поліпшити ефективність роботи компанії, але ще й потужний мотиватор для співробітників, оскільки дає можливість професійного й кар'єрного росту. Це легко зрозуміти, спостерігаючи за розвитком лікаря або провізора, який прийшов до компанії на посаду медичного представника. Кар'єра медичного представника може розвиватися в декількох напрямках: в продажах: регіональний менеджер; в маркетингу: менеджер по продукту; у медичному відділі: спеціаліст з питань клінічних досліджень; у відділі навчання й розвитку персоналу: тренінг-менеджер, коуч.

Серед чинників успішності медичного представника виділяють: високий рівень медичних і маркетингових знань, поведінкову компетентність, уміння добиватися результату. Професіонал уміє слухати й чути лікаря, вибудовувати з ним партнерські стосунки. Він фокусується на наданні послуг суб'єктам фармацевтичного простору, добиваючись цілей, поставлених компанією.

---

**УДК: 378.147:615.015**

## **ВИДИ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ**

**Карпова О. П.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Залежно від вимірів ефекту та особливостей проведення співставлень розрізняють такі основні види аналізу: Мінімізація витрат (Cost-Minimization, CMA); Витрати-ефективність (Cost-Effectiveness, CEA); Витрати - придбані роки якісного життя (Cost-Utility, CUA); Витрати - прибуток (Cost-Benefit, CBA).

CMA порівнює препарати лише на основі співставлення витрат, припускаючи однаковість ефекту. CEA робить наступний крок і порівнює фармакоекономічну ефективність препаратів на основі витрат і ефектів, вимірюваних у натуральних одиницях. CUA вдосконалює аналіз, включаючи в оцінку ефектів препаратів індивідуальні переживання (ваги) кожного стану здоров'я протягом лікування й остаточною комбінацією цих ваг із тривалістю перебування у відповідних станах здоров'я. CBA оцінює ефект препарату в монетарній формі відповідно до уподобань пацієнтів, виражених через бажання платити.

Вибір виду фармакоекономічного аналізу залежить від поставленої мети, а саме, відповіді на питання: "Яке втручання є доцільним?" Зазвичай, відповіді добираються з ряду наступних: "Те, яке зберігає кошти"; "Ефективне"; "Зберігає кошти з рівним/кращим ефектом"; "Додаткові кошти варті додаткових вигод".

Проте, нерідко дослідник не може визначитись наперед із видом фармакоекономічного аналізу і вимушений чекати результатів клінічних випробувань для попередньої оцінки ефектів, витрат, методу аналізу. Досить рідко в фармакоекономічному аналізі використовують CBA. CMA найбільш зручний для дослідження технічної й виробничої ефективності препарату за умов еквівалентної клінічної ефективності.

Аналіз мінімізації витрат. Аналіз передбачає однаковість ефекту порівнюваних технологій/втручань. Результати прості для розуміння і базуються на співставленні витрат. Типовою є ситуація співставлення брендового пре-

зворотну картину - позицій корпоративних спеціалістів стало більше. Якщо раніше зарубіжні компанії активно користувалися послугами тренінгових компаній, то зараз вважають за краще мати більше своїх фахівців. Навчання за допомогою внутрішніх тренінг-менеджерів, на їх думку, і дешевше, і якісніше. До того ж, є можливість проводити навчання, так би мовити, в режимі "online", а не від випадку до випадку, як із зовнішніми провайдерами. До такої тенденції прислуховуються і вітчизняні компанії.

Досвідченому управлінцеві відома закономірність: десять чоловік зі 100 працюватимуть добре, незалежно від того, які гроші отримують. Інші десять працюватимуть погано, які б земні блага їм би не обіцяли. І лише робота решти залежить від мистецтва управління і стимулювання персоналу.

Які головні мотивуючі чинники для ключового комунікатора фармринку - медпредставника? Це, перш за все, розмір заробітної плати, рівень компанії, перспективи кар'єрного росту.

Для більшості медпредставників гроші є головною мотиваційною стимул-реакцією. При виборі компанії вони ставлять на перше місце розмір зарплати. І це зрозуміло. Для багатьох фахівців із вищою медичною/фармацевтичною освітою, що прийшли до бізнесу з медицини та фармації, головна мета - поліпшення свого фінансового благополуччя. Другий за значимістю критерій - гідна компанія. Яка організація підпадає під це визначення? Більшість медпредставників віддають перевагу відомим компаніям, які добре себе зарекомендували на фармацевтичному ринку за рахунок "портфеля" якісної й доступної продукції. Кар'єрні можливості серед чинників мотивації, як правило, ставляться на третє місце.

Отже, "драбина" інтересів медпредставників починається із зарплати і закінчується перспективами розвитку кар'єри. В середньому тривалість роботи медпредставника в компанії складає п'ять-шість років. Тому ще одним болючим місцем в управлінні штатом медпредставників є висока плинність кадрів.

Навчання співробітників - це не лише спосіб поліпшити ефективність роботи компанії, але ще й потужний мотиватор для співробітників, оскільки дає можливість професійного й кар'єрного росту. Це легко зрозуміти, спостерігаючи за розвитком лікаря або провізора, який прийшов до компанії на посаду медичного представника. Кар'єра медичного представника може розвиватися в декількох напрямках: в продажах: регіональний менеджер; в маркетингу: менеджер по продукту; у медичному відділі: спеціаліст з питань клінічних досліджень; у відділі навчання й розвитку персоналу: тренінг-менеджер, коуч.

Серед чинників успішності медичного представника виділяють: високий рівень медичних і маркетингових знань, поведінкову компетентність, уміння добиватися результату. Професіонал уміє слухати й чути лікаря, вибудовувати з ним партнерські стосунки. Він фокусується на наданні послуг суб'єктам фармацевтичного простору, добиваючись цілей, поставлених компанією.

---

**УДК: 378.147:615.015**

## **ВИДИ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ**

**Карпова О. П.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Залежно від вимірів ефекту та особливостей проведення співставлень розрізняють такі основні види аналізу: Мінімізація витрат (Cost-Minimization, CMA); Витрати-ефективність (Cost-Effectiveness, CEA); Витрати - придбані роки якісного життя (Cost-Utility, CUA); Витрати - прибуток (Cost-Benefit, CBA).

CMA порівнює препарати лише на основі співставлення витрат, припускаючи однаковість ефекту. CEA робить наступний крок і порівнює фармакоекономічну ефективність препаратів на основі витрат і ефектів, вимірюваних у натуральних одиницях. CUA вдосконалює аналіз, включаючи в оцінку ефектів препаратів індивідуальні переживання (ваги) кожного стану здоров'я протягом лікування й остаточною комбінацією цих ваг із тривалістю перебування у відповідних станах здоров'я. CBA оцінює ефект препарату в монетарній формі відповідно до уподобань пацієнтів, виражених через бажання платити.

Вибір виду фармакоекономічного аналізу залежить від поставленої мети, а саме, відповіді на питання: "Яке втручання є доцільним?" Зазвичай, відповіді добираються з ряду наступних: "Те, яке зберігає кошти"; "Ефективне"; "Зберігає кошти з рівним/кращим ефектом"; "Додаткові кошти варті додаткових вигод".

Проте, нерідко дослідник не може визначитись наперед із видом фармакоекономічного аналізу і вимушений чекати результатів клінічних випробувань для попередньої оцінки ефектів, витрат, методу аналізу. Досить рідко в фармакоекономічному аналізі використовують CBA. CMA найбільш зручний для дослідження технічної й виробничої ефективності препарату за умов еквівалентної клінічної ефективності.

Аналіз мінімізації витрат. Аналіз передбачає однаковість ефекту порівнюваних технологій/втручань. Результати прості для розуміння і базуються на співставленні витрат. Типовою є ситуація співставлення брендового пре-

парату і генерика за умови їх однакової клінічної ефективності. Припущення однаковості ефектів особливо привабливе у разі ФЕ оцінки "me-too" препаратів, які завойовують ринок радше за дешевизною, ніж за терапевтичним ефектом. Проте слід пам'ятати, що за виключенням ситуацій, коли економічна оцінка здійснюється на основі клінічних випробувань, які підтверджують еквівалентність ефектів, використання СМА необґрунтоване і дає хибні висновки. Клінічні випробування не враховують всі, особливо, віддалені, ефекти. Часто статистично не значима, проте існуюча клінічна перевага нового препарату за його більшої вартості призводить до невірних висновків СМА. Спеціалісти з клінічних випробувань підкреслюють, що відсутність доказів ефекту не є доказом відсутності ефекту. Тому найкращою практикою є врахування ефектів і витрат разом, враховуючи їх можливі діапазони значень (див. приклад СМА).

Аналіз витрати-ефективність (СЕА) порівнює альтернативні схеми лікування певної хвороби. Особливістю є включення в знаменник ефекту, що вимірюється в натуральних одиницях, як, наприклад, кількість збережених життів, років життя, попереджених ускладнень тощо. Можливість застосування СЕА для відповіді на питання "чи вартий затрат ефект медикаменту" залежить від наявності єдиного й достатнього натурального виміру ефективності. Якщо застосування СЕА обґрунтовано, для співставлення ФЕ ефективності препаратів передбачається використання інкрементного коефіцієнту, який відповідає на питання "яка вартість додаткової одиниці ефекту за більш ефективної альтернативи". Наприклад, "скільки коштує додатковий випадок попередження інфекційного захворювання при виборі більш ефективного методу профілактики?", "яка вартість додаткового року збереженого життя при виборі більш ефективного методу лікування чи діагностики?". Після ідентифікації найбільш СЕА ефективної альтернативи слід зважити на проблему фінансової можливості використання її в широкій клінічній практиці.

Аналіз витрати - придбані роки якісного життя. На додаток до сурогатних і маркерних вимірів ефекту, клінічних наслідків, які використовуються як знаменник в СЕА і типово отримують у ході КРС, чи за допомогою моделювання, економічні оцінки часто включають якість життя. Виміри ефекту, які включають якість життя, повніше відображують ефект лікування через найважливі для пацієнта фактори (напр., біль, мобільність, збереження соціальних функцій).

CUA комбінує ефекти лікування набагато краще, ніж СЕА, вимірюючи як якість, так і тривалість життя в єдиному переваго-зважуваному вимірі. Термін "утиліта" є виразом уподобань пацієнтів, чи громади щодо різних станів здоров'я. Внаслідок однакового знаменника за умови виконання стандартного підходу щодо перспективи та включення витрат CUA може порівнювати економічну ефективність різних втручань незалежно від певного стану, чи хвороби. Є кілька методів поєднання якості та кількості років життя, агрегації за різними станами здоров'я, які в динаміці переживають пацієнти. Найбільш відомим є вирівнений на якість рік життя (QALY). За цього способу кожному стану здоров'я приписують утилітну вагу, за якою визначається якість життя при цьому стані. Загальна кількість вирівнених на якість років життя (QALYs) отримується агрегацією придбаних вирівняних на якість днів/років життя по пережитих станах здоров'я впродовж (інколи і після) лікування.

Аналіз витрати - прибуток. За СВА вигоди вимірюються в грошовому еквіваленті, на противагу натуральним одиницям ефекту чи QALYs. СВА використовується в ситуаціях, коли вигоду важко виміряти натуральними одиницями ефекту чи QALYs, наприклад, задоволення внаслідок терапії

---

**УДК:** 616-053.32-08:616.152.21:612.822

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОГО ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

**Кислова Ю. О.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Гіпоксично-ішемічні пошкодження нервової системи у недоношених новонароджених та їх наслідки являють собою важливу медико-соціальну проблему, оскільки в подальшому вони призводять до різних за проявами та ступенями важкості неврологічних порушень: від легкої затримки психомоторного розвитку до розвитку інвалідності з дитинства, церебрального паралічу (Яцик, 2007; Wilson-Costello et al., 2007). Діти з гіпоксичним ураженням центральної нервової системи потребують ранньої оцінки психомоторного розвитку з використанням сучасних методів діагностики, динамічного спостереження в подальшому та своєчасного проведення відновного лікування.

Незрілий організм недоношеної дитини, особливо нервова система, що знаходиться в стадії бурхливого розвитку, наділена значною пластичністю, підвищеною толерантністю до гіпоксії, мінімізацією вогнища пошкодження за рахунок нейротрофічних факторів, тобто володіють рядом особливостей, що розцінюються як феномени самозахисту (Волосовець та ін., 2008). Раннє відновне лікування, що може посилювати вказані механізми головного мозку, сприяє найбільш повній компенсації церебральних порушень, дозволяє оптимізувати темпи психомоторного розвитку та покращити неврологічні наслідки.

парату і генерика за умови їх однакової клінічної ефективності. Припущення однаковості ефектів особливо привабливе у разі ФЕ оцінки "me-too" препаратів, які завойовують ринок радше за дешевизною, ніж за терапевтичним ефектом. Проте слід пам'ятати, що за виключенням ситуацій, коли економічна оцінка здійснюється на основі клінічних випробувань, які підтверджують еквівалентність ефектів, використання СМА необґрунтоване і дає хибні висновки. Клінічні випробування не враховують всі, особливо, віддалені, ефекти. Часто статистично не значима, проте існуюча клінічна перевага нового препарату за його більшої вартості призводить до невірних висновків СМА. Спеціалісти з клінічних випробувань підкреслюють, що відсутність доказів ефекту не є доказом відсутності ефекту. Тому найкращою практикою є врахування ефектів і витрат разом, враховуючи їх можливі діапазони значень (див. приклад СМА).

Аналіз витрати-ефективність (СЕА) порівнює альтернативні схеми лікування певної хвороби. Особливістю є включення в знаменник ефекту, що вимірюється в натуральних одиницях, як, наприклад, кількість збережених життів, років життя, попереджених ускладнень тощо. Можливість застосування СЕА для відповіді на питання "чи вартий затрат ефект медикаменту" залежить від наявності єдиного й достатнього натурального виміру ефективності. Якщо застосування СЕА обґрунтовано, для співставлення ФЕ ефективності препаратів передбачається використання інкрементного коефіцієнту, який відповідає на питання "яка вартість додаткової одиниці ефекту за більш ефективної альтернативи". Наприклад, "скільки коштує додатковий випадок попередження інфекційного захворювання при виборі більш ефективного методу профілактики?", "яка вартість додаткового року збереженого життя при виборі більш ефективного методу лікування чи діагностики?". Після ідентифікації найбільш СЕА ефективної альтернативи слід зважити на проблему фінансової можливості використання її в широкій клінічній практиці.

Аналіз витрати - придбані роки якісного життя. На додаток до сурогатних і маркерних вимірів ефекту, клінічних наслідків, які використовуються як знаменник в СЕА і типово отримують у ході КРС, чи за допомогою моделювання, економічні оцінки часто включають якість життя. Виміри ефекту, які включають якість життя, повніше відображують ефект лікування через найважливі для пацієнта фактори (напр., біль, мобільність, збереження соціальних функцій).

CUA комбінує ефекти лікування набагато краще, ніж СЕА, вимірюючи як якість, так і тривалість життя в єдиному переваго-зважуваному вимірі. Термін "утиліта" є виразом уподобань пацієнтів, чи громади щодо різних станів здоров'я. Внаслідок однакового знаменника за умови виконання стандартного підходу щодо перспективи та включення витрат CUA може порівнювати економічну ефективність різних втручань незалежно від певного стану, чи хвороби. Є кілька методів поєднання якості та кількості років життя, агрегації за різними станами здоров'я, які в динаміці переживають пацієнти. Найбільш відомим є вирівнений на якість рік життя (QALY). За цього способу кожному стану здоров'я приписують утилітну вагу, за якою визначається якість життя при цьому стані. Загальна кількість вирівнених на якість років життя (QALYs) отримується агрегацією придбаних вирівняних на якість днів/років життя по пережитих станах здоров'я впродовж (інколи і після) лікування.

Аналіз витрати - прибуток. За СВА вигоди вимірюються в грошовому еквіваленті, на противагу натуральним одиницям ефекту чи QALYs. СВА використовується в ситуаціях, коли вигоду важко виміряти натуральними одиницями ефекту чи QALYs, наприклад, задоволення внаслідок терапії

---

**УДК:** 616-053.32-08:616.152.21:612.822

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОГО ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

**Кислова Ю. О.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Гіпоксично-ішемічні пошкодження нервової системи у недоношених новонароджених та їх наслідки являють собою важливу медико-соціальну проблему, оскільки в подальшому вони призводять до різних за проявами та ступенями важкості неврологічних порушень: від легкої затримки психомоторного розвитку до розвитку інвалідності з дитинства, церебрального паралічу (Яцик, 2007; Wilson-Costello et al., 2007). Діти з гіпоксичним ураженням центральної нервової системи потребують ранньої оцінки психомоторного розвитку з використанням сучасних методів діагностики, динамічного спостереження в подальшому та своєчасного проведення відновного лікування.

Незрілий організм недоношеної дитини, особливо нервова система, що знаходиться в стадії бурхливого розвитку, наділена значною пластичністю, підвищеною толерантністю до гіпоксії, мінімізацією вогнища пошкодження за рахунок нейротрофічних факторів, тобто володіють рядом особливостей, що розцінюються як феномени самозахисту (Волосовець та ін., 2008). Раннє відновне лікування, що може посилювати вказані механізми головного мозку, сприяє найбільш повній компенсації церебральних порушень, дозволяє оптимізувати темпи психомоторного розвитку та покращити неврологічні наслідки.

*Метою* нашого дослідження було оцінити ефективність раннього застосування нейропротектору - цераксону у недоношених дітей з гіпоксичним пошкодженням центральної нервової системи шляхом оцінки психомоторного розвитку за тестом Бейлі.

До дослідження були включені 31 недоношена дитина з масою тіла при народженні від 920 до 2180 г та гестаційним віком 25-35 тижнів, які отримували лікування у відділенні для недоношених із приводу гіпоксичного ушкодження центральної нервової системи. Основну групу склали 15 дітей, до комплексу відновного лікування пошкодження нервової системи яких був включений нейропротектор - цераксон, група контролю - 16 дітей з аналогічними показниками маси тіла та гестаційного віку з гіпоксичним ушкодженням головного мозку, які не отримували цераксон. Препарат цераксон призначали з 1 тижня життя по 50 мг (0,5 мл суспензії) 3 рази на добу.

Ефективність раннього відновного лікування з включенням цераксону оцінювали в постконцептуальному віці 37 тижнів за рівнем психомоторного (ПМР) розвитку (сенсорний розвиток, рівень м'язової координації, маніпулювання) за шкалами тесту Бейлі.

Аналіз стандартних оцінок по шкалам тесту Бейлі у дітей основної групи показав: нормальні значення індексу когнітивного та моторного розвитку (ІКР, ІМР) були діагностовано у 54% дітей, у 33,4% дітей діагностовано відставання в когнітивному розвитку, в тому числі у 13,2% значне відставання (ІКР 69) та у 40% дітей порушення макромоторики, а ІМР 69 у 7% дитини.

Результати тестування дітей контрольної групи вірогідно відрізнялися, зокрема: відставання в когнітивному та моторному розвитку діагностовано у вдвічі більшої кількості дітей, в тому числі ІКР 69 у 25% дітей та ІМР 69 у 12,5% дітей. Лише у 6,3% дітей ІКР та ІМР відповідав віку.

Висновок: отримані нами дані свідчать, що включення цераксону до комплексу відновної терапії недоношених дітей з гіпоксичним ушкодженням центральної нервової системи дозволяє підвищити ефективність лікування. Він дозволяє зменшити неврологічний дефіцит, покращити показники психомоторного розвитку у даної групи дітей.

**УДК:** 576.8.097.1:615.015:616.24:616.12-008.61

## **АНТАГОНІСТИ РЕЦЕПТОРІВ ЕНДОТЕЛІНУ: ПОТЕНЦІЙНИЙ ШЛЯХ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

**Клекот О.О.**

Кафедра клінічної фармації і клінічної фармакології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Фармакокорекція легеневої артеріальної гіпертензії (ЛАГ) є важливим та невирішеним питанням у пульмонології. За останнє десятиліття в лікуванні ЛАГ відбулись значні еволюційні зміни, завдяки різноманітним та ефективним методам терапії. Не дивлячись на значні успіхи, які спостерігаються у вирішенні даної проблеми в Європі, Україна не має досвіду у застосуванні сучасних медикаментозних схем лікування ЛАГ. Антагоністи рецептору ендотеліну є новою перспективною групою вазодилатуючих препаратів, вони стали препаратами вибору для більшості пацієнтів з ЛАГ.

Важливу фізіологічну та патофізіологічну роль із сімейства ендотелінів людини, особливо в регулюванні судинного тону, відіграє ендотелін-1. Він вивільняється переважно з ендотеліальних клітин кровоносних судин. Ендотелін-1 володіє вираженою судинозвужувальною дією, крім того, має властивості профібротика, може індукувати гіпертрофію та гіперплазію в різних типах клітин, фібробластну проліферацію. Ендотелін-1 також стимулює вироблення інших місцевих медіаторів судинного тону, наприклад NO, простагландинів і тромбоцит-активуючих факторів. Ці фактори модулюють ефекти ET-1 в серцево-судинній системі через їхні вазорелаксуючу дію та антипроліферативний потенціал.

У межах серцево-судинної системи ссавців ендотелін-1 діє на два підтипи рецепторів - ET<sub>A</sub> та ET<sub>B</sub>. В судинній системі ET<sub>A</sub>-рецептори розташовані на гладенько-м'язових клітинах та фіброблестах, тоді як ET<sub>B</sub>-рецептори розташовуються, в основному, на ендотеліальних клітинах, та в меншій мірі - на гладенько-м'язових клітинах, фіброблестах та макрофагах. Активація рецепторів ET<sub>A</sub> викликає вазоконстрикцію, проліферацію, гіпертрофію, клітинну міграцію та фібрози, тоді як активація ET<sub>B</sub>-рецепторів стимулює вивільнення ефективних вазодилататорів (NO і простагландинів), які володіють антипроліферативними властивостями та попереджують апоптоз. Важливо відмітити, що ET<sub>B</sub>-рецептори на ендотеліальних клітинах регулюють кліренс циркулюючого ендотеліна-1 в легенях, нирках і печінці. Активація ET<sub>B</sub>-рецептора ендотеліальної клітини також інгібує ендотелін-конвертуючий фермент-1 - фермент, необхідний для синтезу зрілого ендотеліну-1. Зміни в розподілі й кількості рецепторів ET<sub>A</sub> та ET<sub>B</sub> при ЛАГ можуть відрізнятися при патології та нормі. Наприклад, існує велика кількість зв'язуючих ділянок ендотеліну-1 у дистальних легневих судинах пацієнтів із ЛАГ. Можливо, не лише ET<sub>B</sub>-рецептори опосередковано впливають на легеневу вазодилатацію. Через ефекти субпопуляції рецепторів ET<sub>B</sub>, розташованих на гладенько-

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність раннього застосування нейропротектору - цераксону у недоношених дітей з гіпоксичним пошкодженням центральної нервової системи шляхом оцінки психомоторного розвитку за тестом Бейлі.

До дослідження були включені 31 недоношена дитина з масою тіла при народженні від 920 до 2180 г та гестаційним віком 25-35 тижнів, які отримували лікування у відділенні для недоношених із приводу гіпоксичного ушкодження центральної нервової системи. Основну групу склали 15 дітей, до комплексу відновного лікування пошкодження нервової системи яких був включений нейропротектор - цераксон, група контролю - 16 дітей з аналогічними показниками маси тіла та гестаційного віку з гіпоксичним ушкодженням головного мозку, які не отримували цераксон. Препарат цераксон призначали з 1 тижня життя по 50 мг (0,5 мл суспензії) 3 рази на добу.

Ефективність раннього відновного лікування з включенням цераксону оцінювали в постконцептуальному віці 37 тижнів за рівнем психомоторного (ПМР) розвитку (сенсорний розвиток, рівень м'язової координації, маніпулювання) за шкалами тесту Бейлі.

Аналіз стандартних оцінок по шкалам тесту Бейлі у дітей основної групи показав: нормальні значення індексу когнітивного та моторного розвитку (ІКР, ІМР) були діагностовано у 54% дітей, у 33,4% дітей діагностовано відставання в когнітивному розвитку, в тому числі у 13,2% значне відставання (ІКР 69) та у 40% дітей порушення макромоторики, а ІМР 69 у 7% дитини.

Результати тестування дітей контрольної групи вірогідно відрізнялися, зокрема: відставання в когнітивному та моторному розвитку діагностовано у вдвічі більшої кількості дітей, в тому числі ІКР 69 у 25% дітей та ІМР 69 у 12,5% дітей. Лише у 6,3% дітей ІКР та ІМР відповідав віку.

Висновок: отримані нами дані свідчать, що включення цераксону до комплексу відновної терапії недоношених дітей з гіпоксичним ушкодженням центральної нервової системи дозволяє підвищити ефективність лікування. Він дозволяє зменшити неврологічний дефіцит, покращити показники психомоторного розвитку у даної групи дітей.

**УДК: 576.8.097.1:615.015:616.24:616.12-008.61**

## **АНТАГОНІСТИ РЕЦЕПТОРІВ ЕНДОТЕЛІНУ: ПОТЕНЦІЙНИЙ ШЛЯХ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

**Клекот О.О.**

Кафедра клінічної фармації і клінічної фармакології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Фармакокорекція легеневої артеріальної гіпертензії (ЛАГ) є важливим та невирішеним питанням у пульмонології. За останнє десятиліття в лікуванні ЛАГ відбулись значні еволюційні зміни, завдяки різноманітним та ефективним методам терапії. Не дивлячись на значні успіхи, які спостерігаються у вирішенні даної проблеми в Європі, Україна не має досвіду у застосуванні сучасних медикаментозних схем лікування ЛАГ. Антагоністи рецептору ендотеліну є новою перспективною групою вазодилатуючих препаратів, вони стали препаратами вибору для більшості пацієнтів з ЛАГ.

Важливу фізіологічну та патофізіологічну роль із сімейства ендотелінів людини, особливо в регулюванні судинного тону, відіграє ендотелін-1. Він вивільняється переважно з ендотеліальних клітин кровеносних судин. Ендотелін-1 володіє вираженою судинозвужувальною дією, крім того, має властивості профібротика, може індукувати гіпертрофію та гіперплазію в різних типах клітин, фібробластну проліферацію. Ендотелін-1 також стимулює вироблення інших місцевих медіаторів судинного тону, наприклад NO, простагландинів і тромбоцит-активуючих факторів. Ці фактори модулюють ефекти ET-1 в серцево-судинній системі через їхні вазорелаксуючу дію та антипроліферативний потенціал.

У межах серцево-судинної системи ссавців ендотелін-1 діє на два підтипи рецепторів - ET<sub>A</sub> та ET<sub>B</sub>. В судинній системі ET<sub>A</sub>-рецептори розташовані на гладенько-м'язових клітинах та фібробластих, тоді як ET<sub>B</sub>-рецептори розташовуються, в основному, на ендотеліальних клітинах, та в меншій мірі - на гладенько-м'язових клітинах, фібробластих та макрофагах. Активація рецепторів ET<sub>A</sub> викликає вазоконстрикцію, проліферацію, гіпертрофію, клітинну міграцію та фібрози, тоді як активація ET<sub>B</sub>-рецепторів стимулює вивільнення ефективних вазодилататорів (NO і простагландинів), які володіють антипроліферативними властивостями та попереджують апоптоз. Важливо відмітити, що ET<sub>B</sub>-рецептори на ендотеліальних клітинах регулюють кліренс циркулюючого ендотеліна-1 в легенях, нирках і печінці. Активація ET<sub>B</sub>-рецептора ендотеліальної клітини також інгібує ендотелін-конвертуючий фермент-1 - фермент, необхідний для синтезу зрілого ендотеліну-1. Зміни в розподілі й кількості рецепторів ET<sub>A</sub> та ET<sub>B</sub> при ЛАГ можуть відрізнятися при патології та нормі. Наприклад, існує велика кількість зв'язуючих ділянок ендотеліну-1 у дистальних легневих судинах пацієнтів із ЛАГ. Можливо, не лише ET<sub>B</sub>-рецептори опосередковано впливають на легеневу вазодилатацію. Через ефекти субпопуляції рецепторів ET<sub>B</sub>, розташованих на гладенько-

м'язових клітинах та фібробластах, спектр можливих несприятливих ефектів їх стимуляції у хворих з ЛГ включає індукцію вазоконстрикції, проліферацію та фіброз. Початкові припущення, що ендотелій може бути дисфункціональним та може призводити до зниженої експресії або втрати функції рецепторів ET<sub>B</sub>, були недавно відкинуті вченими, які спостерігали інтактний або злегка знижений кліренс ендотеліна-1, опосередкованого ET<sub>B</sub> у хворих з ЛГ різної етіології. Автори прийшли до висновку, що рівні ендотеліну-1 збільшені через надлишковий синтез, а не через зниження його кліренсу.

В залежності від вибіркової дії на ендотелінові рецептори фармакологічні препарати можна розділити на неселективні (діють на ET<sub>A</sub> та ET<sub>B</sub> рецептори) та селективні (діють лише на ET<sub>A</sub> рецептори). Неселективним представником цього класу є бозентан. Ефективність бозентану у хворих із ЛАГ (первинною або пов'язаною з СЗСТ) було продемонстровано в рандомізованих подвійних сліпих плацебо-контрольованих трайлах BREATHE. У всіх пацієнтів, що приймали бозентан в дозі 62,5 мг двічі на добу протягом 4 тижнів, а потім у дозі 125 мг двічі на добу не менше 12 тижнів, відмічалось збільшення дистанції ходьби до 76 м при виконанні тесту 6-хвилинної ходьби, а також достовірне зниження тиску в легеневій артерії, покращення хвилинного серцевого викиду, легеневого судинного опору, зменшення дилатації правого шлуночка. У пацієнтів, які приймали бозентан, клінічне погіршення наступало пізніше (смерть, трансплантація легень, частота госпіталізацій). При застосуванні препаратів цієї групи обов'язково проводити контроль за рівнями печінкових трансаміназ щомісячно, оскільки препарати метаболізуються в печінці. В Європі бозентан в дозі 125 мг двічі на день рекомендований для лікування ЛАГ з 2002 року.

Амбрізентан - перорально-активний антагоніст ET<sub>A</sub> рецепторів. Довготривале спостереження за 383 пацієнтами в дослідженні ARIES-E, які приймали амбрізентан у добовій дозі 5 мг, показує, що виживання пацієнтів протягом року складало 95% з покращенням тесту 6-хвилинної ходьби, шкали задишки та функціонального класу. В Європі амбрізентан був затверджений для лікування пацієнтів із ЛАГ II-III ФК у квітні 2008 року.

Ситаксентан - високо селективний антагоніст рецептору ET<sub>A</sub>, який проходить своє дослідження в програмі STRIDE-5. Довготривалі дані були отримані на невеликій групі пацієнтів і свідчили, що позитивний ефект був відмічений лише у пацієнтів із ЛАГ, обумовленою системною патологією сполучної тканини і проявлявся в збільшенні дистанції при тесті 6-хвилинної ходьби. Однак, сьогодні все ще не встановлені нові схеми лікування ЛАГ для досягнення довготривалого ефекту. Необхідні довгострокові спостереження для оцінки різних схем лікування з точки зору виживання, якості життя та витрат на лікування. Для хворих з IV ФК легеневої гіпертензії єдиним вибором лікування вважається трансплантація легень, після неефективного тримісячного медикаментозного лікування.

---

**УДК:** 615.281.8:582.282.23:615.012/.014

## **ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВ НА ПРОТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ ДЕКАМЕТОКСИНУ**

**Коваленко І.М.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Гнійно-запальні захворювання зовнішніх статевих органів у жінок є дуже поширеними серед акушерсько-гінекологічної патології. Антибактеріальні препарати швидко втрачають свою ефективність внаслідок широкого їх застосування та формування резистентних штамів збудників. В процесі розвитку гнійно-запальних захворювань відбувається утворення гнійного секрету та зсув рН у лужну сторону. Відомо, що деякі антисептики при зміні рН середовища та в присутності білків втрачають специфічну активність.

*Мета дослідження:* вивчити протимікробні властивості нових антисептичних супозиторіїв десептол у середовищі з різним рН та в присутності білків сироватки крові. Проведено порівняльне дослідження антимікробної активності вагінальних супозиторіїв десептол, діючою речовиною в яких є антисептик декаметоксин. Дослідження проводили за загальноприйнятими методиками на 20 клінічних штаммах стафілококів, виділених від хворих гнійно-запальними захворюваннями.

Встановлено, що антимікробна активність супозиторіїв десептол щодо стафілококів залишалась практично однаковою, як з рН 7,2, так і при зміні рН у кислу сторону (6,0) і складала від 0,02 до 0,93 мкг/мл. МБЦК дорівнювала 1,04 мкг/мл у середовищі з рН 7,2, у середовищі з рН 8,0 складала 4,2 мкг/мл. При дослідженні антимікробної активності супозиторіїв у присутності 10% білкового навантаження відносно стафілококів виявлено, що МБЦК знаходилась в межах від 1,88 мкг/мл до 15 мкг/мл, що обумовлено природними компонентами основи супозиторіїв.

**Висновок:** у кислому, лужному середовищах, а також у середовищі з 10% білків сироватки крові антимікробні властивості супозиторіїв десептол залишались на високому рівні, який є достатнім для досягнення лікувального й профілактичного ефекту у пацієнтів із гнійно-запальними захворюваннями.



м'язових клітинах та фібробластах, спектр можливих несприятливих ефектів їх стимуляції у хворих з ЛГ включає індукцію вазоконстрикції, проліферацію та фіброз. Початкові припущення, що ендотелій може бути дисфункціональним та може призводити до зниженої експресії або втрати функції рецепторів ET<sub>B</sub>, були недавно відкинуті вченими, які спостерігали інтактний або злегка знижений кліренс ендотеліна-1, опосередкованого ET<sub>B</sub> у хворих з ЛГ різної етіології. Автори прийшли до висновку, що рівні ендотеліну-1 збільшені через надлишковий синтез, а не через зниження його кліренсу.

В залежності від вибіркової дії на ендотелінові рецептори фармакологічні препарати можна розділити на неселективні (діють на ET<sub>A</sub> та ET<sub>B</sub> рецептори) та селективні (діють лише на ET<sub>A</sub> рецептори). Неселективним представником цього класу є бозентан. Ефективність бозентану у хворих із ЛАГ (первинною або пов'язаною з СЗСТ) було продемонстровано в рандомізованих подвійних сліпих плацебо-контрольованих трайлах BREATHE. У всіх пацієнтів, що приймали бозентан в дозі 62,5 мг двічі на добу протягом 4 тижнів, а потім у дозі 125 мг двічі на добу не менше 12 тижнів, відмічалось збільшення дистанції ходьби до 76 м при виконанні тесту 6-хвилинної ходьби, а також достовірне зниження тиску в легеневій артерії, покращення хвилинного серцевого викиду, легеневого судинного опору, зменшення дилатації правого шлуночка. У пацієнтів, які приймали бозентан, клінічне погіршення наступало пізніше (смерть, трансплантація легень, частота госпіталізацій). При застосуванні препаратів цієї групи обов'язково проводити контроль за рівнями печінкових трансаміназ щомісячно, оскільки препарати метаболізуються в печінці. В Європі бозентан в дозі 125 мг двічі на день рекомендований для лікування ЛАГ з 2002 року.

Амбрізентан - перорально-активний антагоніст ET<sub>A</sub> рецепторів. Довготривале спостереження за 383 пацієнтами в дослідженні ARIES-E, які приймали амбрізентан у добовій дозі 5 мг, показує, що виживання пацієнтів протягом року складало 95% з покращенням тесту 6-хвилинної ходьби, шкали задишки та функціонального класу. В Європі амбрізентан був затверджений для лікування пацієнтів із ЛАГ II-III ФК у квітні 2008 року.

Ситаксентан - високо селективний антагоніст рецептору ET<sub>A</sub>, який проходить своє дослідження в програмі STRIDE-5. Довготривалі дані були отримані на невеликій групі пацієнтів і свідчили, що позитивний ефект був відмічений лише у пацієнтів із ЛАГ, обумовленою системною патологією сполучної тканини і проявлявся в збільшенні дистанції при тесті 6-хвилинної ходьби. Однак, сьогодні все ще не встановлені нові схеми лікування ЛАГ для досягнення довготривалого ефекту. Необхідні довгострокові спостереження для оцінки різних схем лікування з точки зору виживання, якості життя та витрат на лікування. Для хворих з IV ФК легеневої гіпертензії єдиним вибором лікування вважається трансплантація легень, після неефективного тримісячного медикаментозного лікування.

---

**УДК:** 615.281.8:582.282.23:615.012/.014

## **ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВ НА ПРОТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ ДЕКАМЕТОКСИНУ**

**Коваленко І.М.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Гнійно-запальні захворювання зовнішніх статевих органів у жінок є дуже поширеними серед акушерсько-гінекологічної патології. Антибактеріальні препарати швидко втрачають свою ефективність внаслідок широкого їх застосування та формування резистентних штамів збудників. В процесі розвитку гнійно-запальних захворювань відбувається утворення гнійного секрету та зсув рН у лужну сторону. Відомо, що деякі антисептики при зміні рН середовища та в присутності білків втрачають специфічну активність.

*Мета дослідження:* вивчити протимікробні властивості нових антисептичних супозиторіїв десептол у середовищі з різним рН та в присутності білків сироватки крові. Проведено порівняльне дослідження антимікробної активності вагінальних супозиторіїв десептол, діючою речовиною в яких є антисептик декаметоксин. Дослідження проводили за загальноприйнятими методиками на 20 клінічних штаммах стафілококів, виділених від хворих гнійно-запальними захворюваннями.

Встановлено, що антимікробна активність супозиторіїв десептол щодо стафілококів залишалась практично однаковою, як з рН 7,2, так і при зміні рН у кислу сторону (6,0) і складала від 0,02 до 0,93 мкг/мл. МБцК дорівнювала 1,04 мкг/мл у середовищі з рН 7,2, у середовищі з рН 8,0 складала 4,2 мкг/мл. При дослідженні антимікробної активності супозиторіїв у присутності 10% білкового навантаження відносно стафілококів виявлено, що МБцК знаходилась в межах від 1,88 мкг/мл до 15 мкг/мл, що обумовлено природними компонентами основи супозиторіїв.

*Висновок:* у кислому, лужному середовищах, а також у середовищі з 10% білків сироватки крові антимікробні властивості супозиторіїв десептол залишались на високому рівні, який є достатнім для досягнення лікувального й профілактичного ефекту у пацієнтів із гнійно-запальними захворюваннями.

УДК: 622:535.8:658.12:341.72:615.322

## **РОЗРОБКА ОПТИМАЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ВИГОТОВЛЕННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОГО ФІТОЛІНІМЕНТА**

**Ковальчук Т.С., Кривов'яз О.В., Томашевська Ю.О.**

Кафедра фармації Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Препарати з рослин є одним із засобів для лікування багатьох захворювань. Фітопрепарати (лікарські засоби на основі біологічно активних речовин, що містяться в рослинній сировині) у загальній номенклатурі лікарських препаратів складають від 30% до 50%. З близько 750 описаних народною медициною України лікарських рослин, в наш час традиційна медицина використовує лише 50-60.

Метою даного дослідження була розробка оптимальної технології виготовлення екстемпорального фітолінімента на основі спиртового витягу з листя м'яти перцевої (*Folia Menthae piperitae*). До складу пропису входить 20,0 г листя м'яти перцевої, достатня кількість спирту етилового та 100,0 г олії персикової. Технологія виготовлення фітопрепаратів передбачає використання свіжої лікарської рослинної сировини (ЛРС), що не завжди можливо внаслідок її відсутності в деякі пори року. Таким чином досліджувалась можливість використання сухої сировини замість свіжої та встановлювався коефіцієнт переходу між ними. Факторами, що впливають на повноту екстрагування діючих речовин з ЛРС, є концентрація екстрагенту (спирту етилового), співвідношення між кількостями сировини та екстрагенту, а також метод екстрагування. В процесі дослідження використовували спирт етиловий 70% (згідно з даними літератури щодо приготування спиртових витягів), 85% (згідно з вимогами Державної фармакопеї (ДФ) щодо приготування настойки м'яти перцевої повинен використовуватися спирт етиловий в концентрації не менше, ніж 81%), 95% (згідно з рекомендаціями літератури щодо приготування фітопрепаратів). Співвідношення кількостей сировини та екстрагенту становили 1:5 (згідно з даними літератури щодо приготування спиртових витягів з ЛРС) та 1:20 (згідно з вимогами ДФ щодо приготування настойки м'яти перцевої). З метою екстрагування діючих речовин з ЛРС були використані методи мацерації та вихрової екстракції.

Отримані дані дозволяють нам зробити висновок про можливість заміни свіжої ЛРС на суху, при умові використання останньої в 1,75 рази більше; рекомендувати використання методу вихрової екстракції з застосуванням 85% спирту етилового при співвідношення кількостей сировини та екстрагенту 1:20 внаслідок максимального екстрагування діючих речовин.

Висновок: викладене вище свідчить про доцільність подальших досліджень у даному напрямку та передбачає розробку стандартизованих технологічних схем виготовлення екстемпоральних фітопрепаратів.

УДК: 612.839:612.89:612.17:613.956

## **ВПЛИВ СИМПАТИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА АДАПТАЦІЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ЮНАКІВ ТА ДІВЧАТ**

**Коновалов С.В., Шетманюк Г.В.**

Кафедра нормальної фізіології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серцево-судинна система є однією з головних систем організму, яка забезпечує працездатність за рахунок посилення кровообігу, за допомогою якого відбувається живлення тканин і відведення продуктів обміну.

Симпатична нервова система відповідає за важливі швидко проявні ефекти: зміни роботи серця, вазоконстрикцію чи дилатацію. Під впливом симпатичної нервової системи кров відводиться з ділянок, де її наявність не обов'язкова і спрямовується в ділянки, що беруть активну участь у виконанні вправи.

Метою дослідження став аналіз впливу симпатичної нервової системи на збудливість, роботу серця і на кровообіг у спокої і під час фізичного навантаження у юнаків та дівчат.

Всього обстежено 50 абсолютно здорових студентів (25 юнаків, 25 дівчат), віком (18,76±0,7 років) - юнаки і (18,64±0,3 років) - дівчата.

При порівнянні частоти серцевих скорочень у спокої та під час фізичного навантаження (20 присідань), було встановлено, що у юнаків ЧСС після навантаження склала 125,76±1,689 ударів за хвилину, і була достовірно більшою, ніж у дівчат  $p < 0,001$ . При аналізі артеріального тиску було встановлено також статистично достовірне збільшення систолічного артеріального тиску після фізичного навантаження у юнаків 127,52±0,913 мм рт. ст. ( $p < 0,001$ ). Тому зміни частоти серцевих скорочень і артеріального тиску є важливим фізіологічним механізмом,

УДК: 622:535.8:658.12:341.72:615.322

## **РОЗРОБКА ОПТИМАЛЬНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ВИГОТОВЛЕННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОГО ФІТОЛІНІМЕНТА**

**Ковальчук Т.С., Кривов'яз О.В., Томашевська Ю.О.**

Кафедра фармації Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Препарати з рослин є одним із засобів для лікування багатьох захворювань. Фітопрепарати (лікарські засоби на основі біологічно активних речовин, що містяться в рослинній сировині) у загальній номенклатурі лікарських препаратів складають від 30% до 50%. З близько 750 описаних народною медициною України лікарських рослин, в наш час традиційна медицина використовує лише 50-60.

Метою даного дослідження була розробка оптимальної технології виготовлення екстемпорального фітолінімента на основі спиртового витягу з листя м'яти перцевої (*Folia Menthae piperitae*). До складу пропису входить 20,0 г листя м'яти перцевої, достатня кількість спирту етилового та 100,0 г олії персикової. Технологія виготовлення фітопрепаратів передбачає використання свіжої лікарської рослинної сировини (ЛРС), що не завжди можливо внаслідок її відсутності в деякі пори року. Таким чином досліджувалась можливість використання сухої сировини замість свіжої та встановлювався коефіцієнт переходу між ними. Факторами, що впливають на повноту екстрагування діючих речовин з ЛРС, є концентрація екстрагенту (спирту етилового), співвідношення між кількостями сировини та екстрагенту, а також метод екстрагування. В процесі дослідження використовували спирт етиловий 70% (згідно з даними літератури щодо приготування спиртових витягів), 85% (згідно з вимогами Державної фармакопеї (ДФ) щодо приготування настойки м'яти перцевої повинен використовуватися спирт етиловий в концентрації не менше, ніж 81%), 95% (згідно з рекомендаціями літератури щодо приготування фітопрепаратів). Співвідношення кількостей сировини та екстрагенту становили 1:5 (згідно з даними літератури щодо приготування спиртових витягів з ЛРС) та 1:20 (згідно з вимогами ДФ щодо приготування настойки м'яти перцевої). З метою екстрагування діючих речовин з ЛРС були використані методи мацерації та вихрової екстракції.

Отримані дані дозволяють нам зробити висновок про можливість заміни свіжої ЛРС на суху, при умові використання останньої в 1,75 рази більше; рекомендувати використання методу вихрової екстракції з застосуванням 85% спирту етилового при співвідношенні кількостей сировини та екстрагенту 1:20 внаслідок максимального екстрагування діючих речовин.

Висновок: викладене вище свідчить про доцільність подальших досліджень у даному напрямку та передбачає розробку стандартизованих технологічних схем виготовлення екстемпоральних фітопрепаратів.

УДК: 612.839:612.89:612.17:613.956

## **ВПЛИВ СИМПАТИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА АДАПТАЦІЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ЮНАКІВ ТА ДІВЧАТ**

**Коновалов С.В., Шетманюк Г.В.**

Кафедра нормальної фізіології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серцево-судинна система є однією з головних систем організму, яка забезпечує працездатність за рахунок посилення кровообігу, за допомогою якого відбувається живлення тканин і відведення продуктів обміну.

Симпатична нервова система відповідає за важливі швидко проявні ефекти: зміни роботи серця, вазоконстрикцію чи дилатацію. Під впливом симпатичної нервової системи кров відводиться з ділянок, де її наявність не обов'язкова і спрямовується в ділянки, що беруть активну участь у виконанні вправи.

Метою дослідження став аналіз впливу симпатичної нервової системи на збудливість, роботу серця і на кровообіг у спокої і під час фізичного навантаження у юнаків та дівчат.

Всього обстежено 50 абсолютно здорових студентів (25 юнаків, 25 дівчат), віком (18,76±0,7 років) - юнаки і (18,64±0,3 років) - дівчата.

При порівнянні частоти серцевих скорочень у спокої та під час фізичного навантаження (20 присідань), було встановлено, що у юнаків ЧСС після навантаження склала 125,76±1,689 ударів за хвилину, і була достовірно більшою, ніж у дівчат  $p < 0,001$ . При аналізі артеріального тиску було встановлено також статистично достовірне збільшення систолічного артеріального тиску після фізичного навантаження у юнаків 127,52±0,913 мм рт. ст. ( $p < 0,001$ ). Тому зміни частоти серцевих скорочень і артеріального тиску є важливим фізіологічним механізмом,

який здійснює адаптацію кровообігу до м'язової діяльності. Частота скорочень серця у людини біологічно детермінована функціональними можливостями сино-атріального вузла й залежить від статі і віку.

За допомогою методики реєстрації електрокардіограми показано зміну дисперсії інтервалу Q-T у юнаків та дівчат у спокої та при фізичному навантаженні. При аналізі динаміки дисперсії інтервалу Q-T у юнаків у спокої та після навантаження спостерігалось більш значне збільшення показників фактичної й коригованої дисперсії інтервалу Q-T, ніж у дівчат. Фактична диверсія інтервалу Q-T зменшилась відповідно з вихідними даними. Так, у спокої дисперсія інтервалу Q-T достовірно була більшою у юнаків ( $p < 0,05$ ), ніж у дівчат і збільшилась після навантаження з  $0,0356 \pm 0,031$  с у спокої до  $0,046 \pm 0,0057$  с, що достовірно відрізнялась від такої, що була у дівчат після навантаження ( $p < 0,05$ ).

Позитивна динаміка дисперсії інтервалу Q-T свідчила про поліпшення процесів реполяризації лівого шлуночка та зменшення електричної гетерогенності серцевого м'яза. Це може бути обумовлено тим, що симпатична нервова система менш збудлива у дівчат, ніж у хлопців. Це сприяє обмеженню надходження іонів  $Ca^{2+}$  до клітини, що призводить до зниження вираженості кальцієвого "перевантаження", яке проявляється в зменшенні дисперсії інтервалу Q-T.

Отримані результати становлять інтерес із точки зору розуміння впливу симпатичної нервової системи на адаптацію серцево-судинної системи до фізичного навантаження і впливу на тривалість життя чоловіків та жінок.

**УДК:** 616-093/-098:582.282.23:615.28

## **МІКРОБІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ПРОТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

**Кордон Ю.В.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Внутрілікарняні інфекції (ВЛІ) залишаються гострою проблемою сучасної медицини. Доведено, що значний відсоток ВЛІ передається через предмети догляду за хворими та руки медичного персоналу. Понад 80% інфекційних захворювань передаються через шкіру рук, тому антисептичне знезараження шкіри на руках знаходить широке поширення. Попередження передачі мікроорганізмів через руки медичного персоналу, пошкоджену шкіру, слизові оболонки є важливим елементом профілактики ВЛІ.

Актуальною проблемою залишається розробка й застосування ефективних антисептичних препаратів та їх комбінацій для боротьби зі збудниками гнійно-запальних захворювань. Економічні розрахунки показують, що, завдяки покращенню гігієни рук шляхом застосування антисептичних розчинів, можна суттєво знизити кількість інфекційних ускладнень у пацієнтів і заощадити значні кошти, які витрачають на лікування пацієнтів.

*Мета роботи:* дослідити протимікробні властивості нових антисептичних препаратів для обробки шкіри рук.

Дослідження препаратів горостену, декаметоксину, мірамістину, хлоргексидину виконували за загальноприйнятими методами. За допомогою методу послідовних серійних розведень у рідкому поживному середовищі визначали мінімальні бактеріостатичні концентрації (МБСК) лікарських засобів. Мінімальні бактерицидні концентрації препаратів встановлювали шляхом висівів з 2-3 пробірок з прозорим поживним середовищем по 0,1 мл вмісту кожної пробірки на м'ясо-пептонний агар. Визначено знезаражуючі властивості названих вище препаратів. Доведено вплив несприятливих факторів на протимікробну дію антисептиків. Цікаві результати одержано по з'ясуванню впливу антисептиків на адгезивну здатність мікроорганізмів.

**Висновок:** доведено, що досліджені антисептики мають бактерицидну дію по відношенню до клінічних штамів мікроорганізмів. Патогенні стафілококи мали високу чутливість декаметоксину, горостену. Таким чином, лікарські антисептичні препарати горостен, декаметоксин, мірамістин, хлоргексидин мають широкий діапазон дії.

**УДК:** 617.715:615:616.43/.45

## **ЕНДОСКЛЕРОТЕРАПІЯ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**Кособуцька І.А.**

Кафедра хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Кісти підшлункової залози, що є наслідком деструктивних форм гострого панкреатиту, в останній час набувають все більшої актуальності, що безпосередньо пов'язано з частотою їх виникнення у 18-22% хворих після протікання гострого некротичного панкреатиту, а також наявністю ускладнень у процесі свого розвитку й існування в 20-34% випадків, летальність при цьому складає від 2 до 10%. Діапазон оперативних втручань, що виконуються з приводу

який здійснює адаптацію кровообігу до м'язової діяльності. Частота скорочень серця у людини біологічно детермінована функціональними можливостями сино-атріального вузла й залежить від статі і віку.

За допомогою методики реєстрації електрокардіограми показано зміну дисперсії інтервалу Q-T у юнаків та дівчат у спокої та при фізичному навантаженні. При аналізі динаміки дисперсії інтервалу Q-T у юнаків у спокої та після навантаження спостерігалось більш значне збільшення показників фактичної й коригованої дисперсії інтервалу Q-T, ніж у дівчат. Фактична диверсія інтервалу Q-T зменшилась відповідно з вихідними даними. Так, у спокої дисперсія інтервалу Q-T достовірно була більшою у юнаків ( $p < 0,05$ ), ніж у дівчат і збільшилась після навантаження з  $0,0356 \pm 0,031$  с у спокої до  $0,046 \pm 0,0057$  с, що достовірно відрізнялась від такої, що була у дівчат після навантаження ( $p < 0,05$ ).

Позитивна динаміка дисперсії інтервалу Q-T свідчила про поліпшення процесів реполяризації лівого шлуночка та зменшення електричної гетерогенності серцевого м'яза. Це може бути обумовлено тим, що симпатична нервова система менш збудлива у дівчат, ніж у хлопців. Це сприяє обмеженню надходження іонів  $Ca^{2+}$  до клітини, що призводить до зниження вираженості кальцієвого "перевантаження", яке проявляється в зменшенні дисперсії інтервалу Q-T.

Отримані результати становлять інтерес із точки зору розуміння впливу симпатичної нервової системи на адаптацію серцево-судинної системи до фізичного навантаження і впливу на тривалість життя чоловіків та жінок.

**УДК:** 616-093/-098:582.282.23:615.28

## **МІКРОБІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ПРОТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

**Кордон Ю.В.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Внутрішкарняні інфекції (ВЛІ) залишаються гострою проблемою сучасної медицини. Доведено, що значний відсоток ВЛІ передається через предмети догляду за хворими та руки медичного персоналу. Понад 80% інфекційних захворювань передаються через шкіру рук, тому антисептичне знезараження шкіри на руках знаходить широке поширення. Попередження передачі мікроорганізмів через руки медичного персоналу, пошкоджену шкіру, слизові оболонки є важливим елементом профілактики ВЛІ.

Актуальною проблемою залишається розробка й застосування ефективних антисептичних препаратів та їх комбінацій для боротьби зі збудниками гнійно-запальних захворювань. Економічні розрахунки показують, що, завдяки покращенню гігієни рук шляхом застосування антисептичних розчинів, можна суттєво знизити кількість інфекційних ускладнень у пацієнтів і заощадити значні кошти, які витрачають на лікування пацієнтів.

*Мета роботи:* дослідити протимікробні властивості нових антисептичних препаратів для обробки шкіри рук.

Дослідження препаратів горостену, декаметоксину, мірамістину, хлоргексидину виконували за загальноприйнятими методами. За допомогою методу послідовних серійних розведень у рідкому поживному середовищі визначали мінімальні бактеріостатичні концентрації (МБСК) лікарських засобів. Мінімальні бактерицидні концентрації препаратів встановлювали шляхом висівів з 2-3 пробірок з прозорим поживним середовищем по 0,1 мл вмісту кожної пробірки на м'ясо-пептонний агар. Визначено знезаражуючі властивості названих вище препаратів. Доведено вплив несприятливих факторів на протимікробну дію антисептиків. Цікаві результати одержано по з'ясуванню впливу антисептиків на адгезивну здатність мікроорганізмів.

**Висновок:** доведено, що досліджені антисептики мають бактерицидну дію по відношенню до клінічних штамів мікроорганізмів. Патогенні стафілококи мали високу чутливість декаметоксину, горостену. Таким чином, лікарські антисептичні препарати горостен, декаметоксин, мірамістин, хлоргексидин мають широкий діапазон дії.

**УДК:** 617.715:615:616.43/.45

## **ЕНДОСКЛЕРОТЕРАПІЯ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**Кособуцька І.А.**

Кафедра хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Кісти підшлункової залози, що є наслідком деструктивних форм гострого панкреатиту, в останній час набувають все більшої актуальності, що безпосередньо пов'язано з частотою їх виникнення у 18-22% хворих після протікання гострого некротичного панкреатиту, а також наявністю ускладнень у процесі свого розвитку й існування в 20-34% випадків, летальність при цьому складає від 2 до 10%. Діапазон оперативних втручань, що виконуються з приводу

який здійснює адаптацію кровообігу до м'язової діяльності. Частота скорочень серця у людини біологічно детермінована функціональними можливостями сино-атріального вузла й залежить від статі і віку.

За допомогою методики реєстрації електрокардіограми показано зміну дисперсії інтервалу Q-T у юнаків та дівчат у спокої та при фізичному навантаженні. При аналізі динаміки дисперсії інтервалу Q-T у юнаків у спокої та після навантаження спостерігалось більш значне збільшення показників фактичної й коригованої дисперсії інтервалу Q-T, ніж у дівчат. Фактична диверсія інтервалу Q-T зменшилась відповідно з вихідними даними. Так, у спокої дисперсія інтервалу Q-T достовірно була більшою у юнаків ( $p < 0,05$ ), ніж у дівчат і збільшилась після навантаження з  $0,0356 \pm 0,031$  с у спокої до  $0,046 \pm 0,0057$  с, що достовірно відрізнялась від такої, що була у дівчат після навантаження ( $p < 0,05$ ).

Позитивна динаміка дисперсії інтервалу Q-T свідчила про поліпшення процесів реполяризації лівого шлуночка та зменшення електричної гетерогенності серцевого м'яза. Це може бути обумовлено тим, що симпатична нервова система менш збудлива у дівчат, ніж у хлопців. Це сприяє обмеженню надходження іонів  $Ca^{2+}$  до клітини, що призводить до зниження вираженості кальцієвого "перевантаження", яке проявляється в зменшенні дисперсії інтервалу Q-T.

Отримані результати становлять інтерес із точки зору розуміння впливу симпатичної нервової системи на адаптацію серцево-судинної системи до фізичного навантаження і впливу на тривалість життя чоловіків та жінок.

**УДК:** 616-093/-098:582.282.23:615.28

## **МІКРОБІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ПРОТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

**Кордон Ю.В.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Внутрішкарняні інфекції (ВЛІ) залишаються гострою проблемою сучасної медицини. Доведено, що значний відсоток ВЛІ передається через предмети догляду за хворими та руки медичного персоналу. Понад 80% інфекційних захворювань передаються через шкіру рук, тому антисептичне знезараження шкіри на руках знаходить широке поширення. Попередження передачі мікроорганізмів через руки медичного персоналу, пошкоджену шкіру, слизові оболонки є важливим елементом профілактики ВЛІ.

Актуальною проблемою залишається розробка й застосування ефективних антисептичних препаратів та їх комбінацій для боротьби зі збудниками гнійно-запальних захворювань. Економічні розрахунки показують, що, завдяки покращенню гігієни рук шляхом застосування антисептичних розчинів, можна суттєво знизити кількість інфекційних ускладнень у пацієнтів і заощадити значні кошти, які витрачають на лікування пацієнтів.

*Мета роботи:* дослідити протимікробні властивості нових антисептичних препаратів для обробки шкіри рук.

Дослідження препаратів горостену, декаметоксину, мірамістину, хлоргексидину виконували за загальноприйнятими методами. За допомогою методу послідовних серійних розведень у рідкому поживному середовищі визначали мінімальні бактеріостатичні концентрації (МБСК) лікарських засобів. Мінімальні бактерицидні концентрації препаратів встановлювали шляхом висівів з 2-3 пробірок з прозорим поживним середовищем по 0,1 мл вмісту кожної пробірки на м'ясо-пептонний агар. Визначено знезаражуючі властивості названих вище препаратів. Доведено вплив несприятливих факторів на протимікробну дію антисептиків. Цікаві результати одержано по з'ясуванню впливу антисептиків на адгезивну здатність мікроорганізмів.

**Висновок:** доведено, що досліджені антисептики мають бактерицидну дію по відношенню до клінічних штамів мікроорганізмів. Патогенні стафілококи мали високу чутливість декаметоксину, горостену. Таким чином, лікарські антисептичні препарати горостен, декаметоксин, мірамістин, хлоргексидин мають широкий діапазон дії.

**УДК:** 617.715:615:616.43/.45

## **ЕНДОСКЛЕРОТЕРАПІЯ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**Кособуцька І.А.**

Кафедра хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Кісти підшлункової залози, що є наслідком деструктивних форм гострого панкреатиту, в останній час набувають все більшої актуальності, що безпосередньо пов'язано з частотою їх виникнення у 18-22% хворих після протікання гострого некротичного панкреатиту, а також наявністю ускладнень у процесі свого розвитку й існування в 20-34% випадків, летальність при цьому складає від 2 до 10%. Діапазон оперативних втручань, що виконуються з приводу

кіст, достатньо великий: від енуклеації кісти, радикальних операцій (різних за об'ємом резекції підшлункової залози), зовнішнього та внутрішнього дренивання до паліативних втручань, але ускладнення в післяопераційному періоді наступають у 30-40% хворих, що спонукає до застосування нових методик у лікуванні кіст підшлункової залози (ПЗ).

*Мета* дослідження: вибір оптимального методу оперативного втручання на кістах ПЗ на основі порівняльної оцінки ендогенної інтоксикації у хворих на дану патологію.

На кафедрі хірургії №2 ВНМУ ім.М.І.Пирогова проаналізовано результати лікування 117 хворих на кісти ПЗ. Серед них 93 (79,5%) були чоловіки і 24 (20,5%) жінки. Середній вік склав  $48,5 \pm 12,6$  р. Кісти локалізувались у голівці у 52 пацієнтів (44,6%), у тілі - у 24 (20,7%), у хвості - 11 (9,5%), дві анатомічні ділянки ПЗ кіста займала у 23 (19,8%), множинні кісти були виявлені у 6-ти випадках, що складає 5,4%. Розміри кіст складали від 6 до 30 см у діаметрі. Для діагностики кіст ПЗ застосовували: загальноклінічне обстеження, ультрасонографічне дослідження, комп'ютерну томографію, фіброгастроуденоскопію. Ступені ендотоксемії у хворих на кісти ПЗ визначали в перед та післяопераційному періоді. Для цього проводили комплексну оцінку об'єктивних даних, результатів лабораторно-інструментальних методів із визначенням прозапальних інтерлейкінів - ІЛ-1, ІЛ-6 та ФНП- $\alpha$ .

Хворі були розподілені на 3 групи. У 1 групі 23 (19,7%) хворим виконано зовнішнє дренивання, у другій групі 81 (69,2%) проведено внутрішнє їх дренивання, у третій 13 (11,1%) застосовані мініінвазивні втручання. З метою прискореної облітерації порожнини кісти ПЗ запропонована нова методика ендокістозного введення склерозуючого препарату склеровейн (Патент України на винахід №12284/1 від 11.08.08 р), що застосована у 10 (8,62%) хворих. Показами до зовнішнього дренивання у 1 групі 23 (19,8%) були: нагноєння, кровотеча в порожнину кісти, важкий соматичний стан хворого.

У випадку кровотечі хворим використовувалось тампонування порожнини кісти. У 4 із них (3,4%) виникла стійка зовнішня панкреатична норичя, що потребувала повторного оперативного втручання (висічення норичі з панкреатофістулоентероанастомозом та заглушкою привідної петлі за Шалімовим).

Динаміка клініко-лабораторних показників, прозапальних ІЛ-1 та ІЛ-6, ФНП- $\alpha$  довготривалий час була негативною. Кісти, що існували більше ніж 6 місяців з достатньо зрілою стінкою стали показами для створення анастомозів із порожнистими органами черевної порожнини або цистодигестивних анастомозів. Перевагу надавали перевагу створенню цистентероанастомозів із міжкишковим співустьям за Брауном та заглушкою привідної петлі за Шалімовим 71 (60,6%). При розташуванні кісти у голівці ПЗ було накладено цистдуоденоанастомоз у 10 пацієнтів. У тих випадках, коли кісти ПЗ мали великі розміри й інфікований вміст, застосовували поєднане зовнішньо-внутрішнє дренивання з метою активної аспірації вмісту кісти та активної її санації. У 6 хворих після проведення цистентероанастомії із заглушкою привідної петлі за Шалімовим виникла реканалізація просвіту тонкої кишки, що призвело до рецидиву кісти внаслідок рефлюксу вмісту кишківника до просвіту кісти ПЗ. Показники клініко-лабораторних методів, прозапальних інтерлейкінів, ФНП мали позитивну динаміку і приходили до норми на 8-10 післяопераційну добу. Третій групі 13 (11,2%) із кістами ПЗ проводили мініінвазивні втручання. Під контролем лапароскопа та ультрасонографічного моніторингу було виконано дренивання кіст із використанням катетерів. У 6 (51,4%) із них діагностовано нагноєння її. Після проведення мініінвазивних методів дренивання кіст ПЗ на 5-6 добу визначалось покращення стану, показники ендотоксемії, системної запальної відповіді, імунного статусу та гемостазу приходили до нормальних цифр. З метою профілактики рецидиву кісти ПЗ у 10 (8,5%) застосована методика з уведенням у післяопераційному періоді препарату склеровейн. Як при виконанні зовнішнього дренивання, так і при формуванні цистентероанастомозу зі співустьям за Брауном та заглушкою привідної петлі за Шалімовим. Введення склеровейну проводили за розробленою методикою через модифікований катетер. Об'єм кісти контролювали методом цистографії. У хворих із застосуванням ендокістозної склеротерапії наступила повна облітерація кісти у 9 із 10 хворих, і лише у 1 (0,8%) випадку кіста не облітерувалась. При застосуванні власної методики ендокістозної склеротерапії показники ендотоксемії нормалізувались на 5 добу післяопераційного періоду, а облітерація порожнини кісти була підтверджена при проведенні ультрасонографії.

Висновки: 1. Методи внутрішнього дренивання та мініінвазивні методики є пріоритетними у лікуванні кіст ПЗ. 2. Застосування ендокістозної склеротерапії зменшує ризик виникнення рецидиву кісти та скорочує перебування хворого у стаціонарі. 3. Урахування показників ендотоксемії дає можливість прогнозувати метод вибору оперативного лікування кіст ПЗ.

УДК: 616.12-009.3:616.71-007.234:616.711-089

## **ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ОПИТУВАЛЬНИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ SF-36 У ХВОРИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ ПРИ ДОРСОПАТІЯХ І ОСТЕОПОРОЗІ ХРЕБТА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ВЕРТЕБРОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

*Кравець Р.А.*

кіст, достатньо великий: від енуклеації кісти, радикальних операцій (різних за об'ємом резекції підшлункової залози), зовнішнього та внутрішнього дренивання до паліативних втручань, але ускладнення в післяопераційному періоді наступають у 30-40% хворих, що спонукає до застосування нових методик у лікуванні кіст підшлункової залози (ПЗ).

*Мета дослідження:* вибір оптимального методу оперативного втручання на кістах ПЗ на основі порівняльної оцінки ендогенної інтоксикації у хворих на дану патологію.

На кафедрі хірургії №2 ВНМУ ім.М.І.Пирогова проаналізовано результати лікування 117 хворих на кісти ПЗ. Серед них 93 (79,5%) були чоловіки і 24 (20,5%) жінки. Середній вік склав  $48,5 \pm 12,6$  р. Кісти локалізувались у голівці у 52 пацієнтів (44,6%), у тілі - у 24 (20,7%), у хвості - 11 (9,5%), дві анатомічні ділянки ПЗ кіста займала у 23 (19,8%), множинні кісти були виявлені у 6-ти випадках, що складає 5,4%. Розміри кіст складали від 6 до 30 см у діаметрі. Для діагностики кіст ПЗ застосовували: загальноклінічне обстеження, ультрасонографічне дослідження, комп'ютерну томографію, фіброгастроуденоскопію. Ступені ендотоксемії у хворих на кісти ПЗ визначали в перед та післяопераційному періоді. Для цього проводили комплексну оцінку об'єктивних даних, результатів лабораторно-інструментальних методів із визначенням прозапальних інтерлейкінів - ІЛ-1, ІЛ-6 та ФНП- $\alpha$ .

Хворі були розподілені на 3 групи. У 1 групі 23 (19,7%) хворим виконано зовнішнє дренивання, у другій групі 81 (69,2%) проведено внутрішнє їх дренивання, у третій 13 (11,1%) застосовані мініінвазивні втручання. З метою прискореної облітерації порожнини кісти ПЗ запропонована нова методика ендокістозного введення склерозуючого препарату склеровейн (Патент України на винахід №12284/1 від 11.08.08 р), що застосована у 10 (8,62%) хворих. Показами до зовнішнього дренивання у 1 групі 23 (19,8%) були: нагноєння, кровотеча в порожнину кісти, важкий соматичний стан хворого.

У випадку кровотечі хворим використовувалось тампонування порожнини кісти. У 4 із них (3,4%) виникла стійка зовнішня панкреатична норичя, що потребувала повторного оперативного втручання (висічення норичі з панкреатофістулоентероанастомозом та заглушкою привідної петлі за Шалімовим).

Динаміка клініко-лабораторних показників, прозапальних ІЛ-1 та ІЛ-6, ФНП- $\alpha$  довготривалий час була негативною. Кісти, що існували більше ніж 6 місяців з достатньо зрілою стінкою стали показами для створення анастомозів із порожнистими органами черевної порожнини або цистодигестивних анастомозів. Перевагу надавали перевагу створенню цистентероанастомозів із міжкишковим співустьям за Брауном та заглушкою привідної петлі за Шалімовим 71 (60,6%). При розташуванні кісти у голівці ПЗ було накладено цистдуоденоанастомоз у 10 пацієнтів. У тих випадках, коли кісти ПЗ мали великі розміри й інфікований вміст, застосовували поєднане зовнішньо-внутрішнє дренивання з метою активної аспірації вмісту кісти та активної її санації. У 6 хворих після проведення цистентероанастомії із заглушкою привідної петлі за Шалімовим виникла реканалізація просвіту тонкої кишки, що призвело до рецидиву кісти внаслідок рефлюксу вмісту кишківника до просвіту кісти ПЗ. Показники клініко-лабораторних методів, прозапальних інтерлейкінів, ФНП мали позитивну динаміку і приходили до норми на 8-10 післяопераційну добу. Третій групі 13 (11,2%) із кістами ПЗ проводили мініінвазивні втручання. Під контролем лапароскопа та ультрасонографічного моніторингу було виконано дренивання кіст із використанням катетерів. У 6 (51,4%) із них діагностовано нагноєння її. Після проведення мініінвазивних методів дренивання кіст ПЗ на 5-6 добу визначалось покращення стану, показники ендотоксемії, системної запальної відповіді, імунного статусу та гемостазу приходили до нормальних цифр. З метою профілактики рецидиву кісти ПЗ у 10 (8,5%) застосована методика з уведенням у післяопераційному періоді препарату склеровейн. Як при виконанні зовнішнього дренивання, так і при формуванні цистентероанастомозу зі співустьям за Брауном та заглушкою привідної петлі за Шалімовим. Введення склеровейну проводили за розробленою методикою через модифікований катетер. Об'єм кісти контролювали методом цистографії. У хворих із застосуванням ендокістозної склеротерапії наступила повна облітерація кісти у 9 із 10 хворих, і лише у 1 (0,8%) випадку кіста не облітерувалась. При застосуванні власної методики ендокістозної склеротерапії показники ендотоксемії нормалізувались на 5 добу післяопераційного періоду, а облітерація порожнини кісти була підтверджена при проведенні ультрасонографії.

Висновки: 1. Методи внутрішнього дренивання та мініінвазивні методики є пріоритетними у лікуванні кіст ПЗ. 2. Застосування ендокістозної склеротерапії зменшує ризик виникнення рецидиву кісти та скорочує перебування хворого у стаціонарі. 3. Урахування показників ендотоксемії дає можливість прогнозувати метод вибору оперативного лікування кіст ПЗ.

УДК: 616.12-009.3:616.71-007.234:616.711-089

## **ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ОПИТУВАЛЬНИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ SF-36 У ХВОРИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ ПРИ ДОРСОПАТІЯХ І ОСТЕОПОРОЗІ ХРЕБТА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ВЕРТЕБРОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

*Кравець Р.А.*



Кафедра внутрішньої медицини №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відомо, що дослідження якості життя в медицині та в кардіології, зокрема, дозволяє дослідити вплив захворювання та його лікування на показники якості життя хворого, включаючи всі складові здоров'я - фізичне, психологічне та соціальне функціонування.

Дані 25-річного спостереження Національного наукового центру "Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеско" АМН України стверджують, що порушення ритму серця та провідності виявляються у 46,8% осіб працездатного віку. А розповсюдженість дорсопатій і остеопорозу хребта складає від 70% до 90% дорослого населення.

Метою нашого дослідження було вивчити динаміку показників якості життя після проведення вертебрологічного лікування у пацієнтів з аритміями при дорсопатіях і остеопорозі хребта, використовуючи опитувальник sf-36.

Було проведено холтерівське моніторування ЕКГ 111 пацієнтам за допомогою трьохканальної системи Solvaig протягом 24 годин, а також електрокардіографію перед лікуванням, через 5 хв. після першого сеансу та після курсу вертебротерапії для верифікації аритмій серця. Усім пацієнтам перед початком лікування і після повного курсу проводилось анкетування, використовуючи опитувальник sf-36.

При цьому визначались наступні показники: фізичне функціонування; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю та загальний стан здоров'я, які об'єднувались в єдиний інтегральний показник - фізичний компонент здоров'я, а також психічне здоров'я; рольове функціонування, обумовлене емоційним станом; соціальне функціонування і життєва активність, які складали психологічний компонент здоров'я.

Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 означає повне здоров'я. Всі шкали формують два показники: психічне і фізичне благополуччя. Результати подаються у вигляді оцінок в балах за 8 шкалами, складеними таким чином, що вища оцінка вказує на більш високий рівень якості життя.

Після проведення курсу вертебрологічного лікування за даними холтерівського моніторування відбувалось зменшення середньої частоти серцевих скорочень з  $78,9 \pm 1,0$  до  $74,3 \pm 1,0$  ударів/хвилину ( $p < 0,01$ ), а також значне зменшення кількості шлуночкових екстрасистол: з  $1153,3 \pm 515,0$  до  $22,5 \pm 4,3$  протягом часу реєстрації ( $p < 0,05$ ).

У більшості пацієнтів достовірно покращувались як показники фізичного (з  $40,07 \pm 0,27$  до  $45,75 \pm 0,31$  ( $p < 0,001$ )), так і психічного компонента здоров'я (з  $23,17 \pm 0,50$  до  $48,75 \pm 0,41$  ( $p < 0,001$ )), що свідчило про покращення якості життя досліджуваних хворих. У середньому відмічали покращення показників за всіма 8 шкалами опитувальника. В найбільшій мірі покращувався показник - життєва активність (Vitality - VT), який достовірно збільшувався з  $17,57 \pm 0,81$  до  $68,92 \pm 1,06$  балів ( $p < 0,001$ ).

Висновок: застосування вертебрологічних методів лікування у пацієнтів з аритміями при дорсопатіях і остеопорозі хребта призводить не тільки до нормалізації ритму серця, але й до покращення якості життя.

УДК: 616-071:616-073.65:613.95:312.1:616-071.2

## **ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ТА ПЕРИФЕРИЧНОЇ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА У ДІТЕЙ З МАЛОЮ МАСОЮ (ММН) ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ**

**Лисунець О.В.**

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

За даними літератури при виходжуванні маловагових дітей на II-му етапі у відділенні патології новонароджених (ВПН) частіше зустрічаються жовтяниці невідомої етіології. Поряд із візуальною оцінкою жовтяниці за шкалою Крамера у ВПН проводиться діагностика за допомогою лабораторних методів визначення прямого й непрямого білірубину, визначення антитіл до різних інфекційних збудників і виключення внутрішньоутробної інфекції та патології гепатобіліарної системи. Поряд із цим для визначення стану обмінних процесів та периферичного кровообігу вимірювали центральну температуру (підпахвинна ділянка й зовнішній слуховий прохід) та периферичну температуру (між проксимальними фалангами II і III пальців кистей і стоп). Визначення градієнта перепаду температури між центральною та периферичною температурами є об'єктивним критерієм стану периферичного кровообігу, а температурний циркадний ритм може бути додатковим критерієм зрілості дитини.

Під спостереженням знаходилося 24 дитини (11 дівчаток і 13 хлопчиків). Ці діти народилися в терміні гестації 31-36 тижнів із вагою від 1,6 кг до 2,45 кг. Після народження вони перебували у відділенні інтенсивної терапії, а після стабілізації стану поступали у ВПН. При об'єктивному обстеженні гіпоксично-ішемічне пошкодження центральної нервової системи (ГІП ЦНС) мали 8 (33,4%), вогнищеву пневмонію - 6 (25%), затримку внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) із клінічними ознаками морфофункціональної незрілості - 5 (20,8%) і жовтяницю невідомої

Відомо, що дослідження якості життя в медицині та в кардіології, зокрема, дозволяє дослідити вплив захворювання та його лікування на показники якості життя хворого, включаючи всі складові здоров'я - фізичне, психологічне та соціальне функціонування.

Дані 25-річного спостереження Національного наукового центру "Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеско" АМН України стверджують, що порушення ритму серця та провідності виявляються у 46,8% осіб працездатного віку. А розповсюдженість дорсопатій і остеопорозу хребта складає від 70% до 90% дорослого населення.

Метою нашого дослідження було вивчити динаміку показників якості життя після проведення вертебрологічного лікування у пацієнтів з аритміями при дорсопатіях і остеопорозі хребта, використовуючи опитувальник sf-36.

Було проведено холтерівське моніторування ЕКГ 111 пацієнтам за допомогою трьохканальної системи Solvaig протягом 24 годин, а також електрокардіографію перед лікуванням, через 5 хв. після першого сеансу та після курсу вертебротерапії для верифікації аритмій серця. Усім пацієнтам перед початком лікування і після повного курсу проводилось анкетування, використовуючи опитувальник sf-36.

При цьому визначались наступні показники: фізичне функціонування; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю та загальний стан здоров'я, які об'єднувались в єдиний інтегральний показник - фізичний компонент здоров'я, а також психічне здоров'я; рольове функціонування, обумовлене емоційним станом; соціальне функціонування і життєва активність, які складали психологічний компонент здоров'я.

Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 означає повне здоров'я. Всі шкали формують два показники: психічне і фізичне благополуччя. Результати подаються у вигляді оцінок в балах за 8 шкалами, складеними таким чином, що вища оцінка вказує на більш високий рівень якості життя.

Після проведення курсу вертебрологічного лікування за даними холтерівського моніторування відбувалось зменшення середньої частоти серцевих скорочень з  $78,9 \pm 1,0$  до  $74,3 \pm 1,0$  ударів/хвилину ( $p < 0,01$ ), а також значне зменшення кількості шлуночкових екстрасистол: з  $1153,3 \pm 515,0$  до  $22,5 \pm 4,3$  протягом часу реєстрації ( $p < 0,05$ ).

У більшості пацієнтів достовірно покращувались як показники фізичного (з  $40,07 \pm 0,27$  до  $45,75 \pm 0,31$  ( $p < 0,001$ )), так і психічного компонента здоров'я (з  $23,17 \pm 0,50$  до  $48,75 \pm 0,41$  ( $p < 0,001$ )), що свідчило про покращення якості життя досліджуваних хворих. У середньому відмічали покращення показників за всіма 8 шкалами опитувальника. В найбільшій мірі покращувався показник - життєва активність (Vitality - VT), який достовірно збільшувався з  $17,57 \pm 0,81$  до  $68,92 \pm 1,06$  балів ( $p < 0,001$ ).

Висновок: застосування вертебрологічних методів лікування у пацієнтів з аритміями при дорсопатіях і остеопорозі хребта призводить не тільки до нормалізації ритму серця, але й до покращення якості життя.

УДК: 616-071:616-073.65:613.95:312.1:616-071.2

## **ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ТА ПЕРИФЕРИЧНОЇ ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА У ДІТЕЙ З МАЛОЮ МАСОЮ (ММН) ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ**

**Лисунець О.В.**

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

За даними літератури при виходжуванні маловагових дітей на II-му етапі у відділенні патології новонароджених (ВПН) частіше зустрічаються жовтяниці невідомої етіології. Поряд із візуальною оцінкою жовтяниці за шкалою Крамера у ВПН проводиться діагностика за допомогою лабораторних методів визначення прямого й непрямого білірубину, визначення антитіл до різних інфекційних збудників і виключення внутрішньоутробної інфекції та патології гепатобіліарної системи. Поряд із цим для визначення стану обмінних процесів та периферичного кровообігу вимірювали центральну температуру (підпахвинна ділянка й зовнішній слуховий прохід) та периферичну температуру (між проксимальними фалангами II і III пальців кистей і стоп). Визначення градієнта перепаду температури між центральною та периферичною температурами є об'єктивним критерієм стану периферичного кровообігу, а температурний циркадний ритм може бути додатковим критерієм зрілості дитини.

Під спостереженням знаходилося 24 дитини (11 дівчаток і 13 хлопчиків). Ці діти народилися в терміні гестації 31-36 тижнів із вагою від 1,6 кг до 2,45 кг. Після народження вони перебували у відділенні інтенсивної терапії, а після стабілізації стану поступали у ВПН. При об'єктивному обстеженні гіпоксично-ішемічне пошкодження центральної нервової системи (ГІП ЦНС) мали 8 (33,4%), вогнищеву пневмонію - 6 (25%), затримку внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) із клінічними ознаками морфофункціональної незрілості - 5 (20,8%) і жовтяницю невідомої

етіології - 5 (20,8%) дітей. Усі діти, які перебували під наглядом, отримували лікування згідно протоколу виходжування. Крім цього, вони отримували грудне вигодовування і догодовувалися сумішшю "Nutrilon Передчасний Догляд" у відповідності до протоколу виходжування недоношених дітей.

Визначення центральної й периферичної температури у групі дітей з гіпоксично-ішемічним пошкодженням центральної нервової системи та ЗВУР і морфофункціонально незрілістю виявило відсутність циркадного ритму вранці й ввечері. Центральна температура була на рівні 36°C, 35,9°C, 36,1°C ( $\pm 0,1^\circ\text{C}$ ) і не змінювалася вранці й ввечері, а периферична, відповідно, була на рівні 33,7°C, 33,6°C, 33,8°C ( $\pm 0,1^\circ\text{C}$ ). Градієнт температур у цих групах склав, відповідно,  $2,3 \pm 0,1^\circ\text{C}$ . У групі дітей з неонатальною пневмонією та жовтяницею невідомої етіології центральна температура вранці склала  $M=36,4 \pm 0,1^\circ\text{C}$ , а ввечері  $M=36,8 \pm 0,1^\circ\text{C}$ . Відповідно периферична температура в цій групі склала в середньому  $M=35,1 \pm 0,05$ , а ввечері  $M=34,8 \pm 0,1^\circ\text{C}$ . Відповідно градієнт перепаду температури складав від  $1,3^\circ\text{C}$  до  $2^\circ\text{C}$ .

Висновок: з отриманих даних можна констатувати, що діти зі ЗВУР, із ГІП ЦНС не змінюють центральну температуру в залежності від часу доби. Разом із тим у них виражене зниження периферичної температури, що може бути обумовлене порушенням периферичного кровообігу та недорозвинутими центрами терморегуляції. У дітей з неонатальною жовтяницею й пневмонією спостерігалася зміна центральної температури в залежності від часу доби, а градієнт перепаду температур був значно менший, ніж у дітей з ГІП ЦНС і ЗВУР, що свідчить про достатнє метаболічне забезпечення організму й регулювання з боку ЦНС.

**УДК: 618.11-008.6:618.17-008.8:613.99:616.379-008.64**

## **ПОРУШЕННЯ ОВАРІО-МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ТА ОЦІНКА СТАНУ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ ІЗ НАЯВНІСТЮ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТИПУ**

**Мазорчук Б.Ф., Мартинишин О.Б., Дністрянська А.П.**

Кафедра акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Складні екологічні умови, соціально-економічна напруженість сучасного життя в Україні, ведуть до збільшення кількості хворих на цукровий діабет, що може трактуватися як розпал епідемії даного захворювання. Поширеність захворювання, подальше зростання частоти, рання інвалідизація, вплив на розвиток порушень репродуктивної системи, висока смертності, вплив на порушення репродуктивної функції вивели проблему даної патології у перші ряди пріоритетних напрямків національної системи охорони здоров'я. Жінки у репродуктивному віці страждають, переважно, на цукровий діабет I типу. Діабет I типу (аутоімунний) виникає, переважно, в дитячому та юнацькому віці, характеризується тяжкими порушеннями вуглеводного, ліпідного, білкового обмінів, розвитком окислювального стресу, мікроангіопатій та хронічної гіпоксії. Велике значення при порушенні репродуктивної функції мають мікроелементи: магній, кальцій, цинк, що також впливає на неможливість таких жінок вагітніти.

Отже, метою нашої роботи було провести ретроспективний аналіз амбулаторних даних пологових будинків міста Вінниці. Об'єктом дослідження були жінки репродуктивного віку з наявністю ЦД I типу та порушенням оваріо-менструального циклу. Жінок було поділено на 3 основних групи, враховуючи компенсацію цукрового діабету: група жінок із компенсованим ЦД I типу, група із субкомпенсованим типом ЦД I типу, та група порівняння для правильної оцінки результатів.

Предметом дослідження були такі дані: 1. рівень цукру крові у жінок групи дослідження; 2. рівень гормонів яєчників та гіпофізу у жінок репродуктивного віку із порушенням оваріо-менструального циклу та наявністю ЦД I типу; 3. рівень мікроелементів крові, а саме магнію і кальцію у даної групи жінок.

Було встановлено, що захворюваність на ЦД I типу у жінок репродуктивного віку та порушенням оваріо-менструального циклу становила 25,3% (124) від всіх досліджуваних (490 осіб). Порушення рівня гормонального складу ми визначали, беручи до уваги рівень прогестерону, у групі порівняння та груп контролю з порушенням оваріо-менструального циклу. Було встановлено, що рівень прогестерону найнижчий у групі субкомпенсації. При наявності компенсації чи субкомпенсації діабету ми порівнювали характер оваріо-менструального циклу у груп дослідження. Виявлено, що у 90% жінок із групи порівняння менструальний цикл регулярний; у групі компенсації ЦД I типу регулярні менструації у 34% жінок; у групі субкомпенсації - лише у 12% жінок. Найвищий відсоток болей при менструаціях був виявлений у жінок з групи субкомпенсації - 80%; 50% - у групі компенсації і 23% - у групі порівняння.

Висновок: після проведення ретроспективних досліджень було визначено, що наявність ЦД I типу дуже впливає на розвиток порушень оваріо-менструального циклу: таким жінкам важче завагітніти, і, якщо вони і вагітніють, то вагітність супроводжується багатьма ускладненнями, а пологи завершуються операцією кесарського розтину у 87% випадків.

етіології - 5 (20,8%) дітей. Усі діти, які перебували під наглядом, отримували лікування згідно протоколу виходжування. Крім цього, вони отримували грудне вигодовування і догодовувалися сумішшю "Nutrilon Передчасний Догляд" у відповідності до протоколу виходжування недоношених дітей.

Визначення центральної й периферичної температури у групі дітей з гіпоксично-ішемічним пошкодженням центральної нервової системи та ЗВУР і морфофункціонально незрілістю виявило відсутність циркадного ритму вранці й ввечері. Центральна температура була на рівні 36°C, 35,9°C, 36,1°C ( $\pm 0,1^\circ\text{C}$ ) і не змінювалася вранці й ввечері, а периферична, відповідно, була на рівні 33,7°C, 33,6°C, 33,8°C ( $\pm 0,1^\circ\text{C}$ ). Градієнт температур у цих групах склав, відповідно,  $2,3 \pm 0,1^\circ\text{C}$ . У групі дітей з неонатальною пневмонією та жовтяницею невідомої етіології центральна температура вранці склала  $M=36,4 \pm 0,1^\circ\text{C}$ , а ввечері  $M=36,8 \pm 0,1^\circ\text{C}$ . Відповідно периферична температура в цій групі склала в середньому  $M=35,1 \pm 0,05$ , а ввечері  $M=34,8 \pm 0,1^\circ\text{C}$ . Відповідно градієнт перепаду температури складав від  $1,3^\circ\text{C}$  до  $2^\circ\text{C}$ .

Висновок: з отриманих даних можна констатувати, що діти зі ЗВУР, із ГІП ЦНС не змінюють центральну температуру в залежності від часу доби. Разом із тим у них виражене зниження периферичної температури, що може бути обумовлене порушенням периферичного кровообігу та недорозвинутими центрами терморегуляції. У дітей з неонатальною жовтяницею й пневмонією спостерігалася зміна центральної температури в залежності від часу доби, а градієнт перепаду температур був значно менший, ніж у дітей з ГІП ЦНС і ЗВУР, що свідчить про достатнє метаболічне забезпечення організму й регулювання з боку ЦНС.

**УДК: 618.11-008.6:618.17-008.8:613.99:616.379-008.64**

## **ПОРУШЕННЯ ОВАРІО-МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ТА ОЦІНКА СТАНУ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ ІЗ НАЯВНІСТЮ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТИПУ**

**Мазорчук Б.Ф., Мартинишин О.Б., Дністрянська А.П.**

Кафедра акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Складні екологічні умови, соціально-економічна напруженість сучасного життя в Україні, ведуть до збільшення кількості хворих на цукровий діабет, що може трактуватися як розпал епідемії даного захворювання. Поширеність захворювання, подальше зростання частоти, рання інвалідизація, вплив на розвиток порушень репродуктивної системи, висока смертності, вплив на порушення репродуктивної функції вивели проблему даної патології у перші ряди пріоритетних напрямків національної системи охорони здоров'я. Жінки у репродуктивному віці страждають, переважно, на цукровий діабет I типу. Діабет I типу (аутоімунний) виникає, переважно, в дитячому та юнацькому віці, характеризується тяжкими порушеннями вуглеводного, ліпідного, білкового обмінів, розвитком окислювального стресу, мікроангіопатій та хронічної гіпоксії. Велике значення при порушенні репродуктивної функції мають мікроелементи: магній, кальцій, цинк, що також впливає на неможливість таких жінок вагітніти.

Отже, метою нашої роботи було провести ретроспективний аналіз амбулаторних даних пологових будинків міста Вінниці. Об'єктом дослідження були жінки репродуктивного віку з наявністю ЦД I типу та порушенням оваріо-менструального циклу. Жінок було поділено на 3 основних групи, враховуючи компенсацію цукрового діабету: група жінок із компенсованим ЦД I типу, група із субкомпенсованим типом ЦД I типу, та група порівняння для правильної оцінки результатів.

Предметом дослідження були такі дані: 1. рівень цукру крові у жінок групи дослідження; 2. рівень гормонів яєчників та гіпофізу у жінок репродуктивного віку із порушенням оваріо-менструального циклу та наявністю ЦД I типу; 3. рівень мікроелементів крові, а саме магнію і кальцію у даної групи жінок.

Було встановлено, що захворюваність на ЦД I типу у жінок репродуктивного віку та порушенням оваріо-менструального циклу становила 25,3% (124) від всіх досліджуваних (490 осіб). Порушення рівня гормонального складу ми визначали, беручи до уваги рівень прогестерону, у групі порівняння та груп контролю з порушенням оваріо-менструального циклу. Було встановлено, що рівень прогестерону найнижчий у групі субкомпенсації. При наявності компенсації чи субкомпенсації діабету ми порівнювали характер оваріо-менструального циклу у груп дослідження. Виявлено, що у 90% жінок із групи порівняння менструальний цикл регулярний; у групі компенсації ЦД I типу регулярні менструації у 34% жінок; у групі субкомпенсації - лише у 12% жінок. Найвищий відсоток болей при менструаціях був виявлений у жінок з групи субкомпенсації - 80%; 50% - у групі компенсації і 23% - у групі порівняння.

Висновок: після проведення ретроспективних досліджень було визначено, що наявність ЦД I типу дуже впливає на розвиток порушень оваріо-менструального циклу: таким жінкам важче завагітніти, і, якщо вони і вагітніють, то вагітність супроводжується багатьма ускладненнями, а пологи завершуються операцією кесарського розтину у 87% випадків.

УДК: 616.248:613.95:616.379-008.64

## **ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОГО КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

**Каблукова Е.К., Мазулов А.В.**

Кафедра педиатрии №1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

Недостаточный контроль протекания бронхиальной астмы представляет собой важную проблему, затрагивающую как медицинских работников, так и пациентов и их родителей. Нами проанализированы причины неэффективности терапии бронхиальной астмы у 1548 детей, которые находились на стационарном лечении в торакально-хирургическом отделении ВОДКЛ, а также детей, проконсультированных амбулаторно с 2006 по 2009 года. Возрастной состав группы был следующим: дети до 3 лет - 118 (7,8%), от 3 до 6 лет - 628 (40,5%), от 6 до 12 лет - 539 (34,8%), старше 12 лет - 263 (16,9%), распределение детей по полу было приблизительно одинаковым во всех возрастных группах.

Проанализировав результаты лечения, отмечено, что контроль над течением бронхиальной астмы был достигнут лишь в 10% случаев, частичный контроль около 60% случаев и неконтролируемая астма встречается в 30% случаев.

Причинами, приводящими к недостаточному контролю бронхиальной астмы, являются неправильная техника ингаляции, использование ингаляционных лекарственных средств без доставочных устройств, недостаточная длительность приема ингаляционных кортикостероидов, негативное отношение родителей и медицинских работников к ингаляционной терапии.

Для полного контроля над течением бронхиальной астмы, исходя из данных литературы и опираясь на данные собственных клинических исследований, мы рекомендуем во время каждого визита пациента: проводить беседу о необходимости ингаляционной терапии; контролировать технику ингаляции; не рекомендовать ингаляционную терапию без использования специальных доставочных устройств (спейсер или аэрокамбер) в возрастной группе до 8 лет, или использование сухопорошковых ингаляторов.

УДК: 616.379-008.15:616.132-008.64:616.379-008.64

## **ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І БЕЗ НЬОГО**

**Кобринчук Ю.Л.**

Кафедра внутрішньої медицини №1 Винницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Існуючі дослідження свідчать про наявність інсулінорезистентності (ІР) у хворих із цукровим діабетом (ЦД) у тому числі з наявністю у них ішемічної хвороби серця (ІХС). Роботи стосовно дослідження ІР у хворих з ІХС без ЦД поодинокі й суперечливі.

*Мета роботи:* провести порівняльну оцінку ІР у хворих з ІХС без ЦД і з наявністю ЦД, шляхом визначення рівня глюкози крові натще; визначення інсуліну крові імунохемилюмінесцентним методом. На основі цих показників визначали індекс НОМА - критерій інсулінорезистентності за формулою:

Рівень інсуліну натще (МЕ/мл) · глюкозу крові натще (ммоль/л)

22,5

Було обстежено 16 хворих, серед котрих було 10 чоловіків, середній вік яких склав  $59 \pm 1,2$  років і 6 жінок, середній вік котрих склав  $62,3 \pm 1,3$  років. Одинадцять хворих мали ІХС (стенокардію напруги ІІІФК) і СНІ-ІІА в поєднанні з ЦД, 5 хворих мали таку ж важкість ІХС але без ЦД. Для порівняння була обстежена контрольна група здорових осіб, у котрих визначали глюкозу та інсулін крові й оцінювали інсулінорезистентність за індексом НОМА. У 4-х пацієнтів з ІХС без ЦД індекс НОМА був у межах норми ( $0,11-2,88$  ум.од.) у середньому  $1,73 \pm 0,11$  і лише у одного пацієнта він дещо підвищений до  $3,86$  ум.од. Можлива причина підвищення - ожиріння ІІ ст. В той же час, у хворих з ІХС в поєднанні з ЦД індекс НОМА становив від 4 до  $22,1$  ум.од. (середнє  $11,2 \pm 0,1$ ), що свідчить про наявність інсулінорезистентності.

**Висновок:** за результатами проведеного дослідження можна зробити висновок, що ІР є предиктором виникнення ЦД, що є підставою для визначення ІР у хворих на ІХС, особливо з наявністю метаболічного синдрому.

УДК: 616.248:613.95:616.379-008.64

## **ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОГО КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

**Каблукова Е.К., Мазулов А.В.**

Кафедра педиатрии №1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

Недостаточный контроль протекания бронхиальной астмы представляет собой важную проблему, затрагивающую как медицинских работников, так и пациентов и их родителей. Нами проанализированы причины неэффективности терапии бронхиальной астмы у 1548 детей, которые находились на стационарном лечении в торакально-хирургическом отделении ВОДКЛ, а также детей, проконсультированных амбулаторно с 2006 по 2009 года. Возрастной состав группы был следующим: дети до 3 лет - 118 (7,8%), от 3 до 6 лет - 628 (40,5%), от 6 до 12 лет - 539 (34,8%), старше 12 лет - 263 (16,9%), распределение детей по полу было приблизительно одинаковым во всех возрастных группах.

Проанализировав результаты лечения, отмечено, что контроль над течением бронхиальной астмы был достигнут лишь в 10% случаев, частичный контроль около 60% случаев и неконтролируемая астма встречается в 30% случаев.

Причинами, приводящими к недостаточному контролю бронхиальной астмы, являются неправильная техника ингаляции, использование ингаляционных лекарственных средств без доставочных устройств, недостаточная длительность приема ингаляционных кортикостероидов, негативное отношение родителей и медицинских работников к ингаляционной терапии.

Для полного контроля над течением бронхиальной астмы, исходя из данных литературы и опираясь на данные собственных клинических исследований, мы рекомендуем во время каждого визита пациента: проводить беседу о необходимости ингаляционной терапии; контролировать технику ингаляции; не рекомендовать ингаляционную терапию без использования специальных доставочных устройств (спейсер или аэроочамбер) в возрастной группе до 8 лет, или использование сухопорошковых ингаляторов.

УДК: 616.379-008.15:616.132-008.64:616.379-008.64

## **ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І БЕЗ НЬОГО**

**Кобринчук Ю.Л.**

Кафедра внутрішньої медицини №1 Винницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Існуючі дослідження свідчать про наявність інсулінорезистентності (ІР) у хворих із цукровим діабетом (ЦД) у тому числі з наявністю у них ішемічної хвороби серця (ІХС). Роботи стосовно дослідження ІР у хворих з ІХС без ЦД поодинокі й суперечливі.

*Мета роботи:* провести порівняльну оцінку ІР у хворих з ІХС без ЦД і з наявністю ЦД, шляхом визначення рівня глюкози крові натще; визначення інсуліну крові імунохемилюмінесцентним методом. На основі цих показників визначали індекс НОМА - критерій інсулінорезистентності за формулою:

Рівень інсуліну натще (МЕ/мл) · глюкозу крові натще (ммоль/л)

22,5

Було обстежено 16 хворих, серед котрих було 10 чоловіків, середній вік яких склав  $59 \pm 1,2$  років і 6 жінок, середній вік котрих склав  $62,3 \pm 1,3$  років. Одинадцять хворих мали ІХС (стенокардію напруги ІІІФК) і СНІ-ІІА в поєднанні з ЦД, 5 хворих мали таку ж важкість ІХС але без ЦД. Для порівняння була обстежена контрольна група здорових осіб, у котрих визначали глюкозу та інсулін крові й оцінювали інсулінорезистентність за індексом НОМА. У 4-х пацієнтів з ІХС без ЦД індекс НОМА був у межах норми ( $0,11-2,88$  ум.од.) у середньому  $1,73 \pm 0,11$  і лише у одного пацієнта він дещо підвищений до  $3,86$  ум.од. Можлива причина підвищення - ожиріння ІІ ст. В той же час, у хворих з ІХС в поєднанні з ЦД індекс НОМА становив від 4 до  $22,1$  ум.од. (середнє  $11,2 \pm 0,1$ ), що свідчить про наявність інсулінорезистентності.

**Висновок:** за результатами проведеного дослідження можна зробити висновок, що ІР є предиктором виникнення ЦД, що є підставою для визначення ІР у хворих на ІХС, особливо з наявністю метаболічного синдрому.

УДК: 616-002:616.155.194:618.3

## **РОЛЬ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У РОЗВИТКУ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ**

**Коробчинська Н.В., Мазорчук Б.Ф.**

Кафедра акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У структурі захворювань вагітних анемія відіграє значну роль і вважається одним із найчастіших ускладнень гестаційного процесу. За даними ВООЗ у різних країнах світу частота анемії коливається в межах від 21 до 80%, при цьому в регіонах із високою материнською смертністю анемія зустрічається у кожній третій вагітній жінки.

Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених вивченню анемії, до теперішнього часу не відмічено тенденції до зниження частоти даної патології. Більше того, протягом останніх років у нашій країні відмічено зростання числа вагітних з анемією.

Враховуючи те, що досягнення у вивченні анемії вагітних не призвели до зниження її частоти, існує необхідність подальшого дослідження методів профілактики, діагностики та лікування даної патології з метою покращення материнських та перинатальних наслідків. Важливість дослідження анемії у вагітних обґрунтована негативним впливом цієї патології на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан плода.

Слід зазначити, що серед великої кількості наукової літератури, присвяченої анемії вагітних, не відображена роль гострих та хронічних запальних захворювань у розвитку цієї патології. Враховуючи важливість указанного фактора, було запропоновано термін "інфект-анемія". Згідно даних літератури, гострі та хронічні запальні захворювання у 18-95% випадків призводять до розвитку анемії (Радзінський, 2007).

Анемія при гострих та хронічних запальних захворюваннях є другою за поширенням після залізодефіцитної анемії. Доведено, що анемія запальних захворювань є імунорегульованим станом. Бактеріальні ліпополісахариди та цитокіни індукують зміни в гомеостазі заліза, порушують продукцію еритропоетину, скорочують тривалість життя еритроцитів, тим самим сприяють розвитку анемії. Принциповою різницею між залізодефіцитною анемією (ЗДА) та анемією при запальних захворюваннях є те, що ЗДА має відношення до абсолютного дефіциту заліза, а анемія при запальних захворюваннях є мультифакторною (Деміхов, 2006).

До 2001 року в зарубіжній та вітчизняній науковій літературі ми не зустрічали повідомлень щодо ролі білка гепсидину в патогенезі розвитку анемії запалення та метаболізму заліза. Пояснення ланок патогенезу розвитку анемії запалення ми не знаходили, були лише припущення щодо існування речовин, які регулюють гомеостаз заліза при даній патології. В 2001 році С.Н. Park та співавтори виділили з сечі новий пептид, який назвали "гепсидин". Взаємозв'язок між гепсидином та метаболізмом заліза вперше був виявлений С. Рігеон та співавторами в дослідженнях по вивченню реакцій печінки на перевантаження залізом. Відкриття гепсидину (проінфламаторного фактора) дозволило значно розширити уявлення про патогенез анемії запалення. Важливими патогенетичними механізмами розвитку анемії запалення вважають порушення реутилізації заліза з клітин моноцитарно-макрофагальної системи та зниження всмоктування заліза в кишечнику. За вказані процеси відповідає білок гепсидин. Останній в надлишку синтезується при запальних захворюваннях, отже надлишок гепсидину призводить до анемії запалення (Сафуанова, 2004, Деміхов, 2006).

Перспективним є дослідження рівня гепсидину при різних запальних захворюваннях, динаміки рівня гепсидину при лікуванні анемії, кореляції між даними рівня гепсидину та ступенем клінічних проявів анемії, а також ускладненнями, які виникають внаслідок анемії.

В сучасній науковій літературі нами не виявлено даних щодо дослідження рівня гепсидину при анемії у вагітних жінок. В наукових джерелах зазначається необхідність проведення таких досліджень.

Враховуючи те, що гепсидин є негативним регулятором метаболізму заліза, він може бути використаний для диференційної діагностики справжнього дефіциту заліза та анемії при гострих і хронічних запальних захворюваннях (Nemeth, 2003).

Визначення рівня гепсидину у вагітних з анемією допоможе суттєво розширити наші уявлення про її патогенез, а також може дати додаткові можливості для проведення диференційної діагностики анемії та з'ясувати ряд питань, пов'язаних із лікуванням рефрактерних анемії (Левіна, 2007).

У деяких джерелах літератури зазначено, що при підвищеному рівні гепсидину лікування анемії препаратами заліза нерідко може бути неефективним. Становить науковий інтерес пошук та впровадження антагоністів гепсидину, які здатні відновлювати порушену реутилізацію заліза з клітин моноцитарно-макрофагальної системи та стимулювати всмоктування заліза з кишечнику, для лікування анемії запальних захворювань.

Виходячи з вище викладеного, потребує подальшого дослідження можливість впровадження визначення рівня білку гепсидину для проведення диференційної діагностики анемії у вагітних. Такі дослідження також дозволять диференційовано підходити до лікування залізодефіцитної анемії та анемії при запальних захворюваннях, допоможуть у прогнозуванні та профілактиці можливих негативних наслідків даної патології. У процесі

розробки залишається питання пошуку препаратів з антигепсидиновою активністю для лікування анемії при запальних захворюваннях. Метою даних досліджень є зменшення частоти анемії у вагітних, а отже її наслідків, за допомогою комплексної діагностики та адекватного лікування анемії запальних захворювань.

**УДК:** 616-037-02:613:378.180.6:378

## **ПРОГНОЗУВАННЯ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

**Крекотень О.М.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Невід'ємною складовою реалізації технології багатофакторної профілактики ХНІЗ стало прогнозування чинників впливу на здоров'я студентів із попереднім вивченням впливу комплексу наявних несприятливих чинників на рівень їх здоров'я під час навчання у вищій школі різних форм власності.

Вихідними показниками аналізу слугували соціально-гігієнічні та біологічні чинники: форма власності ВНЗ, житлово-побутові умови, матеріально-технічне забезпечення, взаємовідношення в сім'ї, склад та кратність харчування, режим дня, заняття фізичною культурою, сон та його тривалість, стать, спадковість, паління, вживання алкоголю, а також чинники навчального процесу: його напруженість, відпочинок після занять, проведення вихідних днів. Результативними чинниками стали найбільш поширені серед студентів нозологічні форми захворювань органів травлення, що об'єднуються спільними патогенетичними механізмами розвитку та спільною локалізацією.

Обраний для цього перелік ознак не є довільним, а складається тільки з високоінформативних критеріїв, відбір яких проводився за оцінкою їх інформативності з використанням інформаційної міри Кульбака. Для побудови діагностичної моделі не використовувалися параметри з низьким рівнем інформативності менше 0,5, які не несуть суттєвої інформації.

Аналіз вивчення умов навчання, даних про захворюваність дозволив оцінити залежність розвитку в процесі навчання певних патологічних станів серед студентів від комплексу несприятливих чинників.

Оскільки умови навчання не є постійними, а динамічно змінюються, без їх урахування та оцінки прогнозування патологічних процесів не буде досить ефективним. Усе це свідчить про необхідність розробки диференційованих прогностичних коефіцієнтів, які дозволятимуть на практиці оцінювати імовірність ризику формування патології та своєчасно планувати комплекс профілактичних заходів, спрямованих на контингенти студентів із груп ризику.

У цьому відношенні найбільш оптимальною для використання визнається методологія вірогіднісного методу, яка полягає в проведенні оцінки вірогідності певного переліку ознак при захворюваннях із подальшим розрахунком вірогідності кожного з можливих діагнозів. Вирішення даного завдання базувалося на основі використання формули Байєса та основних її алгоритмів, що дозволило розрахувати та оцінити ймовірність виникнення захворювань органів травлення у студентів ВНЗ залежно від комплексу несприятливих чинників.

Групи високого ризику за окремими чинниками виникнення патології органів травлення у студентів формувалися на основі розрахунку прогностичних коефіцієнтів (ПК) для кожної інформаційної групи. При цьому використана методика неоднорідної послідовної процедури А.А.Генкіна й Е.В.Гублера, яка базується на послідовному аналізі Вальда.

Прогностичні коефіцієнти застосовували з використанням формалізованих облікових документів з інформацією про наявність та характер конкретних чинників, рівню кожного з яких відповідає певне значення прогностичного коефіцієнта. Оцінка груп ризику проводилася на основі визначення підсумку окремих прогностичних коефіцієнтів, сума яких порівнюється з табличними значеннями при вірогідності пропуску групи високого ризику на рівні не більше 0,05 (похибка першого роду), та помилкового віднесення групи мінімального низького до групи високого не більше 0,1 (похибка другого роду). Порогові табличні значення прогностичних коефіцієнтів при вищезазначених рівнях похибок становили від -120 до +100. Досягнення верхнього порога у досліджуваній групі свідчило про необхідність її віднесення до контингенту високого ризику, а при досягненні нижнього - до контингенту низького ризику стосовно виникнення патології органів травлення.

З метою виявлення груп ризику з проміжними станами та більш диференційованого підходу до планування профілактичних заходів, числовий інтервал між пороговими значеннями (-119,9; +99,9) поділявся на 3 частини: від -119,9 до -60 (група зниженого ризику), від -59,9 до +20 (група середнього ризику) та від +20,1 до +99,9 включно (група підвищеного ризику).

При прогнозуванні ризику формування патології органів травлення в студентів за сприятливих умов (ПК у межах норми) встановлено низькі прогностичні коефіцієнти, тоді як за несприятливих ПК зростає й, відповідно, зростає ризик виникнення патології.



розробки залишається питання пошуку препаратів з антигепсидиновою активністю для лікування анемії при запальних захворюваннях. Метою даних досліджень є зменшення частоти анемії у вагітних, а отже її наслідків, за допомогою комплексної діагностики та адекватного лікування анемії запальних захворювань.

**УДК:** 616-037-02:613:378.180.6:378

## **ПРОГНОЗУВАННЯ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

**Крекотень О.М.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Невід'ємною складовою реалізації технології багатофакторної профілактики ХНІЗ стало прогнозування чинників впливу на здоров'я студентів із попереднім вивченням впливу комплексу наявних несприятливих чинників на рівень їх здоров'я під час навчання у вищій школі різних форм власності.

Вихідними показниками аналізу слугували соціально-гігієнічні та біологічні чинники: форма власності ВНЗ, житлово-побутові умови, матеріально-технічне забезпечення, взаємовідношення в сім'ї, склад та кратність харчування, режим дня, заняття фізичною культурою, сон та його тривалість, стать, спадковість, паління, вживання алкоголю, а також чинники навчального процесу: його напруженість, відпочинок після занять, проведення вихідних днів. Результативними чинниками стали найбільш поширені серед студентів нозологічні форми захворювань органів травлення, що об'єднуються спільними патогенетичними механізмами розвитку та спільною локалізацією.

Обраний для цього перелік ознак не є довільним, а складається тільки з високоінформативних критеріїв, відбір яких проводився за оцінкою їх інформативності з використанням інформаційної міри Кульбака. Для побудови діагностичної моделі не використовувалися параметри з низьким рівнем інформативності менше 0,5, які не несуть суттєвої інформації.

Аналіз вивчення умов навчання, даних про захворюваність дозволив оцінити залежність розвитку в процесі навчання певних патологічних станів серед студентів від комплексу несприятливих чинників.

Оскільки умови навчання не є постійними, а динамічно змінюються, без їх урахування та оцінки прогнозування патологічних процесів не буде досить ефективним. Усе це свідчить про необхідність розробки диференційованих прогностичних коефіцієнтів, які дозволятимуть на практиці оцінювати імовірність ризику формування патології та своєчасно планувати комплекс профілактичних заходів, спрямованих на контингенти студентів із груп ризику.

У цьому відношенні найбільш оптимальною для використання визнається методологія вірогіднісного методу, яка полягає в проведенні оцінки вірогідності певного переліку ознак при захворюваннях із подальшим розрахунком вірогідності кожного з можливих діагнозів. Вирішення даного завдання базувалося на основі використання формули Байєса та основних її алгоритмів, що дозволило розрахувати та оцінити ймовірність виникнення захворювань органів травлення у студентів ВНЗ залежно від комплексу несприятливих чинників.

Групи високого ризику за окремими чинниками виникнення патології органів травлення у студентів формувалися на основі розрахунку прогностичних коефіцієнтів (ПК) для кожної інформаційної групи. При цьому використана методика неоднорідної послідовної процедури А.А.Генкіна й Е.В.Гублера, яка базується на послідовному аналізі Вальда.

Прогностичні коефіцієнти застосовували з використанням формалізованих облікових документів з інформацією про наявність та характер конкретних чинників, рівню кожного з яких відповідає певне значення прогностичного коефіцієнта. Оцінка груп ризику проводилася на основі визначення підсумку окремих прогностичних коефіцієнтів, сума яких порівнюється з табличними значеннями при вірогідності пропуску групи високого ризику на рівні не більше 0,05 (похибка першого роду), та помилкового віднесення групи мінімального низького до групи високого не більше 0,1 (похибка другого роду). Порогові табличні значення прогностичних коефіцієнтів при вищезазначених рівнях похибок становили від -120 до +100. Досягнення верхнього порога у досліджуваній групі свідчило про необхідність її віднесення до контингенту високого ризику, а при досягненні нижнього - до контингенту низького ризику стосовно виникнення патології органів травлення.

З метою виявлення груп ризику з проміжними станами та більш диференційованого підходу до планування профілактичних заходів, числовий інтервал між пороговими значеннями (-119,9; +99,9) поділявся на 3 частини: від -119,9 до -60 (група зниженого ризику), від -59,9 до +20 (група середнього ризику) та від +20,1 до +99,9 включно (група підвищеного ризику).

При прогнозуванні ризику формування патології органів травлення в студентів за сприятливих умов (ПК у межах норми) встановлено низькі прогностичні коефіцієнти, тоді як за несприятливих ПК зростає й, відповідно, зростає ризик виникнення патології.

Висновок: на основі проведеного прогнозування ризику формування патології органів травлення у студентів встановлено взаємозв'язки між несприятливими чинниками середовища та захворюваністю студентів, визначено диференційований вплив кожного чинника та інтегральна прогностична їх значущість. Комплекс несприятливих чинників навчального процесу та способу життя в цілому досить суттєво впливає на здоров'я студентів, обумовлюючи високі показники захворюваності. Соціальні чинники є менш значущими у порівнянні з навчальним процесом та способом життя.

Арифметична сума значущості окремих чинників значно перевищує інтегральну оцінку значущості досліджуваних параметрів, що свідчить про їх поєднану дію. Тому профілактичні заходи повинні спрямовуватись не на якийсь окремий чинник, а на комплекс чинників середовища, дії яких зазнають студенти під час навчання у ВНЗ.

**УДК: 616.9-036.2:616-053.3**

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРУПУ У ДІТЕЙ**

*Литвинова Л.І.*

Кафедра дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед невідкладних станів у педіатричній практиці синдром крупу є одним із найбільш частих. Хворіють переважно діти раннього віку. Рецидивуючий круп деякі автори розглядають як стан передастми.

*Мета:* вивчити поширеність крупу у дітей м.Вінниці, вікову структуру, сезонність, звернення за медичною допомогою в залежності від часу доби.

Проведено аналіз звернень за медичною допомогою дітей з крупом м.Вінниці за період 2002-2008 р.р. за даними станції швидкої медичної допомоги та обласної клінічної дитячої інфекційної лікарні. В результаті дослідження встановлено зростання випадків крупу у дітей. Так, якщо в 2002 р. поширеність крупу у дітей становила 434 випадки на 100 тис. дитячого населення, то за наступні 5 років цей показник зріс більше ніж удвічі і становив 890 випадків на 100 тис. Високим він залишався і в 2008 р.-783 випадків на 100 тис. Повторні епізоди крупу спостерігались у 4% хворих.

Проаналізовано частину синдрому в залежності від статі. За нашими даними хлопчики хворіють частіше ніж дівчатка: 69% і 31% хворих відповідно.

Вивчали вікову структуру крупу. Частка дітей перших 6 міс. життя склала 5% серед усіх хворих, 6-12 міс. - 13%, 1-2 років - 25%, 2-3 років - 20%, 3-5 років - 21%. Після 5 років частота випадків крупу зменшується. Зокрема, частка дітей після 10 років становила лише 2% від загальної кількості хворих.

Проведено аналіз звернень за медичною допомогою дітей з крупом у залежності від часу доби. Більша половина всіх звернень (53%) припадає на період з 24 год. по 4 год. Після 4 год. кількість звернень зменшується. Найменше за медичною допомогою звертаються з 14 год. по 21 год. (24%). Найбільша кількість випадків крупу спостерігається в холодну пору року, починаючи з жовтня і закінчуючи березнем, з піком захворюваності в жовтні.

Висновки. За період з 2002 по 2008 р.р. спостерігається зростання частоти синдрому крупу у дітей. Синдром крупу частіше спостерігається у хлопчиків. Найбільш часто круп зустрічається у дітей віком від 6 міс. до 5 років. У 4% дітей, що перенесли круп, в подальшому спостерігається рецидивуючий перебіг захворювання. Більша половина всіх звернень за медичною допомогою з приводу крупу припадає на період з 24 по 4 год. Найбільша кількість випадків крупу спостерігається в жовтні.

**УДК: 54-126:677.74**

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МОДИФІКОВАНИХ ПОЛІПРОПІЛЕНОВИХ НИТОК ДЛЯ ФОРМУВАННЯ МІЖКИШКОВИХ СПОЛУЧЕНЬ**

*Лутковський Р.А., Хуторянський М.О.*

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Проблема профілактики ускладнень при операціях на порожнистих органах травного каналу залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії. Не дивлячись на впровадження в клінічну практику сучасних методів профілактики та лікування післяопераційних ускладнень частота розвитку неспроможності міжкишкового анастомозу залишається високою і коливається в межах від 1,9 до 64,6%. Одним з напрямків вирішення

Висновок: на основі проведеного прогнозування ризику формування патології органів травлення у студентів встановлено взаємозв'язки між несприятливими чинниками середовища та захворюваністю студентів, визначено диференційований вплив кожного чинника та інтегральна прогностична їх значущість. Комплекс несприятливих чинників навчального процесу та способу життя в цілому досить суттєво впливає на здоров'я студентів, обумовлюючи високі показники захворюваності. Соціальні чинники є менш значущими у порівнянні з навчальним процесом та способом життя.

Арифметична сума значущості окремих чинників значно перевищує інтегральну оцінку значущості досліджуваних параметрів, що свідчить про їх поєднану дію. Тому профілактичні заходи повинні спрямовуватись не на якийсь окремий чинник, а на комплекс чинників середовища, дії яких зазнають студенти під час навчання у ВНЗ.

**УДК: 616.9-036.2:616-053.3**

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРУПУ У ДІТЕЙ**

*Литвинова Л.І.*

Кафедра дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед невідкладних станів у педіатричній практиці синдром крупу є одним із найбільш частих. Хворіють переважно діти раннього віку. Рецидивуючий круп деякі автори розглядають як стан передастми.

*Мета:* вивчити поширеність крупу у дітей м.Вінниці, вікову структуру, сезонність, звернення за медичною допомогою в залежності від часу доби.

Проведено аналіз звернень за медичною допомогою дітей з крупом м.Вінниці за період 2002-2008 р.р. за даними станції швидкої медичної допомоги та обласної клінічної дитячої інфекційної лікарні. В результаті дослідження встановлено зростання випадків крупу у дітей. Так, якщо в 2002 р. поширеність крупу у дітей становила 434 випадки на 100 тис. дитячого населення, то за наступні 5 років цей показник зріс більше ніж удвічі і становив 890 випадків на 100 тис. Високим він залишався і в 2008 р.-783 випадків на 100 тис. Повторні епізоди крупу спостерігались у 4% хворих.

Проаналізовано частину синдрому в залежності від статі. За нашими даними хлопчики хворіють частіше ніж дівчатка: 69% і 31% хворих відповідно.

Вивчали вікову структуру крупу. Частка дітей перших 6 міс. життя склала 5% серед усіх хворих, 6-12 міс. - 13%, 1-2 років - 25%, 2-3 років - 20%, 3-5 років - 21%. Після 5 років частота випадків крупу зменшується. Зокрема, частка дітей після 10 років становила лише 2% від загальної кількості хворих.

Проведено аналіз звернень за медичною допомогою дітей з крупом у залежності від часу доби. Більша половина всіх звернень (53%) припадає на період з 24 год. по 4 год. Після 4 год. кількість звернень зменшується. Найменше за медичною допомогою звертаються з 14 год. по 21 год. (24%). Найбільша кількість випадків крупу спостерігається в холодну пору року, починаючи з жовтня і закінчуючи березнем, з піком захворюваності в жовтні.

Висновки. За період з 2002 по 2008 р.р. спостерігається зростання частоти синдрому крупу у дітей. Синдром крупу частіше спостерігається у хлопчиків. Найбільш часто круп зустрічається у дітей віком від 6 міс. до 5 років. У 4% дітей, що перенесли круп, в подальшому спостерігається рецидивуючий перебіг захворювання. Більша половина всіх звернень за медичною допомогою з приводу крупу припадає на період з 24 по 4 год. Найбільша кількість випадків крупу спостерігається в жовтні.

**УДК: 54-126:677.74**

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МОДИФІКОВАНИХ ПОЛІПРОПІЛЕНОВИХ НИТОК ДЛЯ ФОРМУВАННЯ МІЖКИШКОВИХ СПОЛУЧЕНЬ**

*Лутковський Р.А., Хуторянський М.О.*

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Проблема профілактики ускладнень при операціях на порожнистих органах травного каналу залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії. Не дивлячись на впровадження в клінічну практику сучасних методів профілактики та лікування післяопераційних ускладнень частота розвитку неспроможності міжкишкового анастомозу залишається високою і коливається в межах від 1,9 до 64,6%. Одним з напрямків вирішення

Висновок: на основі проведеного прогнозування ризику формування патології органів травлення у студентів встановлено взаємозв'язки між несприятливими чинниками середовища та захворюваністю студентів, визначено диференційований вплив кожного чинника та інтегральна прогностична їх значущість. Комплекс несприятливих чинників навчального процесу та способу життя в цілому досить суттєво впливає на здоров'я студентів, обумовлюючи високі показники захворюваності. Соціальні чинники є менш значущими у порівнянні з навчальним процесом та способом життя.

Арифметична сума значущості окремих чинників значно перевищує інтегральну оцінку значущості досліджуваних параметрів, що свідчить про їх поєднану дію. Тому профілактичні заходи повинні спрямовуватись не на якийсь окремий чинник, а на комплекс чинників середовища, дії яких зазнають студенти під час навчання у ВНЗ.

**УДК: 616.9-036.2:616-053.3**

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРУПУ У ДІТЕЙ**

*Литвинова Л.І.*

Кафедра дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед невідкладних станів у педіатричній практиці синдром крупу є одним із найбільш частих. Хворіють переважно діти раннього віку. Рецидивуючий круп деякі автори розглядають як стан передастми.

*Мета:* вивчити поширеність крупу у дітей м.Вінниці, вікову структуру, сезонність, звернення за медичною допомогою в залежності від часу доби.

Проведено аналіз звернень за медичною допомогою дітей з крупом м.Вінниці за період 2002-2008 р.р. за даними станції швидкої медичної допомоги та обласної клінічної дитячої інфекційної лікарні. В результаті дослідження встановлено зростання випадків крупу у дітей. Так, якщо в 2002 р. поширеність крупу у дітей становила 434 випадки на 100 тис. дитячого населення, то за наступні 5 років цей показник зріс більше ніж удвічі і становив 890 випадків на 100 тис. Високим він залишався і в 2008 р.-783 випадків на 100 тис. Повторні епізоди крупу спостерігались у 4% хворих.

Проаналізовано частину синдрому в залежності від статі. За нашими даними хлопчики хворіють частіше ніж дівчатка: 69% і 31% хворих відповідно.

Вивчали вікову структуру крупу. Частка дітей перших 6 міс. життя склала 5% серед усіх хворих, 6-12 міс. - 13%, 1-2 років - 25%, 2-3 років - 20%, 3-5 років - 21%. Після 5 років частота випадків крупу зменшується. Зокрема, частка дітей після 10 років становила лише 2% від загальної кількості хворих.

Проведено аналіз звернень за медичною допомогою дітей з крупом у залежності від часу доби. Більша половина всіх звернень (53%) припадає на період з 24 год. по 4 год. Після 4 год. кількість звернень зменшується. Найменше за медичною допомогою звертаються з 14 год. по 21 год. (24%). Найбільша кількість випадків крупу спостерігається в холодну пору року, починаючи з жовтня і закінчуючи березнем, з піком захворюваності в жовтні.

Висновки. За період з 2002 по 2008 р.р. спостерігається зростання частоти синдрому крупу у дітей. Синдром крупу частіше спостерігається у хлопчиків. Найбільш часто круп зустрічається у дітей віком від 6 міс. до 5 років. У 4% дітей, що перенесли круп, в подальшому спостерігається рецидивуючий перебіг захворювання. Більша половина всіх звернень за медичною допомогою з приводу крупу припадає на період з 24 по 4 год. Найбільша кількість випадків крупу спостерігається в жовтні.

**УДК: 54-126:677.74**

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МОДИФІКОВАНИХ ПОЛІПРОПІЛЕНОВИХ НИТОК ДЛЯ ФОРМУВАННЯ МІЖКИШКОВИХ СПОЛУЧЕНЬ**

*Лутковський Р.А., Хуторянський М.О.*

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Проблема профілактики ускладнень при операціях на порожнистих органах травного каналу залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії. Не дивлячись на впровадження в клінічну практику сучасних методів профілактики та лікування післяопераційних ускладнень частота розвитку неспроможності міжкишкового анастомозу залишається високою і коливається в межах від 1,9 до 64,6%. Одним з напрямків вирішення

цієї проблеми є використання нових видів кишкового шва та сучасних шовних матеріалів модифікованих різними лікарськими засобами.

*Метою* нашого дослідження було обґрунтування доцільності використання в якості шовного матеріалу поліпропіленових ниток модифікованих антимікробними засобами та вуглецевими нанотрубками.

Нами проведено вивчення ефективності використання поліпропіленових монониток модифікованих антисептиками полігексаметиленгуанідину хлоридом і полігексаметиленгуанідину фосфатом та поліпропіленових ниток модифікованих вуглецевими нанотрубками з добавкою полігексаметиленгуанідину хлориду. Механічні властивості розроблених ниток вивчені в порівнянні з поліпропіленовими нитками світових виробників, яке включало вивчення міцності ниток на розрив, здатність до витягування та збереження форми пам'яті. Крім того, вивчали гідрофільність ниток, їх електростатичний заряд та можливість стерилізації при різних температурах. Антимікробну активність ниток та речовин-наповнювачів визначали методом дифузії в агар.

Експериментальні дослідження проводили в чотирьох серіях дослідів на 40 лабораторних щурах масою 230-250 г, по 10 тварин у кожній серії дослідів. Під тіопентал натрієвим наркозом, після обробки операційного поля етанолом 5% йодом тричі, проводили лапаротомію. Виконували резекцію 1,0 см тонкої кишки і формували анастомоз по типу "кінець в кінець" однорядним швом. У першій серії дослідів анастомоз формували звичайною поліпропіленовою ниткою, у другій - ниткою з антимікробним покриттям, у третій - поліпропіленовою ниткою з полігексаметиленгуанідину фосфатом, в четвертій - поліпропіленовою ниткою модифікованою вуглецевими нанотрубками з полігексаметиленгуанідину хлоридом. Через три доби після операції тваринам проводили релапаротомію параректальним доступом справа. При цьому звертали увагу на наявність ознак запалення очеревини, кількість випоту та його характер. Вивчали мікробну забрудненість черевної порожнини, зони анастомозу, фізичну герметичність міжкишкового сполучення та морфологічні зміни в зоні з'єднання.

Як показали проведені дослідження розроблені нитки модифіковані антимікробними засобами за своїми механічними властивостями переважали нитки провідних світових виробників, особливо, модифіковані вуглецевими нанотрубками та антисептиками. Вивчення антимікробної активності також показало значні переваги розроблених ниток за антимікробною активністю, ніж відомі. Крім того, висока антимікробна активність розроблених ниток в тканинах відмічалась на протязі всього терміну спостереження.

Вивчення біологічної герметичності анастомозів сформованих розробленими нитками показало, що використання розроблених ниток профілакувало інфікування очеревинної порожнини кишковими бактеріями, не викликало вираженого запального процесу в зоні сполучення і забезпечувало високу фізичну герметичність анастомозів і тим самим попереджувало розвиток неспроможності кишкового шва.

Висновок: використання розроблених поліпропіленових ниток модифікованих антимікробними засобами та вуглецевими нанотрубками при формуванні міжкишкових сполучень в експерименті, забезпечує високу фізичну та біологічну герметичність анастомозів, попереджує інфікування очеревинної порожнини і розвиток неспроможності кишкового шва.

---

**УДК:** 616-088.6:616.12:615.015:612.68

## **КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ІХС НА ФОНІ ЇЇ БАЗИСНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ В ГЕРІАТРІЇ**

**Мазур Ю.В.**

Кафедра клінічної фармації і клінічної фармакології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

При старінні відбуваються значні макро- та мікрморфологічні, нейрохімічні та пов'язані з ними функціональні зміни нервової системи, що і є основою порушення когнітивної діяльності (КД). Причини не ефективного лікування класифікують на пацієнтозалежні (прихильність до лікування), препаратозалежні та лікарзалежні (призначення ефективних доз). Це обумовлює загальну тенденцію в сучасній нейрогеріатрії - рання діагностика і адекватна корекція когнітивних дисфункцій.

Під когнітивними (пізнавальними) функціями прийнято розуміти найбільш складноорганізовані функції головного мозку, за допомогою яких відбувається процес раціонального пізнання світу (увага, пам'ять, гнозис, праксис, мова, мислення).

*Метою* роботи було діагностика когнітивних порушень у хворих старше 60 років та динаміка цих розладів при лікуванні основного захворювання, залежність між порушеннями когнітивної діяльності та розвитком хронічної патології серцево-судинної системи.

Нами був використаний скринінговий метод оцінки вищих психічних функцій за допомогою тесту ментального обстеження MMSE у осіб з дисциркуляторною енцефалопатією, які лікувались в неврологічному відділенні Облас-

цієї проблеми є використання нових видів кишкового шва та сучасних шовних матеріалів модифікованих різними лікарськими засобами.

*Метою* нашого дослідження було обґрунтування доцільності використання в якості шовного матеріалу поліпропіленових ниток модифікованих антимікробними засобами та вуглецевими нанотрубками.

Нами проведено вивчення ефективності використання поліпропіленових монониток модифікованих антисептиками полігексаметиленгуанідину хлоридом і полігексаметиленгуанідину фосфатом та поліпропіленових ниток модифікованих вуглецевими нанотрубками з добавкою полігексаметиленгуанідину хлориду. Механічні властивості розроблених ниток вивчені в порівнянні з поліпропіленовими нитками світових виробників, яке включало вивчення міцності ниток на розрив, здатність до витягування та збереження форми пам'яті. Крім того, вивчали гідрофільність ниток, їх електростатичний заряд та можливість стерилізації при різних температурах. Антимікробну активність ниток та речовин-наповнювачів визначали методом дифузії в агар.

Експериментальні дослідження проводили в чотирьох серіях дослідів на 40 лабораторних щурах масою 230-250 г, по 10 тварин у кожній серії дослідів. Під тіопентал натрієвим наркозом, після обробки операційного поля етанолом 5% йодом тричі, проводили лапаротомію. Виконували резекцію 1,0 см тонкої кишки і формували анастомоз по типу "кінець в кінець" однорядним швом. У першій серії дослідів анастомоз формували звичайною поліпропіленовою ниткою, у другій - ниткою з антимікробним покриттям, у третій - поліпропіленовою ниткою з полігексаметиленгуанідину фосфатом, в четвертій - поліпропіленовою ниткою модифікованою вуглецевими нанотрубками з полігексаметиленгуанідину хлоридом. Через три доби після операції тваринам проводили релапаротомію параректальним доступом справа. При цьому звертали увагу на наявність ознак запалення очеревини, кількість випоту та його характер. Вивчали мікробну забрудненість черевної порожнини, зони анастомозу, фізичну герметичність міжкишкового сполучення та морфологічні зміни в зоні з'єднання.

Як показали проведені дослідження розроблені нитки модифіковані антимікробними засобами за своїми механічними властивостями переважали нитки провідних світових виробників, особливо, модифіковані вуглецевими нанотрубками та антисептиками. Вивчення антимікробної активності також показало значні переваги розроблених ниток за антимікробною активністю, ніж відомі. Крім того, висока антимікробна активність розроблених ниток в тканинах відмічалась на протязі всього терміну спостереження.

Вивчення біологічної герметичності анастомозів сформованих розробленими нитками показало, що використання розроблених ниток профілакувало інфікування очеревинної порожнини кишковими бактеріями, не викликало вираженого запального процесу в зоні сполучення і забезпечувало високу фізичну герметичність анастомозів і тим самим попереджувало розвиток неспроможності кишкового шва.

Висновок: використання розроблених поліпропіленових ниток модифікованих антимікробними засобами та вуглецевими нанотрубками при формуванні міжкишкових сполучень в експерименті, забезпечує високу фізичну та біологічну герметичність анастомозів, попереджує інфікування очеревинної порожнини і розвиток неспроможності кишкового шва.

---

**УДК:** 616-088.6:616.12:615.015:612.68

## **КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ІХС НА ФОНІ ЇЇ БАЗИСНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ В ГЕРІАТРІЇ**

**Мазур Ю.В.**

Кафедра клінічної фармації і клінічної фармакології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

При старінні відбуваються значні макро- та мікрморфологічні, нейрохімічні та пов'язані з ними функціональні зміни нервової системи, що і є основою порушення когнітивної діяльності (КД). Причини не ефективного лікування класифікують на пацієнтозалежні (прихильність до лікування), препаратозалежні та лікарзалежні (призначення ефективних доз). Це обумовлює загальну тенденцію в сучасній нейрогеріатрії - рання діагностика і адекватна корекція когнітивних дисфункцій.

Під когнітивними (пізнавальними) функціями прийнято розуміти найбільш складноорганізовані функції головного мозку, за допомогою яких відбувається процес раціонального пізнання світу (увага, пам'ять, гнозис, праксис, мова, мислення).

*Метою* роботи було діагностика когнітивних порушень у хворих старше 60 років та динаміка цих розладів при лікуванні основного захворювання, залежність між порушеннями когнітивної діяльності та розвитком хронічної патології серцево-судинної системи.

Нами був використаний скринінговий метод оцінки вищих психічних функцій за допомогою тесту ментального обстеження MMSE у осіб з дисциркуляторною енцефалопатією, які лікувались в неврологічному відділенні Облас-

ного госпіталю інвалідів Великої Вітчизняної війни. Усі хворі були обстежені за допомогою протоколу з анамнестичними даними, лабораторно - інструментальними методами, які використовують для діагностики порушень нервової та серцево-судинної системи.

Було виявлено, що з віком відбувається збільшення кількості осіб із змінами КД та поглиблення ступеня цих порушень. Так, лише 2% осіб не мали когнітивних порушень (28-30 балів за MMSE), у 78% були ознаки синдрому легких когнітивних порушень (24-27 балів), 20% мали ознаки деменції легкого ступеня (20-23 бали). Основними скаргами пацієнтів при поступленні в стаціонар були: головний біль (переважно в потиличній ділянці) - 100%, запаморочення - 88%, похитування при ходьбі - 85%, біль в різних відділах хребта - 83%, зниження пам'яті - 79%, шум, дзвін у голові, зниження слуху - 75%, загальна слабкість, дратівливість - 70%, порушення сну - 52%, втрата свідомості без судом (синкопальні стани, дроп-атаки) - 15%.

Аналіз призначеної лікарями відділення фармакотерапії відповідав переважно головуючим проявам скарг та діагностичних синдромів (вестибуло-атактичного та психопатологічного). Препарати, що переважали в схемах лікування: пірацетам (10 мл 20% розчину) - 100%, бетагістін (32 мг/добу) - 80%, нейровітан - 45%, кавінтон (30 мг/добу) - 35%, L-лізину есцинат (5 мл 0,1% розчину) - 30%. Очевидно, що цілеспрямованої корекції когнітивних функцій відповідно індивідуальності хворого не спостерігалось. В призначенні препаратів переважають групи рацетамів та церебральних вазодилататорів. Відсутні такі важливі напрямки лікування, як нейропептиди, глутаматергічні та ацетилхолінергічні засоби. Вирішальну роль відіграє подальша підтримка когнітивних функцій у таких пацієнтів після виписки із стаціонару, тому що від прихильності хворого до лікування та його дотримання рекомендацій лікаря залежить ефективність терапії взагалі.

У всіх осіб похилого та старечого віку діагностовано ішемічну хворобу серця. Ступінь важкості патології зростає з віком. Якщо у осіб віком 60-65 років діагностовано 1-2 захворювання, то у пацієнтів 70-75 років - 3-4 нозологічних діагнози. Глибина порушень КД корелює з освітою та культурно-соціальним рівнем хворих, сімейним станом (у самотніх пацієнтів ступінь порушень більший). Лише 26% пацієнтів з вищою або середньою освітою мали ознаки деменції, тоді як в осіб без такої освіти порушення КД зустрічались у 78% випадків. У 32% жінок виявлено обтяжений спадковий анамнез по лінії матері.

Висновок: 1. Із віком зростає кількість захворювань серцево-судинної системи, на фоні яких прогресують когнітивні порушення. 2. У пацієнтів геронтологічного профілю існує зв'язок між паталогічними змінами організму та порушеннями вищої психічної діяльності, тому при лікуванні таких хворих необхідно більше звертати увагу на особливості когнітивної діяльності у них.

**УДК: 572.511.4:613.956**

## **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОСТОВИХ ПРОЦЕСІВ ПІДЛІТКІВ**

**Мазченко В.Ф., Шевченко В.М.**

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, Україна, 21018)

Вивчалась вікова динаміка антропометричних ознак у підлітків. Досліджено 1000 школярів підліткового віку м.Вінниця віком 12-16 років (по 100 хлопчиків та дівчаток кожного віку), а також 100 юнаків та 100 дівчат віком 17-21 років (студентів 1 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова) для порівняння ознак, що вивчались у підлітків.

Програма антропометричного дослідження включала визначення 56 параметрів: поздовжніх розмірів, обхватів, діаметрів і шкірно-жирових складок за методикою Бунака В.В. (1947) в модифікації Шапаренка П.П. (2000).

В процесі дослідження визначені вікові особливості фізичного розвитку підлітків. В цілому, цей розвиток найбільш оптимально характеризують базові розміри тіла - його маса і довжина. Максимальний приріст обох показників у підлітків нашого регіону спостерігається у хлопчиків в періоді з 14 до 15 років, у дівчаток - з 13 до 14 років. За даними масо-об'ємного індексу у хлопчиків і дівчаток підліткового віку, порівняно з його розміром у юнаків та дівчат 17-21 років, спостерігається дефіцит маси тіла, який складає, відповідно, 8,0 та 5,2%. Цей дефіцит зникає в процесі вікового розвитку підлітків внаслідок прискорення накопичення маси тіла в процесі статевого дозрівання.

Різноманітність форм соматичної статури обумовлює індивідуальні, вікові і статеві відмінності компонентного складу маси тіла. М'язовий компонент протягом підліткового періоду розвитку у хлопчиків і дівчаток зростає, відповідно, на  $17,9 \pm 0,4$  та  $7,6 \pm 0,1$  кг. Кістковий компонент маси тіла у хлопчиків протягом підліткового періоду достовірно збільшується на  $5,4 \pm 0,1$  кг, а у дівчаток - недостовірно. У дівчаток підліткового віку жировий компонент маси тіла зростає на  $5,2 \pm 0,1$  кг, а у хлопчиків збільшується недостовірно.

В підлітковому віці з антропометричних параметрів в першу чергу збільшуються поздовжні розміри, пізніше - поперечні, а на останніх етапах підліткового періоду - обхватні розміри та шкірно-жирові складки. Тому в періодах найбільшої активності ростових процесів соматична статура підлітків за даними плечо-ростового індексу

ного госпіталю інвалідів Великої Вітчизняної війни. Усі хворі були обстежені за допомогою протоколу з анамнестичними даними, лабораторно - інструментальними методами, які використовують для діагностики порушень нервової та серцево-судинної системи.

Було виявлено, що з віком відбувається збільшення кількості осіб із змінами КД та поглиблення ступеня цих порушень. Так, лише 2% осіб не мали когнітивних порушень (28-30 балів за MMSE), у 78% були ознаки синдрому легких когнітивних порушень (24-27 балів), 20% мали ознаки деменції легкого ступеня (20-23 бали). Основними скаргами пацієнтів при поступленні в стаціонар були: головний біль (переважно в потиличній ділянці) - 100%, запаморочення - 88%, похитування при ходьбі - 85%, біль в різних відділах хребта - 83%, зниження пам'яті - 79%, шум, дзвін у голові, зниження слуху - 75%, загальна слабкість, дратівливість - 70%, порушення сну - 52%, втрата свідомості без судом (синкопальні стани, дроп-атаки) - 15%.

Аналіз призначеної лікарями відділення фармакотерапії відповідав переважно головуючим проявам скарг та діагностичних синдромів (вестибуло-атактичного та психопатологічного). Препарати, що переважали в схемах лікування: пірацетам (10 мл 20% розчину) - 100%, бетагістін (32 мг/добу) - 80%, нейровітан - 45%, кавінтон (30 мг/добу) - 35%, L-лізину есцинат (5 мл 0,1% розчину) - 30%. Очевидно, що цілеспрямованої корекції когнітивних функцій відповідно індивідуальності хворого не спостерігалось. В призначенні препаратів переважають групи рацетамів та церебральних вазодилататорів. Відсутні такі важливі напрямки лікування, як нейропептиди, глутаматергічні та ацетилхолінергічні засоби. Вирішальну роль відіграє подальша підтримка когнітивних функцій у таких пацієнтів після виписки із стаціонару, тому що від прихильності хворого до лікування та його дотримання рекомендацій лікаря залежить ефективність терапії взагалі.

У всіх осіб похилого та старечого віку діагностовано ішемічну хворобу серця. Ступінь важкості патології зростає з віком. Якщо у осіб віком 60-65 років діагностовано 1-2 захворювання, то у пацієнтів 70-75 років - 3-4 нозологічних діагнози. Глибина порушень КД корелює з освітою та культурно-соціальним рівнем хворих, сімейним станом (у самотніх пацієнтів ступінь порушень більший). Лише 26% пацієнтів з вищою або середньою освітою мали ознаки деменції, тоді як в осіб без такої освіти порушення КД зустрічались у 78% випадків. У 32% жінок виявлено обтяжений спадковий анамнез по лінії матері.

Висновок: 1. Із віком зростає кількість захворювань серцево-судинної системи, на фоні яких прогресують когнітивні порушення. 2. У пацієнтів геронтологічного профілю існує зв'язок між патологічними змінами організму та порушеннями вищої психічної діяльності, тому при лікуванні таких хворих необхідно більше звертати увагу на особливості когнітивної діяльності у них.

**УДК: 572.511.4:613.956**

## **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОСТОВИХ ПРОЦЕСІВ ПІДЛІТКІВ**

**Мазченко В.Ф., Шевченко В.М.**

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, Україна, 21018)

Вивчалась вікова динаміка антропометричних ознак у підлітків. Досліджено 1000 школярів підліткового віку м.Вінниця віком 12-16 років (по 100 хлопчиків та дівчаток кожного віку), а також 100 юнаків та 100 дівчат віком 17-21 років (студентів 1 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова) для порівняння ознак, що вивчались у підлітків.

Програма антропометричного дослідження включала визначення 56 параметрів: поздовжніх розмірів, обхватів, діаметрів і шкірно-жирових складок за методикою Бунака В.В. (1947) в модифікації Шапаренка П.П. (2000).

В процесі дослідження визначені вікові особливості фізичного розвитку підлітків. В цілому, цей розвиток найбільш оптимально характеризують базові розміри тіла - його маса і довжина. Максимальний приріст обох показників у підлітків нашого регіону спостерігається у хлопчиків в періоді з 14 до 15 років, у дівчаток - з 13 до 14 років. За даними масо-об'ємного індексу у хлопчиків і дівчаток підліткового віку, порівняно з його розміром у юнаків та дівчат 17-21 років, спостерігається дефіцит маси тіла, який складає, відповідно, 8,0 та 5,2%. Цей дефіцит зникає в процесі вікового розвитку підлітків внаслідок прискорення накопичення маси тіла в процесі статевого дозрівання.

Різноманітність форм соматичної статури обумовлює індивідуальні, вікові і статеві відмінності компонентного складу маси тіла. М'язовий компонент протягом підліткового періоду розвитку у хлопчиків і дівчаток зростає, відповідно, на  $17,9 \pm 0,4$  та  $7,6 \pm 0,1$  кг. Кістковий компонент маси тіла у хлопчиків протягом підліткового періоду достовірно збільшується на  $5,4 \pm 0,1$  кг, а у дівчаток - недостовірно. У дівчаток підліткового віку жировий компонент маси тіла зростає на  $5,2 \pm 0,1$  кг, а у хлопчиків збільшується недостовірно.

В підлітковому віці з антропометричних параметрів в першу чергу збільшуються поздовжні розміри, пізніше - поперечні, а на останніх етапах підліткового періоду - обхватні розміри та шкірно-жирові складки. Тому в періодах найбільшої активності ростових процесів соматична статура підлітків за даними плечо-ростового індексу



характеризується схильністю до лептосомності, про що говорить зниження цього індексу у хлопчиків і дівчаток під час найбільш активного росту. В цих періодах у хлопчиків, і у дівчаток спостерігається збільшення варіювання значень цього індексу.

Порівняно з розмірами юнацького віку відносний ріст різних частин тіла значно відрізняється. За абсолютними значеннями найбільше подібні до цих розмірів параметри голови. По відношенню до довжини тіла у порівнянні з юнацьким віком на початку підліткового періоду у хлопчиків та дівчаток розміри мозкового черепа більші на 11-13%, а лицевого - на 7-10%.

Для характеристики розмірів і форми мозкового і лицевого відділів голови використовуються лицевий і головний показники. Головний показник, який характеризує відношення ширини голови до її довжини, у хлопчиків і дівчаток підліткового віку знаходиться у межах значень, які відповідають брахікефалії (відповідно, 84,0-84,5 та 84,3-86,3). Лицевий показник, який відображає відношення ширини обличчя до його довжини у хлопчиків знаходиться в межах мезопрозоії (85,0-87,1), у дівчаток - лептопрозоії (87,1-88,2).

На початку підліткового періоду шия у хлопчиків і дівчаток вісно юнацького віку менша за довжиною, відповідно, на 2,5 та 4,1%. Середні значення показника довжини шиї у хлопчиків і дівчаток складають в 12 років, відповідно 6,7±0,2 та 7,1±0,1 см, а в 16 років - 8,0±0,2 та 7,7±0,1 см. Обхват шиї в 12 років і у хлопчиків і у дівчаток порівняно з юнацькими показниками має тенденцію до відносного зменшення. На початку підліткового періоду шия у хлопчиків і дівчаток вісно розмірів у юнацькому віці менша в обхваті, відповідно, на 1,4 та 2,9%. Середні значення показника довжини шиї у хлопчиків і дівчаток складають в 12 років, відповідно 32,8±0,3 та 32,4±0,3 см, а в 16 років - 38,2±0,2 та 35,1±0,2 см. В періодах найбільш активного росту шиї в довжину спостерігається її відносне зменшення в обхваті.

Відносне значення показника довжини тулуба протягом підліткового віку у хлопчиків і дівчаток менше, ніж в юнацькому віці. На початку підліткового періоду тулуб у хлопчиків і дівчаток вісно розмірів у юнацькому віці менший за довжиною, відповідно, на 2,9 та 2,3%. Середні значення показника довжини шиї у хлопчиків і дівчаток складають в 12 років, відповідно 42,6±0,3 та 44,0±0,3 см, а в 16 років - 50,3±0,3 та 47,4±0,3 см.

Протягом підліткового віку тулуб у підлітків обох статей в поперечному напрямку збільшується більш інтенсивно, ніж в сагітальному. Відношення поперечного розміру грудної клітки до її сагітального розміру у хлопчиків і дівчаток в 12 років складає, відповідно 75,0±0,7 та 73,3±1,2, а в 16 років - 70,9±1,2 та 71,1±1,0 см. Найбільш інтенсивно "сплощення тулуба" відбувається в періоди найбільшої активності ростових процесів (у хлопчиків в 13-14 років, у дівчаток - в 12-13 років).

На початкових етапах підліткового періоду з усіх сегментів верхньої і нижньої кінцівки переважає ріст розмірів дистальних сегментів (кисть, стопа) та сегментів поясів (лопатка, таз) за довжиною. Першочергове збільшення частин кінцівок, які безпосередньо контактують з зовнішнім середовищем, або сполучають вільну кінцівку з тулубом в періоди активного росту мають біомеханічну доцільність для забезпечення оптимальності рухової активності.

Слід відзначити, що діаметри епіфізів кісток стегна і гомілки на початку підліткового періоду збільшуються більш інтенсивно, ніж їх поздовжні розміри. Так, в 12 років ширина дистального епіфізу стегна у хлопчиків і дівчаток складає, відповідно 9,2±0,1 та 8,9±0,1 см, що, порівняно з розмірами у юнацькому віці, складає 87,6 та 94,7%. Ширина дистального епіфізу гомілки у хлопчиків і дівчаток складає, відповідно 6,4±0,1 та 6,3±0,1 см, що, порівняно з розмірами у юнацькому віці, складає 89,6 та 97,2%. Довжина гомілки, в свою чергу, у хлопчиків і дівчаток складає, відповідно 33,8±0,2 та 34,9±0,2 см, що, порівняно з розмірами у юнацькому віці, складає 85,6 та 93,5%.

---

**УДК:** 577.73:616-0727:618.172:613.956

## **ВІКОВА ДИНАМІКА ДЕЯКИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ І СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ**

**Мазенко В.Ф., Шевченко В.М.**

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Вивчалися показники фізичної працездатності, м'язової сили та життєвої ємності легенів у хлопчиків і дівчаток підліткового віку. Визначався також статевий розвиток підлітків.

Досліджено 1000 школярів підліткового віку м. Вінниці (по 100 хлопчиків та дівчаток кожного віку), а також 100 юнаків та 100 дівчат віком 17-21 років (студентів 1 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова) для порівняння ознак, що вивчалися у підлітків.

Фізична працездатність підлітків вивчалась за допомогою індексу Руф'є, який визначається за допомогою формули, що враховує частоту серцевих скорочень у спокої, а також за перші та останні 15 секунд першої хвилини відновлення. Значення індексу Руф'є позначається кількістю умовних балів, існує шкала для оцінки рівня

характеризується схильністю до лептосомності, про що говорить зниження цього індексу у хлопчиків і дівчаток під час найбільш активного росту. В цих періодах у хлопчиків, і у дівчаток спостерігається збільшення варіювання значень цього індексу.

Порівняно з розмірами юнацького віку відносний ріст різних частин тіла значно відрізняється. За абсолютними значеннями найбільше подібні до цих розмірів параметри голови. По відношенню до довжини тіла у порівнянні з юнацьким віком на початку підліткового періоду у хлопчиків та дівчаток розміри мозкового черепа більші на 11-13%, а лицевого - на 7-10%.

Для характеристики розмірів і форми мозкового і лицевого відділів голови використовуються лицевий і головний показники. Головний показник, який характеризує відношення ширини голови до її довжини, у хлопчиків і дівчаток підліткового віку знаходиться у межах значень, які відповідають брахікефалії (відповідно, 84,0-84,5 та 84,3-86,3). Лицевий показник, який відображає відношення ширини обличчя до його довжини у хлопчиків знаходиться в межах мезопрозоії (85,0-87,1), у дівчаток - лептопрозоії (87,1-88,2).

На початку підліткового періоду шия у хлопчиків і дівчаток вісно юнацького віку менша за довжиною, відповідно, на 2,5 та 4,1%. Середні значення показника довжини шиї у хлопчиків і дівчаток складають в 12 років, відповідно 6,7±0,2 та 7,1±0,1 см, а в 16 років - 8,0±0,2 та 7,7±0,1 см. Обхват шиї в 12 років і у хлопчиків і у дівчаток порівняно з юнацькими показниками має тенденцію до відносного зменшення. На початку підліткового періоду шия у хлопчиків і дівчаток вісно розмірів у юнацькому віці менша в обхваті, відповідно, на 1,4 та 2,9%. Середні значення показника довжини шиї у хлопчиків і дівчаток складають в 12 років, відповідно 32,8±0,3 та 32,4±0,3 см, а в 16 років - 38,2±0,2 та 35,1±0,2 см. В періодах найбільш активного росту шиї в довжину спостерігається її відносне зменшення в обхваті.

Відносне значення показника довжини тулуба протягом підліткового віку у хлопчиків і дівчаток менше, ніж в юнацькому віці. На початку підліткового періоду тулуб у хлопчиків і дівчаток вісно розмірів у юнацькому віці менший за довжиною, відповідно, на 2,9 та 2,3%. Середні значення показника довжини шиї у хлопчиків і дівчаток складають в 12 років, відповідно 42,6±0,3 та 44,0±0,3 см, а в 16 років - 50,3±0,3 та 47,4±0,3 см.

Протягом підліткового віку тулуб у підлітків обох статей в поперечному напрямку збільшується більш інтенсивно, ніж в сагітальному. Відношення поперечного розміру грудної клітки до її сагітального розміру у хлопчиків і дівчаток в 12 років складає, відповідно 75,0±0,7 та 73,3±1,2, а в 16 років - 70,9±1,2 та 71,1±1,0 см. Найбільш інтенсивно "сплощення тулуба" відбувається в періоди найбільшої активності ростових процесів (у хлопчиків в 13-14 років, у дівчаток - в 12-13 років).

На початкових етапах підліткового періоду з усіх сегментів верхньої і нижньої кінцівки переважає ріст розмірів дистальних сегментів (кисть, стопа) та сегментів поясів (лопатка, таз) за довжиною. Першочергове збільшення частин кінцівок, які безпосередньо контактують з зовнішнім середовищем, або сполучають вільну кінцівку з тулубом в періоди активного росту мають біомеханічну доцільність для забезпечення оптимальності рухової активності.

Слід відзначити, що діаметри епіфізів кісток стегна і гомілки на початку підліткового періоду збільшуються більш інтенсивно, ніж їх поздовжні розміри. Так, в 12 років ширина дистального епіфізу стегна у хлопчиків і дівчаток складає, відповідно 9,2±0,1 та 8,9±0,1 см, що, порівняно з розмірами у юнацькому віці, складає 87,6 та 94,7%. Ширина дистального епіфізу гомілки у хлопчиків і дівчаток складає, відповідно 6,4±0,1 та 6,3±0,1 см, що, порівняно з розмірами у юнацькому віці, складає 89,6 та 97,2%. Довжина гомілки, в свою чергу, у хлопчиків і дівчаток складає, відповідно 33,8±0,2 та 34,9±0,2 см, що, порівняно з розмірами у юнацькому віці, складає 85,6 та 93,5%.

---

**УДК:** 577.73:616-0727:618.172:613.956

## **ВІКОВА ДИНАМІКА ДЕЯКИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ І СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ**

**Мазенко В.Ф., Шевченко В.М.**

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Вивчалися показники фізичної працездатності, м'язової сили та життєвої ємності легенів у хлопчиків і дівчаток підліткового віку. Визначався також статевий розвиток підлітків.

Досліджено 1000 школярів підліткового віку м. Вінниці (по 100 хлопчиків та дівчаток кожного віку), а також 100 юнаків та 100 дівчат віком 17-21 років (студентів 1 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова) для порівняння ознак, що вивчалися у підлітків.

Фізична працездатність підлітків вивчалась за допомогою індексу Руф'є, який визначається за допомогою формули, що враховує частоту серцевих скорочень у спокої, а також за перші та останні 15 секунд першої хвилини відновлення. Значення індексу Руф'є позначається кількістю умовних балів, існує шкала для оцінки рівня

фізичної працездатності. Для вивчення вікової динаміки життєвої ємності легенів враховувались дані спірометрії. При дослідженні м'язової сили використовувались результати кистьової динамометрії на правій та лівій руці.

Статевий розвиток підлітків оцінювався за ступенем розвитку вторинних статевих ознак. Статевий розвиток у хлопчиків визначався показниками розвитку волосся на лобку (P0-P4), в пахвовій ділянці (Ax0-Ax3). У дівчаток, крім розвитку волоссяного покриву на лобку та у пахвовій ділянці враховувався розвиток молочних залоз (Ma0-Ma4) і з'ясовувалась наявність або відсутність менструацій (Me+, Me-), вік, в якому наступила перша менструація.

У хлопчиків і дівчаток у віковій період, які відповідають етапам початкового підвищення індексу Руф'є і його максимального збільшення переважає підвищення частоти серцевих скорочень за останні 15 секунд першої хвилини відновлення. У вікових групах хлопчиків і дівчаток на етапах зменшення індексу Руф'є порівняно із показниками юнацького віку помітна часткова перевага збільшення частоти серцевих скорочень за перші 15 секунд першої хвилини відновлення. Найбільш високі рівні індексу Руф'є (і, відповідно, найбільш низька фізична працездатність) спостерігаються у хлопчиків у 13 і 14 років (відповідно,  $11,2 \pm 0,2$  та  $10,5 \pm 0,2$ ), а у дівчаток - в 12 і 13 років (відповідно,  $9,9 \pm 0,1$  та  $9,2 \pm 0,2$ ).

Отримані дані обумовлюють необхідність індивідуального підходу у визначенні інтенсивності фізичного навантаження в групах підлітків на уроках фізичної культури, виробничої практики, позакласної роботи тощо. Визначення рівнів фізичної працездатності в групах підлітків буде сприяти підвищенню індивідуалізації в виробці норм фізичного навантаження для окремих підлітків.

В 12 років 16% дівчаток вже мають ступінь розвитку молочної залози в стадії Ma3, нульовий рівень розвитку цієї ознаки спостерігається лише у 11% дівчаток. Розвиток волосся в пахвинній і пахвовій ділянці у стадіях P0 і Ax0 в 12 років спостерігається, відповідно у 74% і 89% дівчаток. У підлітковому періоді розвитку із збільшенням віку рівні розвитку статевих ознак закономірно зміщуються в бік високих балів. Лише 3% дівчаток в 16 років мали нульовий рівень розвитку волосся в пахвовій ділянці. У юнацькому віці 57% дівчаток має ступінь розвитку молочної залози Ma3 (тільки 26% дівчат юнацького віку досягають 4-бального рівня розвитку цієї ознаки), розвиток волосся в пахвині і пахві досягає рівня P3 і Ax3, відповідно, 90% і 82% дівчат. Найбільший приріст числа дівчаток, в яких почались менархе відбувався в інтервалах 12-13 і 13-14 років (відповідно, 39% і 37% дівчаток).

У 12 років кількість хлопчиків із ступенями розвитку волосся в пахвинній ділянці в стадіях P1 і P2, ознаки складає відповідно 16% і 10%. Рівня розвитку волосся в пахві в стадії Ax1 в 12 років досягають 10% хлопчиків. На початку підліткового періоду (в 13 років) в стадії розвитку волосся в пахвині P0 знаходяться лише 43% хлопчиків, а в стадії P1 і P2, відповідно, 35% і 17% підлітків. У цей час ступеня розвитку волосся в пахвовій западині в стадіях Ax1 і Ax2 досягає дещо менша кількість хлопчиків (відповідно, 16% і 5%). У подальші вікові періоди кількість хлопчиків з високими балами ознак статевого дозрівання збільшується. У 16 років переважна кількість хлопчиків має ступінь росту волосся в пахвині P3 (53%) і тільки 27% 16-річних хлопчиків має чотириохвальний рівень розвитку цієї ознаки. Лише 57% хлопчиків в цей час досягли ступеня розвитку волосся в пахвовій западині Ax3, на рівнях Ax1 і Ax2 залишилось відповідно 15% і 26% хлопчиків.

В 12 років значення показника життєвої ємності легенів у хлопчиків дорівнює 2,80 0,03 л, а у дівчаток 2,70 0,03 л. У подальші вікові періоди відбувається збільшення показників життєвої ємності легенів, максимальний приріст якої спостерігається в періодах з 14 до 15 років у хлопчиків (0,7 л) і з 13 до 14 років у дівчаток (0,5 л). В юнацькому віці показник життєвої ємності легенів у юнаків та дівчат складає, відповідно, 4,30 0,05 і 3,80 0,05 л.

У хлопчиків найбільш активне підвищення показника динамометрії правої і лівої кисті відбувається в періоді з 14 до 15 років - відповідно, на 5,6-5,8 кг і 5,3-5,5 кг. У дівчаток максимальний приріст показників сили правої і лівої кисті спостерігається в періоді з 13 до 14 років, цей приріст складає, відповідно, 3,3-3,5 кг і 2,8-3,0 кг, з кожним віком сила стиснення кисті у хлопчиків і дівчаток зростає.

---

**УДК: 616.8-009.7:616.716**

## **БОЛЬОВА ЧУТЛИВІСТЬ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

**Малаховська А. О.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

По визначенню експертів Міжнародної асоціації по вивченню болю (IASP) біль - це неприємне відчуття і емоційне переживання, яке пов'язане з реальним чи потенційним пошкодженням тканин. Сильне емоційне напруження, яке виникає у пацієнтів перед чи під час лікування є однією з причин зниження ефективності знеболення, якості лікування і виникнення невідкладних станів.

Вивчення больової чутливості тканин щелепно-лицевої ділянки показало, що вона має значну різницю. Найбільш низький поріг больової чутливості (ПБЧ) мають тверді тканини зубів, що свідчить про їх високу чутливість. Самі

фізичної працездатності. Для вивчення вікової динаміки життєвої ємності легенів враховувались дані спірометрії. При дослідженні м'язової сили використовувались результати кистьової динамометрії на правій та лівій руці.

Статевий розвиток підлітків оцінювався за ступенем розвитку вторинних статевих ознак. Статевий розвиток у хлопчиків визначався показниками розвитку волосся на лобку (P0-P4), в пахвовій ділянці (Ax0-Ax3). У дівчаток, крім розвитку волоссяного покриву на лобку та у пахвовій ділянці враховувався розвиток молочних залоз (Ma0-Ma4) і з'ясовувалась наявність або відсутність менструацій (Me+, Me-), вік, в якому наступила перша менструація.

У хлопчиків і дівчаток у віковій період, які відповідають етапам початкового підвищення індексу Руф'є і його максимального збільшення переважає підвищення частоти серцевих скорочень за останні 15 секунд першої хвилини відновлення. У вікових групах хлопчиків і дівчаток на етапах зменшення індексу Руф'є порівняно із показниками юнацького віку помітна часткова перевага збільшення частоти серцевих скорочень за перші 15 секунд першої хвилини відновлення. Найбільш високі рівні індексу Руф'є (і, відповідно, найбільш низька фізична працездатність) спостерігаються у хлопчиків у 13 і 14 років (відповідно,  $11,2 \pm 0,2$  та  $10,5 \pm 0,2$ ), а у дівчаток - в 12 і 13 років (відповідно,  $9,9 \pm 0,1$  та  $9,2 \pm 0,2$ ).

Отримані дані обумовлюють необхідність індивідуального підходу у визначенні інтенсивності фізичного навантаження в групах підлітків на уроках фізичної культури, виробничої практики, позакласної роботи тощо. Визначення рівнів фізичної працездатності в групах підлітків буде сприяти підвищенню індивідуалізації в виробці норм фізичного навантаження для окремих підлітків.

В 12 років 16% дівчаток вже мають ступінь розвитку молочної залози в стадії Ma3, нульовий рівень розвитку цієї ознаки спостерігається лише у 11% дівчаток. Розвиток волосся в пахвинній і пахвовій ділянці у стадіях P0 і Ax0 в 12 років спостерігається, відповідно у 74% і 89% дівчаток. У підлітковому періоді розвитку із збільшенням віку рівні розвитку статевих ознак закономірно зміщуються в бік високих балів. Лише 3% дівчаток в 16 років мали нульовий рівень розвитку волосся в пахвовій ділянці. У юнацькому віці 57% дівчаток має ступінь розвитку молочної залози Ma3 (тільки 26% дівчат юнацького віку досягають 4-бального рівня розвитку цієї ознаки), розвиток волосся в пахвині і пахві досягає рівня P3 і Ax3, відповідно, 90% і 82% дівчат. Найбільший приріст числа дівчаток, в яких почались менархе відбувався в інтервалах 12-13 і 13-14 років (відповідно, 39% і 37% дівчаток).

У 12 років кількість хлопчиків із ступенями розвитку волосся в пахвинній ділянці в стадіях P1 і P2, ознаки складає відповідно 16% і 10%. Рівня розвитку волосся в пахві в стадії Ax1 в 12 років досягають 10% хлопчиків. На початку підліткового періоду (в 13 років) в стадії розвитку волосся в пахвині P0 знаходяться лише 43% хлопчиків, а в стадії P1 і P2, відповідно, 35% і 17% підлітків. У цей час ступеня розвитку волосся в пахвовій западині в стадіях Ax1 і Ax2 досягає дещо менша кількість хлопчиків (відповідно, 16% і 5%). У подальші вікові періоди кількість хлопчиків з високими балами ознак статевого дозрівання збільшується. У 16 років переважна кількість хлопчиків має ступінь росту волосся в пахвині P3 (53%) і тільки 27% 16-річних хлопчиків має чотириохвальний рівень розвитку цієї ознаки. Лише 57% хлопчиків в цей час досягли ступеня розвитку волосся в пахвовій западині Ax3, на рівнях Ax1 і Ax2 залишилось відповідно 15% і 26% хлопчиків.

В 12 років значення показника життєвої ємності легенів у хлопчиків дорівнює 2,80 0,03 л, а у дівчаток 2,70 0,03 л. У подальші вікові періоди відбувається збільшення показників життєвої ємності легенів, максимальний приріст якої спостерігається в періодах з 14 до 15 років у хлопчиків (0,7 л) і з 13 до 14 років у дівчаток (0,5 л). В юнацькому віці показник життєвої ємності легенів у юнаків та дівчат складає, відповідно, 4,30 0,05 і 3,80 0,05 л.

У хлопчиків найбільш активне підвищення показника динамометрії правої і лівої кисті відбувається в періоді з 14 до 15 років - відповідно, на 5,6-5,8 кг і 5,3-5,5 кг. У дівчаток максимальний приріст показників сили правої і лівої кисті спостерігається в періоді з 13 до 14 років, цей приріст складає, відповідно, 3,3-3,5 кг і 2,8-3,0 кг, з кожним віком сила стиснення кисті у хлопчиків і дівчаток зростає.

---

**УДК: 616.8-009.7:616.716**

## **БОЛЬОВА ЧУТЛИВІСТЬ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

**Малаховська А. О.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

По визначенню експертів Міжнародної асоціації по вивченню болю (IASP) біль - це неприємне відчуття і емоційне переживання, яке пов'язане з реальним чи потенційним пошкодженням тканин. Сильне емоційне напруження, яке виникає у пацієнтів перед чи під час лікування є однією з причин зниження ефективності знеболення, якості лікування і виникнення невідкладних станів.

Вивчення больової чутливості тканин щелепно-лицевої ділянки показало, що вона має значну різницю. Найбільш низький поріг больової чутливості (ПБЧ) мають тверді тканини зубів, що свідчить про їх високу чутливість. Самі

низькі ПБЧ мають фронтальна група зубів на верхній щелепі (зуби 13,12,11,21,22,23) і премоляри на нижній щелепі (зуби 34 і 44). Інші групи зубів мають статистично достовірно більш високі ПБЧ. В порівнянні з зубами ПБЧ ясен більший в 1,5-2 рази, а шкіри, яка інервується II і III гілками трійчастого нерву, в 6-15 разів. (Московець, Деміна, 2009).

Біль, який відчуває людина, представляє собою складну, психофізіологічну реакцію. Біль є результатом одночасно динамічною обробкою імпульсів від ноцицепторів і великого числа інших вхідних (слухових, зорових, нюхових) і інтероцептивних (вісцеральних) сигналів. Тому біль завжди суб'єктивний і кожна людина відчуває її по-свому.

Біль може бути розділений: на соматичний поверхневий (у випадку пошкодження шкірних покривів), соматичний глибокий (при пошкодженні кістково-м'язевої системи) і вісцеральний.

Соматичний біль виникає внаслідок пошкодження тканин, під час якого з пошкоджених клітин вивільнюються хімічні речовини, які через ноцицептори в шкірі і в м'яких тканинах викликають біль і запалення. Соматичний біль добре локалізований.

Ноцицептивні больові синдроми виникають внаслідок активації ноцицепторів при травмі, запаленні, ішемії, набряку тканин. Клінічно серед них виділяють посттравматичний і післяопераційний больовий синдроми, болі при запаленні, міофасціальні больові синдроми, судинні болі і т.п. Поряд зі скаргами на постійну болючість, у пацієнтів з ноцицептивними больовими синдромами формуються зони з підвищеною больовою чутливістю (зони гіперальгезії). Виділяють первинну і вторинну гіперальгезію.

Первинна гіперальгезія розвивається в ділянці пошкодження тканин, вторинна гіперальгезія локалізується поза зоною пошкодження, розповсюджуючись на здорові тканини. В основі розвитку первинної гіперальгезії лежить феномен периферичної сенситизації (підвищення чутливості ноцицепторів до дії пошкоджуючих стимулів). Вторинна гіперальгезія виникає центральної сенситизації (підвищення збудливості ноцицептивних нейронів в структурах спинного і головного мозку).

Вісцеральні ноцицептори аналогічні знайденим в шкірі і в м'яких тканинах. Проте їх набагато менше, при їх стимуляції біль погано локалізується. Причинами вісцерального болю можуть бути ішемія, некроз, набряк, запалення, рефлекторне скорочення жувальних м'язів. Внутрішні органи мають переважно механо- і хемонотицепторами, а також термонотицепторами, які є в ротовій порожнині. Механотицептори внутрішніх органів є в їх капсулах, а також в сухожилку м'язів і суглобових сумках. Хемонотицептори розміщені в зовнішніх покровках і внутрішніх органах (слизові оболонки і судини). Паренхіма внутрішніх органів немає больових рецепторів.

Для хворих з запальними процесами та травмами щелепно-лицевої ділянки характерні соматичний і вісцеральний біль. У таких хворих для лікування соматичного болю необхідне адекватне знеболення (регіонарна, місцева, інфільтраційна анестезія) та нестероїдні протизапальні засоби, а для усунення вісцерального болю - нестероїдні протизапальні засоби, міорелаксанти.

УДК: 615.015:617.7

## **РОЗРОБКА МЕТОДИК ФАРМАЦЕВТИЧНОГО АНАЛІЗУ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ СУСПЕНЗІЇ "ОФТАСИЛ С"**

**Мішина Л.Г., Сичук М.Ю., Іванюк О.М., Галуша М.А.**

Кафедра фармацевтичної хімії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Захворювання рогівки ока в Україні є головною причиною первинної інвалідності (у 3,2% випадків) і за даними ВООЗ однією з трьох основних причин сліпоти. Розповсюдження бактеріального запалення становить 13-20% від усієї патології рогівки.

Як показала практика, використання традиційних антибактеріальних засобів для місцевого лікування бактеріальних кератитів у наш час виявляється недостатнім. Багато випадків гнійних виразок закінчуються загибеллю ока. Це обумовлює пошук нових ефективних лікарських засобів.

В останні десятиріччя все більшого розповсюдження в офтальмологічній практиці, особливо в Україні, із метою місцевої детоксикації набуває використання медичних сорбентів, за допомогою яких прискорюється елімінація ушкоджуючого агента з рогівки, кон'юнктиви ока, видалення денатурованих білків і токсинів, знижується гіпергідратація тканин рогівки, видаляється мікрофлора з кон'юнктивального мішка. Вітчизняний сорбент багаточільового призначення "Силікс" (високодисперсний діоксид кремнію, ВДК) є речовиною кремнеземної природи, неорганічним полімером із загальною формулою  $(\text{SiO}_2)_n$ . Він відрізняється від інших сорбентів підвищеними білоксорбційними властивостями, а також здатністю активно зв'язувати ранову мікрофлору.

До складу нового оригінального лікарського засобу на основі наносуспензії силіксу - комбінованих очних крапель "Офтасил С", окрім сорбенту силіксу, входить фторхінолон II покоління - ципрофлоксацину гідрохлорид

низькі ПБЧ мають фронтальна група зубів на верхній щелепі (зуби 13,12,11,21,22,23) і премоляри на нижній щелепі (зуби 34 і 44). Інші групи зубів мають статистично достовірно більш високі ПБЧ. В порівнянні з зубами ПБЧ ясен більший в 1,5-2 рази, а шкіри, яка інервується II і III гілками трійчастого нерву, в 6-15 разів. (Московець, Деміна, 2009).

Біль, який відчуває людина, представляє собою складну, психофізіологічну реакцію. Біль є результатом одночасно динамічною обробкою імпульсів від ноцицепторів і великого числа інших вхідних (слухових, зорових, нюхових) і інтероцептивних (вісцеральних) сигналів. Тому біль завжди суб'єктивний і кожна людина відчуває її по-своєму.

Біль може бути розділений: на соматичний поверхневий (у випадку пошкодження шкірних покривів), соматичний глибокий (при пошкодженні кістково-м'язевої системи) і вісцеральний.

Соматичний біль виникає внаслідок пошкодження тканин, під час якого з пошкоджених клітин вивільнюються хімічні речовини, які через ноцицептори в шкірі і в м'яких тканинах викликають біль і запалення. Соматичний біль добре локалізований.

Ноцицептивні больові синдроми виникають внаслідок активації ноцицепторів при травмі, запаленні, ішемії, набряку тканин. Клінічно серед них виділяють посттравматичний і післяопераційний больовий синдроми, болі при запаленні, міофасціальні больові синдроми, судинні болі і т.п. Поряд зі скаргами на постійну болючість, у пацієнтів з ноцицептивними больовими синдромами формуються зони з підвищеною больовою чутливістю (зони гіперальгезії). Виділяють первинну і вторинну гіперальгезію.

Первинна гіперальгезія розвивається в ділянці пошкодження тканин, вторинна гіперальгезія локалізується поза зоною пошкодження, розповсюджуючись на здорові тканини. В основі розвитку первинної гіперальгезії лежить феномен периферичної сенситизації (підвищення чутливості ноцицепторів до дії пошкоджуючих стимулів). Вторинна гіперальгезія виникає центральної сенситизації (підвищення збудливості ноцицептивних нейронів в структурах спинного і головного мозку).

Вісцеральні ноцицептори аналогічні знайденим в шкірі і в м'яких тканинах. Проте їх набагато менше, при їх стимуляції біль погано локалізується. Причинами вісцерального болю можуть бути ішемія, некроз, набряк, запалення, рефлекторне скорочення жувальних м'язів. Внутрішні органи мають переважно механо- і хемонотицепторами, а також термонотицепторами, які є в ротовій порожнині. Механотицептори внутрішніх органів є в їх капсулах, а також в сухожилку м'язів і суглобових сумках. Хемонотицептори розміщені в зовнішніх покровках і внутрішніх органах (слизові оболонки і судини). Паренхіма внутрішніх органів немає больових рецепторів.

Для хворих з запальними процесами та травмами щелепно-лицевої ділянки характерні соматичний і вісцеральний біль. У таких хворих для лікування соматичного болю необхідне адекватне знеболення (регіонарна, місцева, інфільтраційна анестезія) та нестероїдні протизапальні засоби, а для усунення вісцерального болю - нестероїдні протизапальні засоби, міорелаксанти.

УДК: 615.015:617.7

## **РОЗРОБКА МЕТОДИК ФАРМАЦЕВТИЧНОГО АНАЛІЗУ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ СУСПЕНЗІЇ "ОФТАСИЛ С"**

**Мішина Л.Г., Сичук М.Ю., Іванюк О.М., Галуша М.А.**

Кафедра фармацевтичної хімії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Захворювання рогівки ока в Україні є головною причиною первинної інвалідності (у 3,2% випадків) і за даними ВООЗ однією з трьох основних причин сліпоти. Розповсюдження бактеріального запалення становить 13-20% від усієї патології рогівки.

Як показала практика, використання традиційних антибактеріальних засобів для місцевого лікування бактеріальних кератитів у наш час виявляється недостатнім. Багато випадків гнійних виразок закінчуються загибеллю ока. Це обумовлює пошук нових ефективних лікарських засобів.

В останні десятиріччя все більшого розповсюдження в офтальмологічній практиці, особливо в Україні, із метою місцевої детоксикації набуває використання медичних сорбентів, за допомогою яких прискорюється елімінація ушкоджуючого агента з рогівки, кон'юнктиви ока, видалення денатурованих білків і токсинів, знижується гіпергідратація тканин рогівки, видаляється мікрофлора з кон'юнктивального мішка. Вітчизняний сорбент багаточільового призначення "Силікс" (високодисперсний діоксид кремнію, ВДК) є речовиною кремнеземної природи, неорганічним полімером із загальною формулою  $(\text{SiO}_2)_n$ . Він відрізняється від інших сорбентів підвищеними білоксорбційними властивостями, а також здатністю активно зв'язувати ранову мікрофлору.

До складу нового оригінального лікарського засобу на основі наносуспензії силіксу - комбінованих очних крапель "Офтасил С", окрім сорбенту силіксу, входить фторхінолон II покоління - ципрофлоксацину гідрохлорид

у якості антимікробної субстанції та глюкоза, як ізотонуюча речовина.

Ципрофлоксацину гідрохлорид (хімічна назва - 1-Циклопропіл-6-флюор-4-оксо-7-(піперазин-1-іл)-1,4-дигідрохінолін-3-карбонової кислоти гідрохлорид) володіє широким спектром протимікробної дії щодо грамнегативних і грампозитивних мікроорганізмів, низьким рівнем резистентності, а також високим ступенем проникнення його в строму рогівки, що забезпечує ефективність при лікуванні бактеріальних кератитів і є гарною основою для лікування очних інфекцій в клініці.

Раніше було надане фізико-хімічне обґрунтування складу очних крапель "Офтасил С" та доведена їх лікувальна ефективність у попередніх доклінічних випробуваннях на кролях. Для впровадження очної суспензії "Офтасил С" у фармацевтичну промисловість необхідно розробити методики її аналізу.

Метою дослідження було розробка методик ідентифікації та кількісного визначення інгредієнтів суспензії "Офтасил С".

Враховуючи, що найбільш відчутна фізико-хімічна взаємодія між компонентами суспензії відбувається під час термічної обробки, перед нами постало завдання порівняти результати фармацевтичного аналізу суспензії до і після стерилізації.

В умовах аптеки була виготовлена суспензія "Офтасил С" наступного складу: силіксу - 2%; ципрофлоксацину - 0,3%; глюкози - 5%. Суспензію розливали по 10 мл у пеніцилінові флакони під обкатку металевими ковпачками. Половину зразків стерилізували текучою парою при температурі 121°C протягом 15 хвилин, другу половину - досліджували без стерилізації.

Експеримент виконували у такій послідовності: спочатку проводили ідентифікацію інгредієнтів суспензії, потім - кількісне визначення.

Ципрофлоксацин ідентифікували методом тонкошарової хроматографії (Євр. Фарм., 2.2.27), використовуючи пластинку Силікагель G F<sub>254</sub> (фірма "Мерк", Німеччина) із товщиною шару 0,25 мм; система розчинників: метиленхлорид-метанол-амонію гідроксид-ацетонітрил 4:4:2:1). Встановлення тотожності глюкози проводили відповідною фармакопейною реакцією - з реактивом Фелінга. Силікс визначали за реакцією утворення відновленої комплексної кремнемолібдатної кислоти синього кольору.

Установлено, що інгредієнти суспензії не заважають одне одному під час ідентифікації, стерилізація не впливає на результати випробувань.

Кількісне визначення ципрофлоксацину проводили методом аргентометрії за методом Мора, пряме титрування, індикатор - хромат калію. Глюкозу визначали методом йодометрії, зворотне титрування, індикатор - крохмаль. Визначення силіксу базується на зважуванні мінерального залишку після висушування та прожарювання точного об'єму суспензії при температурі 700°C - 800°C.

Статистична обробка із застосуванням критерію Стюдента показала, що обраний режим стерилізації не впливає на результати кількісного аналізу суспензії "Офтасил С".

На основі результатів фармацевтичного дослідження нами були зроблені висновки: 1. Опрацьовані методи контролю якості комбінованої очної суспензії силіксу з ципрофлоксацином. Результати досліджень мають бути основою для розробки аналітичної нормативної документації на препарат "Офтасил С"; 2. Експериментально доведено, що процес термічної стерилізації виготовленої лікарської форми не впливає на результати фармацевтичного аналізу.

---

**УДК:** 618.15-031.64-002:616.37-002

## **ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДІВ ДРЕНУВАННЯ ПРИ ПАРАКОЛІТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

**Мосьондз В.В.**

Кафедра хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Хірургічне лікування хворих на ускладнені форми гострого панкреатиту залишається складним і відкритим для дискусії. Незважаючи на наявність потужного сучасного арсеналу діагностичної апаратури, високобіодоступних лікарських препаратів, впровадження новітніх розробок, що підіймають хірургію на абсолютно новий рівень в наданні невідкладної хірургічної допомоги, зростаючий рівень захворюваності (9%), частоти ускладнень (30-45%), смертності (30-75%) та інвалідності (45-80%) обумовлюють актуальність проблеми, спонукаючи до удосконалення існуючих та розробки нових методів хірургічної корекції.

В хірургічній клініці кафедри хірургії медичного факультету №2 ВНМУ ім. М.І.Пирогова за період з 2000 року було проведено 38 оперативних втручань у хворих на гострий некротичний панкреатит ускладненого параколітом. Застосування ультрасонографії з денситометрією, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії дало можливість діагностувати у 26(68,4%) хворих правобічний параколіт, у 12(31,6%) - лівобічний параколіт. У кон-

у якості антимікробної субстанції та глюкоза, як ізотонуюча речовина.

Ципрофлоксацину гідрохлорид (хімічна назва - 1-Циклопропіл-6-флюор-4-оксо-7-(піперазин-1-іл)-1,4-дигідрохінолін-3-карбонової кислоти гідрохлорид) володіє широким спектром протимікробної дії щодо грамнегативних і грампозитивних мікроорганізмів, низьким рівнем резистентності, а також високим ступенем проникнення його в строму рогівки, що забезпечує ефективність при лікуванні бактеріальних кератитів і є гарною основою для лікування очних інфекцій в клініці.

Раніше було надане фізико-хімічне обґрунтування складу очних крапель "Офтасил С" та доведена їх лікувальна ефективність у попередніх доклінічних випробуваннях на кролях. Для впровадження очної суспензії "Офтасил С" у фармацевтичну промисловість необхідно розробити методики її аналізу.

Метою дослідження було розробка методик ідентифікації та кількісного визначення інгредієнтів суспензії "Офтасил С".

Враховуючи, що найбільш відчутна фізико-хімічна взаємодія між компонентами суспензії відбувається під час термічної обробки, перед нами постало завдання порівняти результати фармацевтичного аналізу суспензії до і після стерилізації.

В умовах аптеки була виготовлена суспензія "Офтасил С" наступного складу: силіксу - 2%; ципрофлоксацину - 0,3%; глюкози - 5%. Суспензію розливали по 10 мл у пеніцилінові флакони під обкатку металевими ковпачками. Половину зразків стерилізували текучою парою при температурі 121°C протягом 15 хвилин, другу половину - досліджували без стерилізації.

Експеримент виконували у такій послідовності: спочатку проводили ідентифікацію інгредієнтів суспензії, потім - кількісне визначення.

Ципрофлоксацин ідентифікували методом тонкошарової хроматографії (Євр. Фарм., 2.2.27), використовуючи пластинку Силікагель G F<sub>254</sub> (фірма "Мерк", Німеччина) із товщиною шару 0,25 мм; система розчинників: метиленхлорид-метанол-амонію гідроксид-ацетонітрил 4:4:2:1). Встановлення тотожності глюкози проводили відповідною фармакопейною реакцією - з реактивом Фелінга. Силікс визначали за реакцією утворення відновленої комплексної кремнемолібдатної кислоти синього кольору.

Установлено, що інгредієнти суспензії не заважають одне одному під час ідентифікації, стерилізація не впливає на результати випробувань.

Кількісне визначення ципрофлоксацину проводили методом аргентометрії за методом Мора, пряме титрування, індикатор - хромат калію. Глюкозу визначали методом йодометрії, зворотне титрування, індикатор - крохмаль. Визначення силіксу базується на зважуванні мінерального залишку після висушування та прожарювання точного об'єму суспензії при температурі 700°C - 800°C.

Статистична обробка із застосуванням критерію Стюдента показала, що обраний режим стерилізації не впливає на результати кількісного аналізу суспензії "Офтасил С".

На основі результатів фармацевтичного дослідження нами були зроблені висновки: 1. Опрацьовані методи контролю якості комбінованої очної суспензії силіксу з ципрофлоксацином. Результати досліджень мають бути основою для розробки аналітичної нормативної документації на препарат "Офтасил С"; 2. Експериментально доведено, що процес термічної стерилізації виготовленої лікарської форми не впливає на результати фармацевтичного аналізу.

---

**УДК:** 618.15-031.64-002:616.37-002

## **ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДІВ ДРЕНУВАННЯ ПРИ ПАРАКОЛІТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

**Мосьондз В.В.**

Кафедра хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Хірургічне лікування хворих на ускладнені форми гострого панкреатиту залишається складним і відкритим для дискусії. Незважаючи на наявність потужного сучасного арсеналу діагностичної апаратури, високобіодоступних лікарських препаратів, впровадження новітніх розробок, що підіймають хірургію на абсолютно новий рівень в наданні невідкладної хірургічної допомоги, зростаючий рівень захворюваності (9%), частоти ускладнень (30-45%), смертності (30-75%) та інвалідності (45-80%) обумовлюють актуальність проблеми, спонукаючи до удосконалення існуючих та розробки нових методів хірургічної корекції.

В хірургічній клініці кафедри хірургії медичного факультету №2 ВНМУ ім. М.І.Пирогова за період з 2000 року було проведено 38 оперативних втручань у хворих на гострий некротичний панкреатит ускладненого параколітом. Застосування ультрасонографії з денситометрією, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії дало можливість діагностувати у 26(68,4%) хворих правобічний параколіт, у 12(31,6%) - лівобічний параколіт. У кон-



ституціональному відношенні із числа оперованих хворих, з нормостенічною тілобудовою 23(60,5%), астенічною 4(10,5%), гіперстенічною 9(29%). Всім хворим на передопераційному етапі проводилося прогностичне визначення ймовірної форми порожнини малого чіпця (відлогих місць) із наступною комп'ютерною обробкою.

Із числа хворих з нормостенічною тілобудовою найбільш вираженим відмічалось праве товстокишкове заглиблення тоді як у хворих з гіперстенічною тілобудовою більш вираженим є ліве товстокишкове заглиблення, а у астенічного типу - верхнє (діафрагмально-селезінкове) заглиблення. Діагностично було встановлено наступну локалізацію гнійних осередків у підшлунковій залозі та пара-панкреатичній клітковині: наявність осередку деструкції в головці та тілі підшлункової залози виявлено у 26 хворих із яких 23 пацієнтів мали нормостенічну тілобудову; у 9(23,6%) з 12 хворих оперованих з приводу лівобічного параколіту осередок деструкції виявлений в тілі та хвостовій частині підшлункової залози осіб гіперстенічної тілобудови . В 4(10,5%) астеніків та 2(5,2%) нормостеніків осередки деструкції відмічалися як у тілі та хвостовій частині залози.

Таким чином, у осіб з нормостенічною тілобудовою з вираженим правобічним товстокишковим заглибленням при локалізації гнійного осередку в тілі та головці підшлункової залози в 88,4% при прогресуванні гнійно-некротичного процесу відмічається тенденція до розвитку правобічного параколіту. Тоді як, наявність гнійного осередку в тілі та хвості залози у гіперстеніків у 75% проявляється клінікою лівобічного параколіту.

Хворим проводилося комплексне лікування пріоритетність у якому належала хірургічній корекції, ключовим моментом якої є дренивання анатомічних структур заочеревинного простору з урахуванням індивідуальних особливостей форми порожнини малого чіпця та локалізації гнійного осередку. В усіх випадках доступом вибору була люмботомія. Об'єм оперативного втручання включав розкриття гнійника, видалення некротичних тканин і дренивання заочеревинного простору. Дренивання проводилося дренажними пристроями через контрапертури в клубових та поперекових ділянках позаочеревинно з підведенням їх до гнійного осередку, віддалених запливів та заглиблень малого чіпця.

Використання даного підходу дало можливість попередити розвиток вторинних ускладнень - поширення гнійного процесу до порожнини малого таза та параректальної клітковини.

**УДК:** 576.2:616.12:616.13-002.2-08

## **МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ СЕРЦЯ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЇ**

**Мрих Н.М.**

Кафедра біології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

На сьогодні доведена патогенетична спільність всіх гострих проявів коронарної атеросклеротичної бляшки в коронарній артерії з формуванням на поверхні розриву на початку тромбоцитарного, а потім і фібринозного пристінкового тромбу, що обумовлює весь симптомокомплекс клінічних проявів. Актуальною є проблема первинної та вторинної профілактики серцево-судинних катастроф. Разом із тим, терапевтична ефективність лікарських засобів, які використовуються при атеросклерозі та його ускладненнях, виходить за рамки позитивного впливу на обмін речовин та функціонування життєво важливих органів і систем (Г.В.Дзяк, 2008). Тому проводиться пошук нових не медикаментозних методів лікування та профілактики кардіоваскулярних подій. Метою дослідження було: встановлення макрометричних особливостей структури серця щурів в нормі, при експериментальному атеросклерозі та за умов його генної корекції.

Досліди проведені на білих лабораторних щурах-самцях, які були розділені на чотири групи: 1 група - інтактні тварини, 2 група - щури, яким протягом 30 днів моделювався атеросклероз, щоденно згодовуючи холестерол в дозі 0,5 г/кг маси тіла і 4(6) - Метил-2-тіоурацил для пригнічення функції щитоподібної залози в дозі 12 мг/кг, 3 група - щури, яким в перший день моделювання атеросклерозу вводили ген апоЕ по 50 мкг на тварину внутрішньом'язево задля профілактики можливих порушень, та 4 група - щури, яким проводилось введення гену апоЕ в тій же дозі на 14 день моделювання атеросклерозу за ля лікування порушень, що виникли.

По закінченні досліду евтаназію тварин проводили під легким ефірним наркозом шляхом декапітації. Після розтину грудної клітки забирали серця для подальшого морфологічного дослідження. Морфометричну оцінку структурної перебудови серця проводили, використовуючи метод планіметрично-вагової кардіометрії (Б.И.Дубчак, 1981). За даним методом серця препарували по Г.Г.Автанділову, в результаті чого отримали чотири частини: передсердя з перегородкою, вільні частини правого та лівого шлуночків і міжшлуночкову перегородку. Кожну з отриманих частин зважували на аптечних терезах. Для обчислення планіметричних показників серця ендокардіальна поверхня відповідного відділу наносилась на міліметровий папір із наступним підрахунком її площі.

Застосування атерогенної дієти призвело до вираженої структурної перебудови серця. Відмічаються зміни

ституціональному відношенні із числа оперованих хворих, з нормостенічною тілобудовою 23(60,5%), астенічною 4(10,5%), гіперстенічною 9(29%). Всім хворим на передопераційному етапі проводилося прогностичне визначення ймовірної форми порожнини малого чіпця (відлогих місць) із наступною комп'ютерною обробкою.

Із числа хворих з нормостенічною тілобудовою найбільш вираженим відмічалось праве товстокишкове заглиблення тоді як у хворих з гіперстенічною тілобудовою більш вираженим є ліве товстокишкове заглиблення, а у астенічного типу - верхнє (діафрагмально-селезінкове) заглиблення. Діагностично було встановлено наступну локалізацію гнійних осередків у підшлунковій залозі та пара-панкреатичній клітковині: наявність осередку деструкції в головці та тілі підшлункової залози виявлено у 26 хворих із яких 23 пацієнтів мали нормостенічну тілобудову; у 9(23,6%) з 12 хворих оперованих з приводу лівобічного параколіту осередок деструкції виявлений в тілі та хвостовій частині підшлункової залози осіб гіперстенічної тілобудови . В 4(10,5%) астеніків та 2(5,2%) нормостеніків осередки деструкції відмічалися як у тілі та хвостовій частині залози.

Таким чином, у осіб з нормостенічною тілобудовою з вираженим правобічним товстокишковим заглибленням при локалізації гнійного осередку в тілі та головці підшлункової залози в 88,4% при прогресуванні гнійно-некротичного процесу відмічається тенденція до розвитку правобічного параколіту. Тоді як, наявність гнійного осередку в тілі та хвості залози у гіперстеніків у 75% проявляється клінікою лівобічного параколіту.

Хворим проводилося комплексне лікування пріоритетність у якому належала хірургічній корекції, ключовим моментом якої є дренивання анатомічних структур заочеревинного простору з урахуванням індивідуальних особливостей форми порожнини малого чіпця та локалізації гнійного осередку. В усіх випадках доступом вибору була люмботомія. Об'єм оперативного втручання включав розкриття гнійника, видалення некротичних тканин і дренивання заочеревинного простору. Дренивання проводилося дренажними пристроями через контрапертури в клубових та поперекових ділянках позаочеревинно з підведенням їх до гнійного осередку, віддалених запливів та заглиблень малого чіпця.

Використання даного підходу дало можливість попередити розвиток вторинних ускладнень - поширення гнійного процесу до порожнини малого таза та параректальної клітковини.

**УДК:** 576.2:616.12:616.13-002.2-08

## **МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ СЕРЦЯ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЇ**

**Мрих Н.М.**

Кафедра біології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

На сьогодні доведена патогенетична спільність всіх гострих проявів коронарної атеросклеротичної бляшки в коронарній артерії з формуванням на поверхні розриву на початку тромбоцитарного, а потім і фібринозного пристінкового тромбу, що обумовлює весь симптомокомплекс клінічних проявів. Актуальною є проблема первинної та вторинної профілактики серцево-судинних катастроф. Разом із тим, терапевтична ефективність лікарських засобів, які використовуються при атеросклерозі та його ускладненнях, виходить за рамки позитивного впливу на обмін речовин та функціонування життєво важливих органів і систем (Г.В.Дзяк, 2008). Тому проводиться пошук нових не медикаментозних методів лікування та профілактики кардіоваскулярних подій. Метою дослідження було: встановлення макрометричних особливостей структури серця щурів в нормі, при експериментальному атеросклерозі та за умов його генної корекції.

Досліди проведені на білих лабораторних щурах-самцях, які були розділені на чотири групи: 1 група - інтактні тварини, 2 група - щури, яким протягом 30 днів моделювався атеросклероз, щоденно згодовуючи холестерол в дозі 0,5 г/кг маси тіла і 4(6) - Метил-2-тіоурацил для пригнічення функції щитоподібної залози в дозі 12 мг/кг, 3 група - щури, яким в перший день моделювання атеросклерозу вводили ген апоЕ по 50 мкг на тварину внутрішньом'язево задля профілактики можливих порушень, та 4 група - щури, яким проводилось введення гену апоЕ в тій же дозі на 14 день моделювання атеросклерозу за ля лікування порушень, що виникли.

По закінченні досліду евтаназію тварин проводили під легким ефірним наркозом шляхом декапітації. Після розтину грудної клітки забирали серця для подальшого морфологічного дослідження. Морфометричну оцінку структурної перебудови серця проводили, використовуючи метод планіметрично-вагової кардіометрії (Б.И.Дубчак, 1981). За даним методом серця препарували по Г.Г.Автанділову, в результаті чого отримали чотири частини: передсердя з перегородкою, вільні частини правого та лівого шлуночків і міжшлуночкову перегородку. Кожну з отриманих частин зважували на аптечних терезах. Для обчислення планіметричних показників серця ендокардіальна поверхня відповідного відділу наносилась на міліметровий папір із наступним підрахунком її площі.

Застосування атерогенної дієти призвело до вираженої структурної перебудови серця. Відмічаються зміни

як планіметричних, так і вагових показників. Так, площа стінки ЛШ у тварин з атеросклерозом перевищує даний показник у інтактних тварин на 5,23%, а площа стінки ПШ збільшується на 15,4% порівняно з аналогічним показником інтактною групою. Зростання даних показників свідчить про наявність об'ємного навантаження на серце і, як наслідок, виникнення дилатації його порожнин. Також зазнають змін і гравіметричні показники морфометрії. Так, абсолютна маса серця у тварин з експериментальним атеросклерозом складає  $728,88 \pm 24,80$  мг, що на 3,75% більше, ніж у тварин інтактною групою. Абсолютна маса ЛШ зростає на 7,12%, а абсолютна маса ПШ - на 4,73% в порівнянні з групою інтактних тварин. Відповідно питома маса ЛШ у тварин з експериментальним атеросклерозом зростає на 2,38%, але питома маса ПШ зменшується на 3,6%. Індекс Фултона збільшується на 2,49% порівняно з інтактною групою, площа лівої поверхні МШП збільшується на 2,6%. Такі зміни вказаних показників свідчать про гіпертрофію окремих частин міокарда, в більшій ступені лівого шлуночка, а також розширення камер серця та зменшення кількості функціонально здатної тканини міокарда на одиницю площі. Отримані дані аналогічні даним Р.П.Піскун, Т.І.Шевчук (2005).

У тварин профілактичної групи, в порівнянні з тваринами з експериментальним атеросклерозом без корекції, зменшилась абсолютна маса серця на 3,68%, абсолютні маси ЛШ та ПШ відповідно на 5,01% і на 5,05%. Питома маса ЛШ зменшилась на 2,71%, а питома маса ПШ збільшилась на 4,06% в порівнянні з групою тварин з експериментальним атеросклерозом. В даній групі відмічаються зміни планіметричних показників. Так, зменшились площі стінок ЛШ та ПШ, планіметричний індекс та збільшилась площа правої поверхні МШП на 7,32%, а лівої зменшилась на 5,94%. Отримані дані свідчать про те, що в результаті дії гену відмічаються менш виражені атеросклеротичні зміни.

В групі лікованих тварин, порівняно із тваринами 2-ї групи, зменшилась абсолютна маса серця на 6,72%, абсолютна маса ЛШ на 2,71% та ПШ на 9,38%, збільшується питома маса ПШ на 1,62%, індекс питомої маси на 2,08%, зменшується площа правої поверхні МШП на 9,7% та площа лівої поверхні МШП на 5,6%. Лікування призводить до нормалізації таких показників як: планіметричний індекс, індекс Фултона.

Висновок: застосування атерогенної дієти призвело до структурної перебудови серця: відмічаються негативні зміни як гравіметричних, так і планіметричних показників. В групах тварин, яким вводили ген апоЕ відмічаються позитивні результати.

**УДК: 15:613.95:612.654:616.8**

## **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

**Мруг О.Ф.**

Кафедра психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У сучасній вітчизняній психології, психіатрії та нейропсихології відхилення у психічному розвитку дитини сприймаються, насамперед, як результат того чи іншого ушкодження мозкового субстрату, слідом за яким виникають відхилення в особистісному розвитку як реакція на порушення психічних процесів.

Порушення поведінки у дітей спостерігаються в дошкільному віці у 37% хлопчиків і 29% дівчаток. У хлопчиків діагностується підвищена збудливість, некерованість, розгальмованість в поєднанні з агресивністю, конфліктністю. У дівчаток переважають лякливність, образливість, плаксивість.

За даними дитячого відділення психіатричної лікарні ім.Ющенка з органічними афективними розладами було госпіталізовано 41 хлопчик і 15 дівчаток, з них 53 віком до 14 років і 3 до 16 років; з емоційно-лабільними розладами - 5 хлопчиків і 2 дівчинки, з них 3 віком до 14 років і 4 до 16 років.

Розрізняють дві групи дефектів: 1) первинний - часткові чи загальні порушення ЦНС, невідповідність рівня розвитку віковій нормі; 2) вторинний дефект полягає в процесі розвитку дитини з порушенням психофізичного розвитку, коли соціальне оточення детермінує відхилення в особистісному розвитку.

Механізми виникнення дефектів: 1) вторинного недорозвитку зазнають функції, які безпосередньо пов'язані з ушкодженням; 2) вторинний недорозвиток характерний і для тих функцій, які під час ушкодження були в сенситивному періоді розвитку, внаслідок чого різні шкідливі фактори можуть давати подібні результати; 3) найважливішим фактором виникнення вторинного недорозвитку є соціальна депривація.

Особистісні реакції на первинний дефект у групі вроджених дефектів: ігнорування, яке часто трапляється при олігофренії і, яке пов'язане з недостатністю мислення та недостатньою критичністю щодо своєї діяльності.

Витиснення, яке належить до невротичного типу реагування на дефект і проявляється у свідомому невизнанні його існування при істотному підсвідомому конфлікті, накопиченні негативних емоцій. Компенсація: відбувається усвідомлення дефекту та заміщення втраченої функції за рахунок більш збережених.

як планіметричних, так і вагових показників. Так, площа стінки ЛШ у тварин з атеросклерозом перевищує даний показник у інтактних тварин на 5,23%, а площа стінки ПШ збільшується на 15,4% порівняно з аналогічним показником інтактною групою. Зростання даних показників свідчить про наявність об'ємного навантаження на серце і, як наслідок, виникнення дилатації його порожнин. Також зазнають змін і гравіметричні показники морфометрії. Так, абсолютна маса серця у тварин з експериментальним атеросклерозом складає  $728,88 \pm 24,80$  мг, що на 3,75% більше, ніж у тварин інтактною групою. Абсолютна маса ЛШ зростає на 7,12%, а абсолютна маса ПШ - на 4,73% в порівнянні з групою інтактних тварин. Відповідно питома маса ЛШ у тварин з експериментальним атеросклерозом зростає на 2,38%, але питома маса ПШ зменшується на 3,6%. Індекс Фултона збільшується на 2,49% порівняно з інтактною групою, площа лівої поверхні МШП збільшується на 2,6%. Такі зміни вказаних показників свідчать про гіпертрофію окремих частин міокарда, в більшій ступені лівого шлуночка, а також розширення камер серця та зменшення кількості функціонально здатної тканини міокарда на одиницю площі. Отримані дані аналогічні даним Р.П.Піскун, Т.І.Шевчук (2005).

У тварин профілактичної групи, в порівнянні з тваринами з експериментальним атеросклерозом без корекції, зменшились абсолютна маса серця на 3,68%, абсолютні маси ЛШ та ПШ відповідно на 5,01% і на 5,05%. Питома маса ЛШ зменшилась на 2,71%, а питома маса ПШ збільшилась на 4,06% в порівнянні з групою тварин з експериментальним атеросклерозом. В даній групі відмічаються зміни планіметричних показників. Так, зменшились площі стінок ЛШ та ПШ, планіметричний індекс та збільшилась площа правої поверхні МШП на 7,32%, а лівої зменшилась на 5,94%. Отримані дані свідчать про те, що в результаті дії гену відмічаються менш виражені атеросклеротичні зміни.

В групі лікованих тварин, порівняно із тваринами 2-ї групи, зменшилась абсолютна маса серця на 6,72%, абсолютна маса ЛШ на 2,71% та ПШ на 9,38%, збільшується питома маса ПШ на 1,62%, індекс питомої маси на 2,08%, зменшується площа правої поверхні МШП на 9,7% та площа лівої поверхні МШП на 5,6%. Лікування призводить до нормалізації таких показників як: планіметричний індекс, індекс Фултона.

Висновок: застосування атерогенної дієти призвело до структурної перебудови серця: відмічаються негативні зміни як гравіметричних, так і планіметричних показників. В групах тварин, яким вводили ген апоЕ відмічаються позитивні результати.

**УДК: 15:613.95:612.654:616.8**

## **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

**Мруг О.Ф.**

Кафедра психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У сучасній вітчизняній психології, психіатрії та нейропсихології відхилення у психічному розвитку дитини сприймаються, насамперед, як результат того чи іншого ушкодження мозкового субстрату, слідом за яким виникають відхилення в особистісному розвитку як реакція на порушення психічних процесів.

Порушення поведінки у дітей спостерігаються в дошкільному віці у 37% хлопчиків і 29% дівчаток. У хлопчиків діагностується підвищена збудливість, некерованість, розгальмованість в поєднанні з агресивністю, конфліктністю. У дівчаток переважають лякливність, образливість, плаксивість.

За даними дитячого відділення психіатричної лікарні ім.Ющенка з органічними афективними розладами було госпіталізовано 41 хлопчик і 15 дівчаток, з них 53 віком до 14 років і 3 до 16 років; з емоційно-лабільними розладами - 5 хлопчиків і 2 дівчинки, з них 3 віком до 14 років і 4 до 16 років.

Розрізняють дві групи дефектів: 1) первинний - часткові чи загальні порушення ЦНС, невідповідність рівня розвитку віковій нормі; 2) вторинний дефект полягає в процесі розвитку дитини з порушенням психофізичного розвитку, коли соціальне оточення детермінує відхилення в особистісному розвитку.

Механізми виникнення дефектів: 1) вторинного недорозвитку зазнають функції, які безпосередньо пов'язані з ушкодженням; 2) вторинний недорозвиток характерний і для тих функцій, які під час ушкодження були в сенситивному періоді розвитку, внаслідок чого різні шкідливі фактори можуть давати подібні результати; 3) найважливішим фактором виникнення вторинного недорозвитку є соціальна депривація.

Особистісні реакції на первинний дефект у групі вроджених дефектів: ігнорування, яке часто трапляється при олігофренії і, яке пов'язане з недостатністю мислення та недостатньою критичністю щодо своєї діяльності.

Витиснення, яке належить до невротичного типу реагування на дефект і проявляється у свідомому невизнанні його існування при істотному підсвідомому конфлікті, накопиченні негативних емоцій. Компенсація: відбувається усвідомлення дефекту та заміщення втраченої функції за рахунок більш збережених.

Гіперкомпенсація: посилений розвиток функції, що збереглася, який поєднується з прагненням довести, що дефект не викликає будь-яких проблем.

Астенічна - призводить до зниження рівня зусиль, низької самооцінки, фіксації та усвідомлення своєї неповноцінності.

Пропущені сенситивні періоди в навчанні та вихованні ведуть до поглиблення явищ недорозвитку в підлітковому віці, коли вже не сам первинний дефект, а явища вторинного недорозвитку й особистісні реакції на цей стан призводять до виражених явищ порушень соціальної адаптації.

---

**УДК: 616.5:616-001.17:617.51**

## **МЕТОДИКА РАНЬОЇ НЕКРЕКТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ДЕРМАЛЬНИХ ОПІКІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

**Нагайчук В.В.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Лікування хворих з опіками в плані естетичних результатів залишається складною проблемою сучасної хірургії. При поверхневих опіках обличчя та шиї є підвищений нахил до утворення гіпертрофічних рубців (Ш.Р.Гуруков, 2005). Тривалість та складність лікування опіків даної локалізації, не завжди задовільні результати, змушують шукати нові підходи до лікування цієї групи хворих (Н.Л.Короткова, С.Н.Чернишов, 2005). В основі традиційного методу лікування лежить самостійне відторгнення некрозу, тривале очищення ран та їх самостійна епітелізація. Разом з тим, чим раніше відновлений шкірний покрив, тим менше умов для формування і росту грануляцій та утворення на їх основі грубих деформуючих рубців.

Метою нашого дослідження є покращення естетичних та функціональних результатів лікування потерпілих з дермальними опіками голови та шиї шляхом впровадження методики ранньої некректомії із закриттям ран ксенодермотрансплантатами. Нами розроблена слідуєча тактика лікування. На 2-3 добу після травми проводимо видалення некротичного струпу методом дермабразії до кров'яної роси. В якості інструменту вважаємо доцільним використовувати хірургічний скальпель, тримаючи його робочою частиною перпендикулярно опіковій поверхні. Некротичні тканини видаляємо швидкими, але обережними дотичними рухами пошарово. Після проведення гемостазу закриваємо рани ксенодермотрансплантатами.

Задачі роботи: розробити методику ранньої некректомії в ділянці голови та шиї з урахуванням різної товщини та рельєфності шкіри; визначити оптимальні терміни оперативного лікування дермальних опіків голови та шиї; вивчити вплив раннього оперативного лікування дермальних опіків голови та шиї на естетичні та функціональні результати.

Рання некректомія проведена 49 пацієнтам з дермальними опіками голови та шиї. В процесі лікування велось клінічне спостереження та загальноприйняте лабораторне обстеження. Результати лікування були піддані порівняльному аналізу. Застосування ранньої некректомії з закриттям ран ксенодермотрансплантатами дало можливість вже на наступний день після операції значно поліпшити загальний стан хворих, зменшити набряки тканин, поліпшити дихання, зупинити плазмовтрату через опікові поверхні, нормалізувати сон та апетит, зняти больовий синдром. Уже через добу після операції ксеношкіра була добре фіксована на ранах. Через декілька днів відмічались перші ознаки епітелізації, росту грануляцій в рані та ексудативних процесів не спостерігалось. Температура тіла в основній групі нормалізувалась на 6-7 день після операції. Епітелізація проходила на 6-7 днів швидше, колір опікових полів був розовим, а післяопікові рубці були або відсутніми через 6 місяців після виписки із стаціонару, або підіймались над рівнем шкіри не більше 1 мм. У хворих, пролікованих консервативним методом, колір післяопікових полів був цианотичний, а гіпертрофічні рубці здіймались на 3-9 мм над рівнем шкіри.

Висновки: 1. Використання запропонованої методики ранньої некректомії дає можливість застосовувати ранне оперативне лікування дермальних опіків в ділянці голови та шиї. 2. Раннє оперативне лікування, проведене на 2-3 добу після травми, значно поліпшує естетичні та функціональні результати лікування хворих з дермальними опіками голови та шиї.

---

**УДК: 576.8:617-089.165**

## **ВИВЧЕННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ШОВНИХ І ПЕРЕВ'ЯЗУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ, ІМПРЕГНОВАНИХ АНТИСЕПТИКАМИ**

**Назарчук О.А.**

Гіперкомпенсація: посилений розвиток функції, що збереглася, який поєднується з прагненням довести, що дефект не викликає будь-яких проблем.

Астенічна - призводить до зниження рівня зусиль, низької самооцінки, фіксації та усвідомлення своєї неповноцінності.

Пропущені сенситивні періоди в навчанні та вихованні ведуть до поглиблення явищ недорозвитку в підлітковому віці, коли вже не сам первинний дефект, а явища вторинного недорозвитку й особистісні реакції на цей стан призводять до виражених явищ порушень соціальної адаптації.

---

**УДК: 616.5:616-001.17:617.51**

## **МЕТОДИКА РАНЬОЇ НЕКРЕКТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ДЕРМАЛЬНИХ ОПІКІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

**Нагайчук В.В.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Лікування хворих з опіками в плані естетичних результатів залишається складною проблемою сучасної хірургії. При поверхневих опіках обличчя та шиї є підвищений нахил до утворення гіпертрофічних рубців (Ш.Р.Гуруков, 2005). Тривалість та складність лікування опіків даної локалізації, не завжди задовільні результати, змушують шукати нові підходи до лікування цієї групи хворих (Н.Л.Короткова, С.Н.Чернишов, 2005). В основі традиційного методу лікування лежить самостійне відторгнення некрозу, тривале очищення ран та їх самостійна епітелізація. Разом з тим, чим раніше відновлений шкірний покрив, тим менше умов для формування і росту грануляцій та утворення на їх основі грубих деформуючих рубців.

Метою нашого дослідження є покращення естетичних та функціональних результатів лікування потерпілих з дермальними опіками голови та шиї шляхом впровадження методики ранньої некректомії із закриттям ран ксенодермотрансплантатами. Нами розроблена слідуєча тактика лікування. На 2-3 добу після травми проводимо видалення некротичного струпу методом дермабразії до кров'яної роси. В якості інструменту вважаємо доцільним використовувати хірургічний скальпель, тримаючи його робочою частиною перпендикулярно опіковій поверхні. Некротичні тканини видаляємо швидкими, але обережними дотичними рухами пошарово. Після проведення гемостазу закриваємо рани ксенодермотрансплантатами.

Задачі роботи: розробити методику ранньої некректомії в ділянці голови та шиї з урахуванням різної товщини та рельєфності шкіри; визначити оптимальні терміни оперативного лікування дермальних опіків голови та шиї; вивчити вплив раннього оперативного лікування дермальних опіків голови та шиї на естетичні та функціональні результати.

Рання некректомія проведена 49 пацієнтам з дермальними опіками голови та шиї. В процесі лікування велось клінічне спостереження та загальноприйняте лабораторне обстеження. Результати лікування були піддані порівняльному аналізу. Застосування ранньої некректомії з закриттям ран ксенодермотрансплантатами дало можливість вже на наступний день після операції значно поліпшити загальний стан хворих, зменшити набряки тканин, поліпшити дихання, зупинити плазмовтрату через опікові поверхні, нормалізувати сон та апетит, зняти больовий синдром. Уже через добу після операції ксеношкіра була добре фіксована на ранах. Через декілька днів відмічались перші ознаки епітелізації, росту грануляцій в рані та ексудативних процесів не спостерігалось. Температура тіла в основній групі нормалізувалась на 6-7 день після операції. Епітелізація проходила на 6-7 днів швидше, колір опікових полів був розовим, а післяопікові рубці були або відсутніми через 6 місяців після виписки із стаціонару, або підіймались над рівнем шкіри не більше 1 мм. У хворих, пролікованих консервативним методом, колір післяопікових полів був цианотичний, а гіпертрофічні рубці здіймались на 3-9 мм над рівнем шкіри.

Висновки: 1. Використання запропонованої методики ранньої некректомії дає можливість застосовувати ранне оперативне лікування дермальних опіків в ділянці голови та шиї. 2. Раннє оперативне лікування, проведене на 2-3 добу після травми, значно поліпшує естетичні та функціональні результати лікування хворих з дермальними опіками голови та шиї.

---

**УДК: 576.8:617-089.165**

## **ВИВЧЕННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ШОВНИХ І ПЕРЕВ'ЯЗУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ, ІМПРЕГНОВАНИХ АНТИСЕПТИКАМИ**

**Назарчук О.А.**

Гіперкомпенсація: посилений розвиток функції, що збереглася, який поєднується з прагненням довести, що дефект не викликає будь-яких проблем.

Астенічна - призводить до зниження рівня зусиль, низької самооцінки, фіксації та усвідомлення своєї неповноцінності.

Пропущені сенситивні періоди в навчанні та вихованні ведуть до поглиблення явищ недорозвитку в підлітковому віці, коли вже не сам первинний дефект, а явища вторинного недорозвитку й особистісні реакції на цей стан призводять до виражених явищ порушень соціальної адаптації.

---

**УДК: 616.5:616-001.17:617.51**

## **МЕТОДИКА РАНЬОЇ НЕКРЕКТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ДЕРМАЛЬНИХ ОПІКІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

**Нагайчук В.В.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Лікування хворих з опіками в плані естетичних результатів залишається складною проблемою сучасної хірургії. При поверхневих опіках обличчя та шиї є підвищений нахил до утворення гіпертрофічних рубців (Ш.Р.Гуруков, 2005). Тривалість та складність лікування опіків даної локалізації, не завжди задовільні результати, змушують шукати нові підходи до лікування цієї групи хворих (Н.Л.Короткова, С.Н.Чернишов, 2005). В основі традиційного методу лікування лежить самостійне відторгнення некрозу, тривале очищення ран та їх самостійна епітелізація. Разом з тим, чим раніше відновлений шкірний покрив, тим менше умов для формування і росту грануляцій та утворення на їх основі грубих деформуючих рубців.

Метою нашого дослідження є покращення естетичних та функціональних результатів лікування потерпілих з дермальними опіками голови та шиї шляхом впровадження методики ранньої некректомії із закриттям ран ксенодермотрансплантатами. Нами розроблена слідуєча тактика лікування. На 2-3 добу після травми проводимо видалення некротичного струпу методом дермабразії до кров'яної роси. В якості інструменту вважаємо доцільним використовувати хірургічний скальпель, тримаючи його робочою частиною перпендикулярно опіковій поверхні. Некротичні тканини видаляємо швидкими, але обережними дотичними рухами пошарово. Після проведення гемостазу закриваємо рани ксенодермотрансплантатами.

Задачі роботи: розробити методику ранньої некректомії в ділянці голови та шиї з урахуванням різної товщини та рельєфності шкіри; визначити оптимальні терміни оперативного лікування дермальних опіків голови та шиї; вивчити вплив раннього оперативного лікування дермальних опіків голови та шиї на естетичні та функціональні результати.

Рання некректомія проведена 49 пацієнтам з дермальними опіками голови та шиї. В процесі лікування велось клінічне спостереження та загальноприйняте лабораторне обстеження. Результати лікування були піддані порівняльному аналізу. Застосування ранньої некректомії з закриттям ран ксенодермотрансплантатами дало можливість вже на наступний день після операції значно поліпшити загальний стан хворих, зменшити набряки тканин, поліпшити дихання, зупинити плазмовтрату через опікові поверхні, нормалізувати сон та апетит, зняти больовий синдром. Уже через добу після операції ксеношкіра була добре фіксована на ранах. Через декілька днів відмічались перші ознаки епітелізації, росту грануляцій в рані та ексудативних процесів не спостерігалось. Температура тіла в основній групі нормалізувалась на 6-7 день після операції. Епітелізація проходила на 6-7 днів швидше, колір опікових полів був розовим, а післяопікові рубці були або відсутніми через 6 місяців після виписки із стаціонару, або підіймались над рівнем шкіри не більше 1 мм. У хворих, пролікованих консервативним методом, колір післяопікових полів був цианотичний, а гіпертрофічні рубці здіймались на 3-9 мм над рівнем шкіри.

Висновки: 1. Використання запропонованої методики ранньої некректомії дає можливість застосовувати ранне оперативне лікування дермальних опіків в ділянці голови та шиї. 2. Раннє оперативне лікування, проведене на 2-3 добу після травми, значно поліпшує естетичні та функціональні результати лікування хворих з дермальними опіками голови та шиї.

---

**УДК: 576.8:617-089.165**

## **ВИВЧЕННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ШОВНИХ І ПЕРЕВ'ЯЗУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ, ІМПРЕГНОВАНИХ АНТИСЕПТИКАМИ**

**Назарчук О.А.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед багатьох існуючих методів профілактики і лікування ранової інфекції вагоме місце займає застосування перев'язувального матеріалу. Важливо правильно вибрати перев'язувальний матеріал. Для забезпечення необхідної профілактичної або лікувальної дії ранове покриття повинне дренувати ранову поверхню, підтримувати оптимальний мікроклімат. Зусилля вчених зосередженні на проблемі надання перев'язувальним матеріалам додаткових лікувальних властивостей шляхом введення в текстильний матеріал лікарських препаратів. Імпрегнований препарат має здійснювати тривалу дію із забезпеченням пролонгованого лікувального ефекту перев'язувального матеріалу, що зменшить потребу в частих перев'язках та прискорить загоєння ран. Такі перев'язувальні матеріали є не тільки механічним бар'єром, який попереджає потрапляння мікроорганізмів в рану з оточуючого середовища, але й зумовлюють лікувально-профілактичну дію.

*Мета роботи* - визначити бактеріостатичну та бактерицидну концентрації хлоргексидину та декаметоксину, що можуть бути застосовані для імпрегнації перев'язувальних засобів.

В даному дослідженні визначали бактерицидну та бактеріостатичну концентрацію препаратів хлоргексидину та декаметоксину щодо штамів стафілокока (31, 24, 72, 2289, 25316) методом серійних розведень.

Як результат дослідження, були отримані наступні дані. Бактеріостатична концентрація хлоргексидину становила 0,49 мкг/мл для штамів 31, 24, 72, 25316 і 0,24 мкг/мл для 2289; для декаметоксину вона становила 0,24 мкг/мл для штамів 72 і 25316, 0,12 мкг/мл для 24-го, 3,9 мкг/мл для 31-го та 0,98 мкг/мл для 2289-го штаму. Бактерицидна концентрація хлоргексидину становила 0,98 мкг/мл для штамів 24, 72, 25316, 1,9 мкг/мл для 31-го і 3,9 мкг/мл для 2289-го штаму; у випадку декаметоксину були наступні результати: 0,48 мкг/мл для штамів 72 і 25316, 7,8 мкг/мл для 31-го, 0,24 мкг/мл для 24-го, 1,9 мкг/мл для 2289-го штаму.

*Висновок:* наведені дані свідчать, що в результаті проведеного дослідження декаметоксин показав кращу бактеріостатичну і ще більш виражену бактерицидну дію в порівнянні із хлоргексидином, що проявлялося нижчими відповідними концентраціями декаметоксину. Можна прогнозувати, що оброблений декаметоксином перев'язувальний матеріал буде мати кращий протимікробний ефект в порівнянні з хлоргексидином.

**УДК:** 616.248:615.015

## **БРОНХІАЛЬНА АСТМА В СВІТЛІ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

*Овчарук М.В.*

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Бронхіальна астма є економічним тягарем для багатьох розвинених країн світу та для України зокрема. *Метою* даної роботи став аналіз витрат як держави, так і пацієнтів, що пов'язані з бронхіальною астмою та її тяжкими загостреннями. Встановлено, що частка коштів, виділених на безкоштовні рецепти зменшилась з 4% в попередні роки до 2,5% в 2007 році, в той час як рівень захворюваності залишається незмінним, а первинна захворюваність збільшилась на 46 випадків. Витрати на виклики швидкої допомоги в 2003 році склали 127, 530 тис. грн., а в 2007 році ця цифра збільшилась майже вдвічі і склала 285,573 тис. грн. Доходи хворих, що 4 і більше разів на рік викликають швидку допомогу становлять до 500 грн. у 72,0% хворих і лише 28,0% вказали на прибуток від 500 до 1000 грн. На лікування астми 33% витрачають до 100 грн., 43% від 100 до 200 грн. на місяць. Вартість базисної терапії необхідної таким хворим коливається від 46 до 850 грн. на місяць в залежності від тяжкості перебігу.

*Висновок:* наведені дані свідчать про те, що фінансування диспансерної групи повинно проводитись з урахуванням епідеміологічних даних, з урахуванням інфляційних процесів в державі та з урахуванням особливостей перебігу захворювання у різних контингентів хворих.

**УДК:** 007:614.211/.215:616.831-005

## **ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Олійник І.В.*

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)



Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед багатьох існуючих методів профілактики і лікування ранової інфекції вагоме місце займає застосування перев'язувального матеріалу. Важливо правильно вибрати перев'язувальний матеріал. Для забезпечення необхідної профілактичної або лікувальної дії ранове покриття повинне дренувати ранову поверхню, підтримувати оптимальний мікроклімат. Зусилля вчених зосередженні на проблемі надання перев'язувальним матеріалам додаткових лікувальних властивостей шляхом введення в текстильний матеріал лікарських препаратів. Імпрегнований препарат має здійснювати тривалу дію із забезпеченням пролонгованого лікувального ефекту перев'язувального матеріалу, що зменшить потребу в частих перев'язках та прискорить загоєння ран. Такі перев'язувальні матеріали є не тільки механічним бар'єром, який попереджає потрапляння мікроорганізмів в рану з оточуючого середовища, але й зумовлюють лікувально-профілактичну дію.

*Мета роботи* - визначити бактеріостатичну та бактерицидну концентрації хлоргексидину та декаметоксину, що можуть бути застосовані для імпрегнації перев'язувальних засобів.

В даному дослідженні визначали бактерицидну та бактеріостатичну концентрацію препаратів хлоргексидину та декаметоксину щодо штамів стафілокока (31, 24, 72, 2289, 25316) методом серійних розведень.

Як результат дослідження, були отримані наступні дані. Бактеріостатична концентрація хлоргексидину становила 0,49 мкг/мл для штамів 31, 24, 72, 25316 і 0,24 мкг/мл для 2289; для декаметоксину вона становила 0,24 мкг/мл для штамів 72 і 25316, 0,12 мкг/мл для 24-го, 3,9 мкг/мл для 31-го та 0,98 мкг/мл для 2289-го штаму. Бактерицидна концентрація хлоргексидину становила 0,98 мкг/мл для штамів 24, 72, 25316, 1,9 мкг/мл для 31-го і 3,9 мкг/мл для 2289-го штаму; у випадку декаметоксину були наступні результати: 0,48 мкг/мл для штамів 72 і 25316, 7,8 мкг/мл для 31-го, 0,24 мкг/мл для 24-го, 1,9 мкг/мл для 2289-го штаму.

*Висновок:* наведені дані свідчать, що в результаті проведеного дослідження декаметоксин показав кращу бактеріостатичну і ще більш виражену бактерицидну дію в порівнянні із хлоргексидином, що проявлялося нижчими відповідними концентраціями декаметоксину. Можна прогнозувати, що оброблений декаметоксином перев'язувальний матеріал буде мати кращий протимікробний ефект в порівнянні з хлоргексидином.

**УДК:** 616.248:615.015

## **БРОНХІАЛЬНА АСТМА В СВІТЛІ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

*Овчарук М.В.*

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Бронхіальна астма є економічним тягарем для багатьох розвинених країн світу та для України зокрема. *Метою* даної роботи став аналіз витрат як держави, так і пацієнтів, що пов'язані з бронхіальною астмою та її тяжкими загостреннями. Встановлено, що частка коштів, виділених на безкоштовні рецепти зменшилась з 4% в попередні роки до 2,5% в 2007 році, в той час як рівень захворюваності залишається незмінним, а первинна захворюваність збільшилась на 46 випадків. Витрати на виклики швидкої допомоги в 2003 році склали 127, 530 тис. грн., а в 2007 році ця цифра збільшилась майже вдвічі і склала 285,573 тис. грн. Доходи хворих, що 4 і більше разів на рік викликають швидку допомогу становлять до 500 грн. у 72,0% хворих і лише 28,0% вказали на прибуток від 500 до 1000 грн. На лікування астми 33% витрачають до 100 грн., 43% від 100 до 200 грн. на місяць. Вартість базисної терапії необхідної таким хворим коливається від 46 до 850 грн. на місяць в залежності від тяжкості перебігу.

*Висновок:* наведені дані свідчать про те, що фінансування диспансерної групи повинно проводитись з урахуванням епідеміологічних даних, з урахуванням інфляційних процесів в державі та з урахуванням особливостей перебігу захворювання у різних контингентів хворих.

**УДК:** 007:614.211/.215:616.831-005

## **ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Олійник І.В.*

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед багатьох існуючих методів профілактики і лікування ранової інфекції вагоме місце займає застосування перев'язувального матеріалу. Важливо правильно вибрати перев'язувальний матеріал. Для забезпечення необхідної профілактичної або лікувальної дії ранове покриття повинне дренувати ранову поверхню, підтримувати оптимальний мікроклімат. Зусилля вчених зосередженні на проблемі надання перев'язувальним матеріалам додаткових лікувальних властивостей шляхом введення в текстильний матеріал лікарських препаратів. Імпрегнований препарат має здійснювати тривалу дію із забезпеченням пролонгованого лікувального ефекту перев'язувального матеріалу, що зменшить потребу в частих перев'язках та прискорить загоєння ран. Такі перев'язувальні матеріали є не тільки механічним бар'єром, який попереджає потрапляння мікроорганізмів в рану з оточуючого середовища, але й зумовлюють лікувально-профілактичну дію.

*Мета роботи* - визначити бактеріостатичну та бактерицидну концентрації хлоргексидину та декаметоксину, що можуть бути застосовані для імпрегнації перев'язувальних засобів.

В даному дослідженні визначали бактерицидну та бактеріостатичну концентрацію препаратів хлоргексидину та декаметоксину щодо штамів стафілокока (31, 24, 72, 2289, 25316) методом серійних розведень.

Як результат дослідження, були отримані наступні дані. Бактеріостатична концентрація хлоргексидину становила 0,49 мкг/мл для штамів 31, 24, 72, 25316 і 0,24 мкг/мл для 2289; для декаметоксину вона становила 0,24 мкг/мл для штамів 72 і 25316, 0,12 мкг/мл для 24-го, 3,9 мкг/мл для 31-го та 0,98 мкг/мл для 2289-го штаму. Бактерицидна концентрація хлоргексидину становила 0,98 мкг/мл для штамів 24, 72, 25316, 1,9 мкг/мл для 31-го і 3,9 мкг/мл для 2289-го штаму; у випадку декаметоксину були наступні результати: 0,48 мкг/мл для штамів 72 і 25316, 7,8 мкг/мл для 31-го, 0,24 мкг/мл для 24-го, 1,9 мкг/мл для 2289-го штаму.

*Висновок:* наведені дані свідчать, що в результаті проведеного дослідження декаметоксин показав кращу бактеріостатичну і ще більш виражену бактерицидну дію в порівнянні із хлоргексидином, що проявлялося нижчими відповідними концентраціями декаметоксину. Можна прогнозувати, що оброблений декаметоксином перев'язувальний матеріал буде мати кращий протимікробний ефект в порівнянні з хлоргексидином.

**УДК:** 616.248:615.015

## **БРОНХІАЛЬНА АСТМА В СВІТЛІ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

*Овчарук М.В.*

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Бронхіальна астма є економічним тягарем для багатьох розвинених країн світу та для України зокрема. *Метою* даної роботи став аналіз витрат як держави, так і пацієнтів, що пов'язані з бронхіальною астмою та її тяжкими загостреннями. Встановлено, що частка коштів, виділених на безкоштовні рецепти зменшилась з 4% в попередні роки до 2,5% в 2007 році, в той час як рівень захворюваності залишається незмінним, а первинна захворюваність збільшилась на 46 випадків. Витрати на виклики швидкої допомоги в 2003 році склали 127, 530 тис. грн., а в 2007 році ця цифра збільшилась майже вдвічі і склала 285,573 тис. грн. Доходи хворих, що 4 і більше разів на рік викликають швидку допомогу становлять до 500 грн. у 72,0% хворих і лише 28,0% вказали на прибуток від 500 до 1000 грн. На лікування астми 33% витрачають до 100 грн., 43% від 100 до 200 грн. на місяць. Вартість базисної терапії необхідної таким хворим коливається від 46 до 850 грн. на місяць в залежності від тяжкості перебігу.

*Висновок:* наведені дані свідчать про те, що фінансування диспансерної групи повинно проводитись з урахуванням епідеміологічних даних, з урахуванням інфляційних процесів в державі та з урахуванням особливостей перебігу захворювання у різних контингентів хворих.

**УДК:** 007:614.211/.215:616.831-005

## **ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Олійник І.В.*

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Мозковий інсульт (МІ) та його соціально-медичні наслідки є актуальною соціально-медичною проблемою в Україні. На думку багатьох фахівців, на теперішній час в нашій державі все більшого значення набувають організаційні заходи, які можуть істотно підвищити рівень допомоги хворим з таким важким захворюванням як МІ, зберегти їх життя, покращити його якість та зменшити рівень інвалідизації.

У Вінницькій області догоспітальну допомогу хворим з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) забезпечують в основному бригади швидкої медичної допомоги (ШМД), в сільській місцевості - часто фахівці первинної медико-санітарної ланки. Рекомендації міжнародних спеціалізованих організацій свідчать також, що лікування таких хворих в перші 5-7 діб хвороби необхідно здійснювати в спеціалізованих відділеннях (центрах) судинної неврології, інсультних блоках. У нашому регіоні в структурі Вінницької обласної психоневрологічної лікарні (ВОПНЛ) функціонує обласний консультативно-діагностичний, лікувальний і організаційно-методичний центр з надання допомоги хворим з ГПМК, працюючий в режимі цілодобової ургентної допомоги. До складу центру входять відділення судинної неврології (60 ліжок), спеціалізоване інсультне (15 ліжок) та нейрохірургічне відділення (60 ліжок). Центр працює у тісній взаємодії з іншими структурними складовими базового закладу, що забезпечує концентрацію основних ресурсів, їх більш раціональне використання, повне обстеження хворих, залучення до консультативної допомоги мультидисциплінарної бригади фахівців, мобільне переведення пацієнтів з одного типу відділення в інше. Але в умовах значної захворюваності на ГПМК значна частина хворих залишаються лікуватися за місцем проживання. Оптимальною в таких умовах є госпіталізація у реанімаційні та неврологічні відділення ЦРЛ.

Ще одним важливим завданням для цієї категорії хворих є ранній початок реабілітаційних заходів. У нашому регіоні хворі з МІ мають змогу пройти періодичні курси відновного лікування у відділенні судинної неврології ВОПНЛ, науково-дослідному інституті реабілітації інвалідів, у спеціалізованому реабілітаційному відділенні санаторію "Хмільник" м. Хмільник.

Подальше диспансерне спостереження за хворими з МІ передбачає адекватні і своєчасні заходи з вторинної та третинної профілактики. Його належна організація можлива тільки за умови успішної взаємодії сімейного лікаря (дільничного терапевта) та невролога.

Як певний позитив і наслідок інтегрованої діяльності медичних служб регіону можна вважати нижчі показники стаціонарної летальності при ГПМК у Вінницькій області (12-14%) порівняно із середньостатистичними даними України в цілому, тенденцію до стабілізації протягом останніх років показників захворюваності та смертності внаслідок МІ.

**УДК:** 325.1/.3:616-084-08:616.831-005.1

## **ОБІЗНАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ В ПИТАННЯХ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ**

**Олійник І.В., Довгалюк Т.Л.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

В Україні кожного року реєструють до 110-120 тис. МІ, приблизно кожних 4 хвилини фіксується новий випадок ГПМК, що має суттєвий вплив на тривалість та якість життя населення. Протягом останніх років більшості розвинутих країн світу вдалося зменшити показники захворюваності, смертності та інвалідності. Ці успіхи в значній мірі обумовлені популяризацією основ здорового способу життя, поширенням інформації серед населення про МІ як ургентний стан, що вимагає швидких і рішучих дій.

Ми вирішили вивчити рівень обізнаності населення Вінницької області з питань профілактики і лікування ГПМК. Нами було запропоновано анонімне опитування із використанням спеціально розробленої програми 632 жителям Вінницької області. погодилися на участь у дослідженні 502 особи. Вибір одиниць спостереження відбувався методом випадкового відбору. За віковим розподілом найбільшу частку серед опитаних (46,2%) склали особи віком 18-29 років, за місцем проживання: 50,2% склали жителі міст і 49,8% - жителі сільської місцевості. Переважна частина респондентів були особи жіночої статі (63,9%), понад половину опитаних склали особи із вищою та неповною вищою освітою - 56,6%.

Відповідно до отриманих результатів, лише 44% респондентів правильно вказали на головний мозок як основний орган-мішень при МІ. Щонайменше один фактор ризику виникнення ГПМК було названо 35% опитаними правильно, ще третина респондентів правильно вказала 2 фактори ризику і лише 9,8% змогли назвати 3 і більше факторів ризику МІ. Серед основних факторів ризику респонденти з міської місцевості вказали на підвищений артеріальний тиск (АТ) - в 28,9% випадків, стреси - в 22,2%, 16% відмітили як фактори ризику паління та зловживання алкоголем. Респонденти з сільської місцевості перевагу віддали в 36,1% випадках стресовим ситуаціям, шкідливим звичкам - 12,3%, на підвищений АТ як фактор ризику вказали лише 11,5% опитаних осіб. Загалом приблизно кожний 10-й респондент міста не зміг вказати правильно жодного фактору ризику МІ і кожний 5-й в

Мозковий інсульт (МІ) та його соціально-медичні наслідки є актуальною соціально-медичною проблемою в Україні. На думку багатьох фахівців, на теперішній час в нашій державі все більшого значення набувають організаційні заходи, які можуть істотно підвищити рівень допомоги хворим з таким важким захворюванням як МІ, зберегти їх життя, покращити його якість та зменшити рівень інвалідизації.

У Вінницькій області догоспітальну допомогу хворим з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) забезпечують в основному бригади швидкої медичної допомоги (ШМД), в сільській місцевості - часто фахівці первинної медико-санітарної ланки. Рекомендації міжнародних спеціалізованих організацій свідчать також, що лікування таких хворих в перші 5-7 діб хвороби необхідно здійснювати в спеціалізованих відділеннях (центрах) судинної неврології, інсультних блоках. У нашому регіоні в структурі Вінницької обласної психоневрологічної лікарні (ВОПНЛ) функціонує обласний консультативно-діагностичний, лікувальний і організаційно-методичний центр з надання допомоги хворим з ГПМК, працюючий в режимі цілодобової ургентної допомоги. До складу центру входять відділення судинної неврології (60 ліжок), спеціалізоване інсультне (15 ліжок) та нейрохірургічне відділення (60 ліжок). Центр працює у тісній взаємодії з іншими структурними складовими базового закладу, що забезпечує концентрацію основних ресурсів, їх більш раціональне використання, повне обстеження хворих, залучення до консультативної допомоги мультидисциплінарної бригади фахівців, мобільне переведення пацієнтів з одного типу відділення в інше. Але в умовах значної захворюваності на ГПМК значна частина хворих залишаються лікуватися за місцем проживання. Оптимальною в таких умовах є госпіталізація у реанімаційні та неврологічні відділення ЦРЛ.

Ще одним важливим завданням для цієї категорії хворих є ранній початок реабілітаційних заходів. У нашому регіоні хворі з МІ мають змогу пройти періодичні курси відновного лікування у відділенні судинної неврології ВОПНЛ, науково-дослідному інституті реабілітації інвалідів, у спеціалізованому реабілітаційному відділенні санаторію "Хмільник" м. Хмільник.

Подальше диспансерне спостереження за хворими з МІ передбачає адекватні і своєчасні заходи з вторинної та третинної профілактики. Його належна організація можлива тільки за умови успішної взаємодії сімейного лікаря (дільничного терапевта) та невролога.

Як певний позитив і наслідок інтегрованої діяльності медичних служб регіону можна вважати нижчі показники стаціонарної летальності при ГПМК у Вінницькій області (12-14%) порівняно із середньостатистичними даними України в цілому, тенденцію до стабілізації протягом останніх років показників захворюваності та смертності внаслідок МІ.

**УДК:** 325.1/.3:616-084-08:616.831-005.1

## **ОБІЗНАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ В ПИТАННЯХ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ**

**Олійник І.В., Довгалюк Т.Л.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

В Україні кожного року реєструють до 110-120 тис. МІ, приблизно кожних 4 хвилини фіксується новий випадок ГПМК, що має суттєвий вплив на тривалість та якість життя населення. Протягом останніх років більшості розвинутих країн світу вдалося зменшити показники захворюваності, смертності та інвалідності. Ці успіхи в значній мірі обумовлені популяризацією основ здорового способу життя, поширенням інформації серед населення про МІ як ургентний стан, що вимагає швидких і рішучих дій.

Ми вирішили вивчити рівень обізнаності населення Вінницької області з питань профілактики і лікування ГПМК. Нами було запропоновано анонімне опитування із використанням спеціально розробленої програми 632 жителям Вінницької області. погодилися на участь у дослідженні 502 особи. Вибір одиниць спостереження відбувався методом випадкового відбору. За віковим розподілом найбільшу частку серед опитаних (46,2%) склали особи віком 18-29 років, за місцем проживання: 50,2% склали жителі міст і 49,8% - жителі сільської місцевості. Переважна частина респондентів були особи жіночої статі (63,9%), понад половину опитаних склали особи із вищою та неповною вищою освітою - 56,6%.

Відповідно до отриманих результатів, лише 44% респондентів правильно вказали на головний мозок як основний орган-мішень при МІ. Щонайменше один фактор ризику виникнення ГПМК було названо 35% опитаними правильно, ще третина респондентів правильно вказала 2 фактори ризику і лише 9,8% змогли назвати 3 і більше факторів ризику МІ. Серед основних факторів ризику респонденти з міської місцевості вказали на підвищений артеріальний тиск (АТ) - в 28,9% випадків, стреси - в 22,2%, 16% відмітили як фактори ризику паління та зловживання алкоголем. Респонденти з сільської місцевості перевагу віддали в 36,1% випадках стресовим ситуаціям, шкідливим звичкам - 12,3%, на підвищений АТ як фактор ризику вказали лише 11,5% опитаних осіб. Загалом приблизно кожний 10-й респондент міста не зміг вказати правильно жодного фактору ризику МІ і кожний 5-й в

сільській місцевості. Про можливу наявність ризик-факторів ГПМК у себе не мали ніякої інформації 37,4% респондентів.

На запитання щодо перших ознак МІ респонденти дали відповідь таким чином: правильно вказали хоча б один із можливих симптомів 24,7% респондентів, 2 симптоми - 23,9%, 3 і більше - 13,8% опитаних. Але була також і досить значною частка (37,6%) тих, хто не зміг назвати жодної з ознак ГПМК. Серед основних відомих для населення симптомів МІ відмічено: різкий головний біль, втрата свідомості, головокружіння, оніміння різних частин тіла, порушення рухів в них.

На запитання "До кого буде Ваше перше звернення у випадку виникнення інсульту?" ми отримали такі варіанти відповіді: до швидкої медичної допомоги - 53%, до лікаря без зазначення конкретного фахівця - 26,1% опитаних, дільничної служби - 4,7%, до невролога - 4,4%, інші варіанти - 3,8%. Частка, тих, хто не зміг відповісти на це запитання склала - 8%. Ми поцікавилися, яким джерелам щодо власного здоров'я опитані довіряють і вважають для себе авторитетними. Такими основними джерелами інформації являються ЗМІ (45,2%) і лікарі (33,3%). І в той же час 82,9% респондентів стверджують, що не отримували жодної інформації щодо перших ознак або ризику МІ від лікарів.

Висновок: рівень обізнаності населення Вінницької області з питань профілактики і лікування ГПМК є дуже низьким. Тоді як покращення обізнаності населення з проблеми МІ є одним із провідних завдань Державної програми запобігання і лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань.

**УДК: 612.883:616-007.272:616.345**

## **ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ОБТУРАЦІЙНОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ТОВСТОЇ КИШКИ**

**Павлик І.В.**

Кафедра хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Гостра обтураційна кишкова непрохідність є одним із найбільш частих та важких ускладнень раку товстої кишки. Станом на 2004 рік дана патологія займала 20 місце із рівнем смертності в 1,1%, тоді як за прогнозами ВООЗ станом на 2030 рік рівень смертності складе 1,4% і підніметься в загальному рейтингу на 14 місце, поступаючи тільки раку легень (6 місце), раку шлунка (9 місце), та раку печінки (13 місце). У зв'язку з цим і сьогодні ця проблема залишається актуальною.

У клініці хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова протягом 1999-2009 років лікувалося 91 хворий на гостру обтураційну кишкову непрохідність пухлинного генезу. В залежності від віку старше 60 років було 80 хворих, що склало 76,9%.

За локалізацією пухлини, хворі розподілялися наступним чином: сліпа кишка - 5 хворих (5,5%), висхідний відділ - 2 (2,2%), печінковий кут ободової кишки - 4 (4,4%), поперечно-ободова кишка - 7 (7,7%), селезінковий кут ободової кишки - 14 (15,3%), низхідний відділ - 7 (7,7%), сигмовидна кишка та ректосигмоїдний відділ - 39 (42,9%), надампулярний відділ прямої кишки - 13 (14,3%). В стадії субкомпенсації кишкової непрохідності (за класифікацією Ю.Б.Куцка) поступило 58 (63,7%), у стадії декомпенсації - 33 (36,3%) хворих.

За термінами госпіталізації до 6 год. від моменту розвитку ГКН звернулося тільки 5,5% хворих, від 6 до 12 год. - 15,4%, від 12 до 24 год. звернулося 12,1%, до 3 діб - 24,2%, від 3 до 6 діб - 38,4%, більше 6 діб - 4,4% пацієнтів.

Розподіл хворих згідно стадії захворювання був наступним: II стадія ( $T_{3-4}N_0M_0$ ) - 24 (26,4%), III стадія ( $T_{3-4}N_{1-2}M_0$ ) - 34 (37,4%), IV стадія ( $T_{3-4}N_{1-2}M_1$ ) - 33 (36,2%) хворих.

В передопераційному періоді всім хворим проводили загально клінічні дослідження, оглядову рентгенографію ОЧП, грудної порожнини, огляд суміжними спеціалістами. Важливе значення надавали УЗД, яке дозволяло виявити ознаки ГКН, які за допомогою інших методів не завжди чітко визначалися. При позитивному ефекті консервативної терапії, виконували фіброколоноскопію, біопсію пухлини, іригоскопію, комп'ютерну томографію.

У всіх хворих після госпіталізації лікування розпочинали з консервативної терапії, яка включала декомпресію верхніх відділів ШКТ, очисні клізми, інфузійну терапію, введення спазмолітичних препаратів, корекцію гомеостазу. Операції в екстреному порядку (I група) проводили при наявності явищ перитоніту у 7 хворих, та у зв'язку з неефективністю консервативної терапії проведеної протягом 6 годин у 12 хворих. Всі інші хворі оперовані у відтермінованому періоді (II група).

У 72 хворих за допомогою консервативних заходів удалося досягти покращення стану та ліквідувати явища ГКН. Таких хворих оперували у відтермінованому порядку.

При виборі методу оперативного лікування враховували наступні чинники: 1) ступінь операційного ризику (за шкалою ASA); 2) важкість стану пацієнта за допомогою інтегрального показника APACHE II; 3) місце локалізації,

сільській місцевості. Про можливу наявність ризик-факторів ГПМК у себе не мали ніякої інформації 37,4% респондентів.

На запитання щодо перших ознак МІ респонденти дали відповідь таким чином: правильно вказали хоча б один із можливих симптомів 24,7% респондентів, 2 симптоми - 23,9%, 3 і більше - 13,8% опитаних. Але була також і досить значною частка (37,6%) тих, хто не зміг назвати жодної з ознак ГПМК. Серед основних відомих для населення симптомів МІ відмічено: різкий головний біль, втрата свідомості, головокружіння, оніміння різних частин тіла, порушення рухів в них.

На запитання "До кого буде Ваше перше звернення у випадку виникнення інсульту?" ми отримали такі варіанти відповіді: до швидкої медичної допомоги - 53%, до лікаря без зазначення конкретного фахівця - 26,1% опитаних, дільничної служби - 4,7%, до невролога - 4,4%, інші варіанти - 3,8%. Частка, тих, хто не зміг відповісти на це запитання склала - 8%. Ми поцікавилися, яким джерелам щодо власного здоров'я опитані довіряють і вважають для себе авторитетними. Такими основними джерелами інформації являються ЗМІ (45,2%) і лікарі (33,3%). І в той же час 82,9% респондентів стверджують, що не отримували жодної інформації щодо перших ознак або ризику МІ від лікарів.

Висновок: рівень обізнаності населення Вінницької області з питань профілактики і лікування ГПМК є дуже низьким. Тоді як покращення обізнаності населення з проблеми МІ є одним із провідних завдань Державної програми запобігання і лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань.

**УДК: 612.883:616-007.272:616.345**

## **ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ОБТУРАЦІЙНОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ ТОВСТОЇ КИШКИ**

**Павлик І.В.**

Кафедра хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Гостра обтураційна кишкова непрохідність є одним із найбільш частих та важких ускладнень раку товстої кишки. Станом на 2004 рік дана патологія займала 20 місце із рівнем смертності в 1,1%, тоді як за прогнозами ВООЗ станом на 2030 рік рівень смертності складе 1,4% і підніметься в загальному рейтингу на 14 місце, поступаючи тільки раку легень (6 місце), раку шлунка (9 місце), та раку печінки (13 місце). У зв'язку з цим і сьогодні ця проблема залишається актуальною.

У клініці хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова протягом 1999-2009 років лікувалося 91 хворий на гостру обтураційну кишкову непрохідність пухлинного генезу. В залежності від віку старше 60 років було 80 хворих, що склало 76,9%.

За локалізацією пухлини, хворі розподілялися наступним чином: сліпа кишка - 5 хворих (5,5%), висхідний відділ - 2 (2,2%), печінковий кут ободової кишки - 4 (4,4%), поперечно-ободова кишка - 7 (7,7%), селезінковий кут ободової кишки - 14 (15,3%), низхідний відділ - 7 (7,7%), сигмовидна кишка та ректосигмоїдний відділ - 39 (42,9%), надампулярний відділ прямої кишки - 13 (14,3%). В стадії субкомпенсації кишкової непрохідності (за класифікацією Ю.Б.Куцка) поступило 58 (63,7%), у стадії декомпенсації - 33 (36,3%) хворих.

За термінами госпіталізації до 6 год. від моменту розвитку ГКН звернулося тільки 5,5% хворих, від 6 до 12 год. - 15,4%, від 12 до 24 год. звернулося 12,1%, до 3 діб - 24,2%, від 3 до 6 діб - 38,4%, більше 6 діб - 4,4% пацієнтів.

Розподіл хворих згідно стадії захворювання був наступним: II стадія ( $T_{3-4}N_0M_0$ ) - 24 (26,4%), III стадія ( $T_{3-4}N_{1-2}M_0$ ) - 34 (37,4%), IV стадія ( $T_{3-4}N_{1-2}M_1$ ) - 33 (36,2%) хворих.

В передопераційному періоді всім хворим проводили загально клінічні дослідження, оглядову рентгенографію ОЧП, грудної порожнини, огляд суміжними спеціалістами. Важливе значення надавали УЗД, яке дозволяло виявити ознаки ГКН, які за допомогою інших методів не завжди чітко визначалися. При позитивному ефекті консервативної терапії, виконували фіброколоноскопію, біопсію пухлини, іригоскопію, комп'ютерну томографію.

У всіх хворих після госпіталізації лікування розпочинали з консервативної терапії, яка включала декомпресію верхніх відділів ШКТ, очисні клізми, інфузійну терапію, введення спазмолітичних препаратів, корекцію гомеостазу. Операції в екстреному порядку (I група) проводили при наявності явищ перитоніту у 7 хворих, та у зв'язку з неефективністю консервативної терапії проведеної протягом 6 годин у 12 хворих. Всі інші хворі оперовані у відтермінованому періоді (II група).

У 72 хворих за допомогою консервативних заходів удалося досягти покращення стану та ліквідувати явища ГКН. Таких хворих оперували у відтермінованому порядку.

При виборі методу оперативного лікування враховували наступні чинники: 1) ступінь операційного ризику (за шкалою ASA); 2) важкість стану пацієнта за допомогою інтегрального показника APACHE II; 3) місце локалізації,

стадію та ступінь диференціації пухлини за класифікацією TNM; 4) стан привідного відділу товстої кишки та поширеність кишкового стазу. Радикальні первинно-відновні операції вдалося виконати у 52 (57,1%) хворих. Радикальні операції по типу Гартмана виконані у 24 (26,4%) хворих. Симптоматичні операції виконані у 15 (16,5%) хворих. Оперативне втручання закінчували виведенням стоми у 39 (42,9%) хворих.

У 17 пацієнтів товсто-товсто кишкової анастомоз виконували з використанням імплантатів пам'яті форми. Конструкція на 8-10 добу виводилася природнім шляхом. У 8 з 17 хворих при резекції сигмовидної кишки ІПФ використовували з метою створення відтермінованого реканалізуючого міжкишкового анастомозу (ДП № 20031211815), який полягав у створенні У-подібного анастомозу та захисної колостоми, при цьому на кінцевому етапі операції міжкишкова перетинка не розсікалася. Після відторгнення імплантату разом з некротизованою стінкою анастомозу виникала аутореканалізація.

Ускладнення після операцій виконаних з приводу ГКН виникли у 8 (8,8%) хворих: нагноєння післяопераційної рани у 4 пацієнтів, евентрація - у 1, ретракція колостоми - у 1, неспроможність анастомозу - у 2 хворих. Померло 9 (9,9%) хворих похилого віку із запущеною декомпенсованою формою ГКН з важкою супутньою патологією.

Висновок: лікування хворих на ГКН повинно розпочинатися з консервативних заходів, направлених на корекцію порушень гомеостазу, супутньої патології, максимальну доопераційну декомпресію товстої кишки та шлунку. При неефективності проведених консервативних заходів протягом 6 годин та наявності перитоніту таким хворим показано оперативне лікування в екстреному порядку за життєвими показами. Одночасно, консервативна терапія повинна рахуватися як передопераційна підготовка хворих.

**УДК: 616-071:615.777:576.8:616.831.9-002**

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ АСЕПТИЧНОГО ТА БАКТЕРІАЛЬНОГО МЕНІНГІТУ НА ЕТАПІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ**

**Пипа Л.В., Свістільник Р.В.**

Кафедра педіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Можливість розпізнавання бактеріального менінгіту (БМ) від асептичного (АМ) при госпіталізації хворого у відділення може обмежити нераціональне застосування антибіотиків і зменшити тривалість перебування хворого в стаціонарі. Оскільки наслідки БМ можуть бути досить важкими, то діагностичний метод за чутливістю повинен наближатися до 100% (F.Dubos et al., 2006). Хоча наявність менінгеальних знаків є достатньо показовим для менінгіту, вони не є патогномогнічними (R.Oostenbrink et al., 2001). На думку багатьох дослідників, існує явна необхідність розробки більш якісних, але в той же час простих методів діагностики менінгіту у ліжка хворого (K.E.Thomas et al., 2002).

Значної уваги, на нашу думку, заслуговує клінічна шкала для оцінки ризику розвитку БМ у дітей з плейоцитозом (Bacterial Meningitis Score), розроблена L.E.Nigrovic та ін. (2002). Вона дозволяє виділити пацієнтів з низьким ризиком БМ. Для оцінки достовірності шкали для діагностики БМ в США L.E.Nigrovic та ін. (2007) було проведено багатоцентрове когортне дослідження з 2001 по 2004 рік, в якому брали участь 20 відділень невідкладної допомоги. Була визначена негативна прогностична цінність результату оцінки за шкалою - 99,99%, (95% довірчий інтервал (ДІ) 99,6-100%). Чутливість балу за шкалою склала 98,3% (95% ДІ 94,2%-99,8%), а специфічність - 61,5% (95% ДІ 59,7-63,3%). Отже, в даному дослідженні була підтверджена достовірність шкали для діагностики БМ. Ризик БМ дуже низький (0,1%) у пацієнтів, які не мають жодного з критеріїв шкали. F.Dubos та ін. (2006) провели ретроспективне когортне дослідження, в якому порівнювались ефективність п'яти відомих шкал для визначення предикторів БМ. Автори виявили, що шкала L.E.Nigrovic є найбільш оптимальною, доступною і простою для обранку та дозволяє швидко і достовірно провести диференційну діагностику між АМ та БМ.

Шкала L.E.Nigrovic включає 5 показників з оцінкою балів на кожний показник: позитивне фарбування ліквору за Грамом - 2 бали; білок ліквору  $\geq 80$  мг/дл (0,8 г/л) - 1 бал; абсолютна кількість нейтрофілів в периферичній крові  $\geq 10000$  кл/мм<sup>3</sup> - 1 бал; абсолютна кількість нейтрофілів в лікворі  $\geq 1000$  кл/мм<sup>3</sup> - 1 бал; судоми в анамнезі або при госпіталізації - 1 бал;

При загальній кількості балів за шкалою 0 - це АМ, вірогідність БМ дуже низька. Негативне предиктивне значення БМ - 100%, специфічність - 73%. При загальній кількості балів за шкалою 1 - не дає змоги встановити діагноз БМ, оскільки не є значимою статистично, і швидше вказує на розвиток АМ. Чутливість для АМ складає - 90%, для БМ - 10%. При загальній кількості балів по шкалі  $\geq 2$  - це БМ. Чутливість для БМ складає - 87% і позитивне предиктивне значення - 87%.

На основі клініко-лабораторних даних при госпіталізації, ретроспективно, за даною шкалою нами було проаналізовано 122 історії хвороб дітей віком від 1 міс до 14 років, які лікувались в Хмельницькій інфекційній лікарні з

стадію та ступінь диференціації пухлини за класифікацією TNM; 4) стан привідного відділу товстої кишки та поширеність кишкового стазу. Радикальні первинно-відновні операції вдалося виконати у 52 (57,1%) хворих. Радикальні операції по типу Гартмана виконані у 24 (26,4%) хворих. Симптоматичні операції виконані у 15 (16,5%) хворих. Оперативне втручання закінчували виведенням стоми у 39 (42,9%) хворих.

У 17 пацієнтів товсто-товсто кишкової анастомоз виконували з використанням імплантатів пам'яті форми. Конструкція на 8-10 добу виводилася природнім шляхом. У 8 з 17 хворих при резекції сигмовидної кишки ІПФ використовували з метою створення відтермінованого реканалізуючого міжкишкового анастомозу (ДП № 20031211815), який полягав у створенні У-подібного анастомозу та захисної колостоми, при цьому на кінцевому етапі операції міжкишкова перетинка не розсікалася. Після відторгнення імплантату разом з некротизованою стінкою анастомозу виникала аутореканалізація.

Ускладнення після операцій виконаних з приводу ГКН виникли у 8 (8,8%) хворих: нагноєння післяопераційної рани у 4 пацієнтів, евентрація - у 1, ретракція колостоми - у 1, неспроможність анастомозу - у 2 хворих. Померло 9 (9,9%) хворих похилого віку із запущеною декомпенсованою формою ГКН з важкою супутньою патологією.

Висновок: лікування хворих на ГКН повинно розпочинатися з консервативних заходів, направлених на корекцію порушень гомеостазу, супутньої патології, максимальну доопераційну декомпресію товстої кишки та шлунку. При неефективності проведених консервативних заходів протягом 6 годин та наявності перитоніту таким хворим показано оперативне лікування в екстреному порядку за життєвими показами. Одночасно, консервативна терапія повинна рахуватися як передопераційна підготовка хворих.

**УДК: 616-071:615.777:576.8:616.831.9-002**

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ АСЕПТИЧНОГО ТА БАКТЕРІАЛЬНОГО МЕНІНГІТУ НА ЕТАПІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ**

**Пипа Л.В., Свістільник Р.В.**

Кафедра педіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Можливість розпізнавання бактеріального менінгіту (БМ) від асептичного (АМ) при госпіталізації хворого у відділення може обмежити нераціональне застосування антибіотиків і зменшити тривалість перебування хворого в стаціонарі. Оскільки наслідки БМ можуть бути досить важкими, то діагностичний метод за чутливістю повинен наближатися до 100% (F.Dubos et al., 2006). Хоча наявність менінгеальних знаків є достатньо показовим для менінгіту, вони не є патогномогнічними (R.Oostenbrink et al., 2001). На думку багатьох дослідників, існує явна необхідність розробки більш якісних, але в той же час простих методів діагностики менінгіту у ліжка хворого (K.E.Thomas et al., 2002).

Значної уваги, на нашу думку, заслуговує клінічна шкала для оцінки ризику розвитку БМ у дітей з плейоцитозом (Bacterial Meningitis Score), розроблена L.E.Nigrovic та ін. (2002). Вона дозволяє виділити пацієнтів з низьким ризиком БМ. Для оцінки достовірності шкали для діагностики БМ в США L.E.Nigrovic та ін. (2007) було проведено багатоцентрове когортне дослідження з 2001 по 2004 рік, в якому брали участь 20 відділень невідкладної допомоги. Була визначена негативна прогностична цінність результату оцінки за шкалою - 99,99%, (95% довірчий інтервал (ДІ) 99,6-100%). Чутливість балу за шкалою склала 98,3% (95% ДІ 94,2%-99,8%), а специфічність - 61,5% (95% ДІ 59,7-63,3%). Отже, в даному дослідженні була підтверджена достовірність шкали для діагностики БМ. Ризик БМ дуже низький (0,1%) у пацієнтів, які не мають жодного з критеріїв шкали. F.Dubos та ін. (2006) провели ретроспективне когортне дослідження, в якому порівнювались ефективність п'яти відомих шкал для визначення предикторів БМ. Автори виявили, що шкала L.E.Nigrovic є найбільш оптимальною, доступною і простою для об'рахунку та дозволяє швидко і достовірно провести диференційну діагностику між АМ та БМ.

Шкала L.E.Nigrovic включає 5 показників з оцінкою балів на кожний показник: позитивне фарбування ліквору за Грамом - 2 бали; білок ліквору  $\geq 80$  мг/дл (0,8 г/л) - 1 бал; абсолютна кількість нейтрофілів в периферичній крові  $\geq 10000$  кл/мм<sup>3</sup> - 1 бал; абсолютна кількість нейтрофілів в лікворі  $\geq 1000$  кл/мм<sup>3</sup> - 1 бал; судоми в анамнезі або при госпіталізації - 1 бал;

При загальній кількості балів за шкалою 0 - це АМ, вірогідність БМ дуже низька. Негативне предиктивне значення БМ - 100%, специфічність - 73%. При загальній кількості балів за шкалою 1 - не дає змоги встановити діагноз БМ, оскільки не є значимою статистично, і швидше вказує на розвиток АМ. Чутливість для АМ складає - 90%, для БМ - 10%. При загальній кількості балів по шкалі  $\geq 2$  - це БМ. Чутливість для БМ складає - 87% і позитивне предиктивне значення - 87%.

На основі клініко-лабораторних даних при госпіталізації, ретроспективно, за даною шкалою нами було проаналізовано 122 історії хвороб дітей віком від 1 міс до 14 років, які лікувались в Хмельницькій інфекційній лікарні з



2004 р. по 2006 р. Серед 122 дітей 88 було з гнійним та 34 дитини з асептичним менінгітом.

Всі 34 дитини з АМ набрали за шкалою L.E.Nigrovic 0 балів. Серед гнійних менінгітів (ГМ) ми отримали наступні показники: 18 дітей (20,5%) набрали 0 балів, 14 (15,9%) - 1 бал, 23 (26,1%) - 2 бали, 22 (25%) - 3 бали, 8 (9,1%) - 4 бали і 3 (3,4%) - 5 балів. Отже з 88 дітей з ГМ лише 56 осіб (63,6%) мали  $\geq 2$  бали і підходили під критерії БМ за шкалою Nigrovic L.E. Враховуючи великий відсоток тих, які набрали 0 і 1 бал, що не відповідає критеріям БМ, ми провели додатково паралелі між ключовими лабораторними показниками шкали при різних значеннях загального балу у дітей з гнійними і асептичними менінгітами. Середнє значення білку ліквору при АМ склало  $0,36 \pm 0,03$  г/л. При ГМ за історіями хвороб, які набрали 0 балів за шкалою L.E.Nigrovic, середнє значення білку в лікворі було  $0,39 \pm 0,03$  г/л ( $p > 0,05$ ), при 1 балі -  $0,65 \pm 0,13$  г/л, що достовірно відрізнялось від рівня білку в лікворі при АМ ( $p < 0,05$ ). У тих випадках, які за шкалою БМ набрали 2 бали, білок в лікворі був  $1,35 \pm 0,09$  г/л і достовірно відрізнявся від вмісту білку при 0 і 1 балах ( $p < 0,001$ ). Середнє значення нейтрофілозу в крові при АМ склало  $4,81 \pm 0,45$  кл/мм<sup>3</sup>. При ГМ, які набрали 0 балів, склало  $5,23 \pm 0,45$  кл/мм<sup>3</sup>, при 1 балі -  $6,72 \pm 0,88$  кл/мм<sup>3</sup>, що достовірно не відрізнялись між собою ( $p > 0,05$ ) і між показниками при АМ ( $p > 0,05$ ), а при 2 балах склало  $9,64 \pm 0,87$  кл/мм<sup>3</sup>, і достовірно відрізнялось від такого при 0 і 1 балах ( $p < 0,01$ ). Середнє значення нейтрофілозу ліквору ГМ при 0 балах склало  $317,74 \pm 43,34$  кл/мм<sup>3</sup>, при 1 балі  $313,43 \pm 106,08$  кл/мм<sup>3</sup>, що достовірно не відрізнялось ( $p > 0,05$ ), а при 2 балах склало  $3868,83 \pm 286,73$  кл/мм<sup>3</sup>, і достовірно відрізнялось від такого при 0 і 1 балах ( $p < 0,001$ ). Враховуючи те, що 36,4% хворих з гнійним менінгітом мали за шкалою БМ 0 і 1 бал, основні лабораторні показники їх достовірно відрізнялись від показників дітей з ГМ, які мали  $\geq 2$  балів, і наближались до показників при АМ. Ці дані говорять більш за все про наявність асептичного менінгіту у хворих з встановленим гнійним менінгітом, які мали по шкалі 0 балів, а також переважання АМ у тих, які мали 1 бал.

Висновки: дана шкала дає можливість оцінити ризик розвитку БМ на етапі госпіталізації і в подальшому визначити тактику ведення хворих. Враховуючи те, що шкала пройшла 2 багатоцентрових когортних дослідження, які підтвердили достовірність отриманих при її застосуванні даних і 100% чутливість в діагностиці БМ, може бути рекомендована для впровадження і використання в педіатричній практиці.

**УДК:** 577.153.2:547.96:616.12-008.331.1

## **ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ ТА АПОЛІПОПРОТЕЇНИ У ХВОРИХ НА ГХ В ПОЄДНАННІ З ІХС**

**Побережна А.В.**

Кафедра внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

В сучасній стратегії модифікації кардіоваскулярного ризику велика увага приділяється здійсненню адекватного контролю за гіпер- і дисліпідемією, що безпосередньо пов'язані з розвитком і прогресуванням системного атероматозу. Відомо, що аполіпротеїни залучаються в патологічний процес на самих початкових стадіях атерогенезу і, в значній мірі, сприяють маніфестації ендотеліальної дисфункції, прозапальної активації, формуванню та прогресуванню атероми. *Мета* дослідження: визначення наявності і ступеня змін показників ліпідного спектру і аполіпротеїнів у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС), в залежності від стадії захворювання і характеру ускладнень.

Обстежено 252 пацієнта хворих на ГХ в поєднанні з ІХС: із стабільною стенокардією напруги II функціонального класу (ФК) - 56 осіб, стабільною стенокардією напруги III ФК - 196. 88 хворих перенесли інфаркт міокарда (ІМ), 45 хворих - гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), 17 - поєднання ІМ та мозкового інсульту (МІ). Тривалість АГ становила в середньому  $10,1 \pm 0,32$  роки. Діагноз ГХ встановлювали після детального клініко-інструментального обстеження на підставі критеріїв Комітету експертів ВООЗ, згідно рекомендаціям Української асоціації кардіологів (2008) і клінічним рекомендаціям Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіології (2007 р.). Стенокардію напруги верифікували за допомогою велоергометричної проби та холтерівського моніторингу ЕКГ. У дослідження не включали хворих на ГХ, які перенесли ІМ або ГПМК менше 3 місяців тому, у яких на момент обстеження були виявлені захворювання печінки або нирок з порушенням функції, цукровий діабет, вади серця, ХСН II-Б - III стадії, хронічні обструктивні захворювання легень, дихальна недостатність. Початку дослідження передували скринінг, ретельний збір скарг та анамнезу, отримання інформованої згоди пацієнта на участь у дослідженні. Визначення рівня загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ) проводили за допомогою ензиматичного колориметричного методу з використанням набору реагентів. Рівень ліпопротеїдну (а) ((Лп(а)) визначали за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА), рівні аполіпопротеїну В100 та аполіпопротеїну А-1 досліджували методом турбодіаметрії за допомогою наборів реактивів. Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, Statistica for

2004 р. по 2006 р. Серед 122 дітей 88 було з гнійним та 34 дитини з асептичним менінгітом.

Всі 34 дитини з АМ набрали за шкалою L.E.Nigrovic 0 балів. Серед гнійних менінгітів (ГМ) ми отримали наступні показники: 18 дітей (20,5%) набрали 0 балів, 14 (15,9%) - 1 бал, 23 (26,1%) - 2 бали, 22 (25%) - 3 бали, 8 (9,1%) - 4 бали і 3 (3,4%) - 5 балів. Отже з 88 дітей з ГМ лише 56 осіб (63,6%) мали  $\geq 2$  бали і підходили під критерії БМ за шкалою Nigrovic L.E. Враховуючи великий відсоток тих, які набрали 0 і 1 бал, що не відповідає критеріям БМ, ми провели додатково паралелі між ключовими лабораторними показниками шкали при різних значеннях загального балу у дітей з гнійними і асептичними менінгітами. Середнє значення білку ліквору при АМ склало  $0,36 \pm 0,03$  г/л. При ГМ за історіями хвороб, які набрали 0 балів за шкалою L.E.Nigrovic, середнє значення білку в лікворі було  $0,39 \pm 0,03$  г/л ( $p > 0,05$ ), при 1 балі -  $0,65 \pm 0,13$  г/л, що достовірно відрізнялось від рівня білку в лікворі при АМ ( $p < 0,05$ ). У тих випадках, які за шкалою БМ набрали 2 бали, білок в лікворі був  $1,35 \pm 0,09$  г/л і достовірно відрізнявся від вмісту білку при 0 і 1 балах ( $p < 0,001$ ). Середнє значення нейтрофілозу в крові при АМ склало  $4,81 \pm 0,45$  кл/мм<sup>3</sup>. При ГМ, які набрали 0 балів, склало  $5,23 \pm 0,45$  кл/мм<sup>3</sup>, при 1 балі -  $6,72 \pm 0,88$  кл/мм<sup>3</sup>, що достовірно не відрізнялись між собою ( $p > 0,05$ ) і між показниками при АМ ( $p > 0,05$ ), а при 2 балах склало  $9,64 \pm 0,87$  кл/мм<sup>3</sup>, і достовірно відрізнялось від такого при 0 і 1 балах ( $p < 0,01$ ). Середнє значення нейтрофілозу ліквору ГМ при 0 балах склало  $317,74 \pm 43,34$  кл/мм<sup>3</sup>, при 1 балі  $313,43 \pm 106,08$  кл/мм<sup>3</sup>, що достовірно не відрізнялось ( $p > 0,05$ ), а при 2 балах склало  $3868,83 \pm 286,73$  кл/мм<sup>3</sup>, і достовірно відрізнялось від такого при 0 і 1 балах ( $p < 0,001$ ). Враховуючи те, що 36,4% хворих з гнійним менінгітом мали за шкалою БМ 0 і 1 бал, основні лабораторні показники їх достовірно відрізнялись від показників дітей з ГМ, які мали  $\geq 2$  балів, і наближались до показників при АМ. Ці дані говорять більш за все про наявність асептичного менінгіту у хворих з встановленим гнійним менінгітом, які мали по шкалі 0 балів, а також переважання АМ у тих, які мали 1 бал.

Висновки: дана шкала дає можливість оцінити ризик розвитку БМ на етапі госпіталізації і в подальшому визначити тактику ведення хворих. Враховуючи те, що шкала пройшла 2 багатоцентрових когортних дослідження, які підтвердили достовірність отриманих при її застосуванні даних і 100% чутливість в діагностиці БМ, може бути рекомендована для впровадження і використання в педіатричній практиці.

**УДК:** 577.153.2:547.96:616.12-008.331.1

## **ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ ТА АПОЛІПОПРОТЕЇНИ У ХВОРИХ НА ГХ В ПОЄДНАННІ З ІХС**

**Побережна А.В.**

Кафедра внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

В сучасній стратегії модифікації кардіоваскулярного ризику велика увага приділяється здійсненню адекватного контролю за гіпер- і дисліпідемією, що безпосередньо пов'язані з розвитком і прогресуванням системного атероматозу. Відомо, що аполіпротеїни залучаються в патологічний процес на самих початкових стадіях атерогенезу і, в значній мірі, сприяють маніфестації ендотеліальної дисфункції, прозапальної активації, формуванню та прогресуванню атероми. *Мета* дослідження: визначення наявності і ступеня змін показників ліпідного спектру і аполіпротеїнів у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС), в залежності від стадії захворювання і характеру ускладнень.

Обстежено 252 пацієнта хворих на ГХ в поєднанні з ІХС: із стабільною стенокардією напруги II функціонального класу (ФК) - 56 осіб, стабільною стенокардією напруги III ФК - 196. 88 хворих перенесли інфаркт міокарда (ІМ), 45 хворих - гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), 17 - поєднання ІМ та мозкового інсульту (МІ). Тривалість АГ становила в середньому  $10,1 \pm 0,32$  роки. Діагноз ГХ встановлювали після детального клініко-інструментального обстеження на підставі критеріїв Комітету експертів ВООЗ, згідно рекомендаціям Української асоціації кардіологів (2008) і клінічним рекомендаціям Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіології (2007 р.). Стенокардію напруги верифікували за допомогою велоергометричної проби та холтерівського моніторингу ЕКГ. У дослідження не включали хворих на ГХ, які перенесли ІМ або ГПМК менше 3 місяців тому, у яких на момент обстеження були виявлені захворювання печінки або нирок з порушенням функції, цукровий діабет, вади серця, ХСН II-Б - III стадії, хронічні обструктивні захворювання легень, дихальна недостатність. Початку дослідження передували скринінг, ретельний збір скарг та анамнезу, отримання інформованої згоди пацієнта на участь у дослідженні. Визначення рівня загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ) проводили за допомогою ензиматичного колориметричного методу з використанням набору реагентів. Рівень ліпопротеїдну (а) ((Лп(а)) визначали за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА), рівні аполіпопротеїну В100 та аполіпопротеїну А-1 досліджували методом турбодіаметрії за допомогою наборів реактивів. Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, Statistica for

Windows 6.0. Аналіз ліпідних показників у хворих на ГХ в поєднанні з ІХС (стабільною стенокардією II-III ФК) виявив достовірне збільшення рівнів ЗХС, ХСЛПНЩ, індексу атерогенності та зниження рівня ХСЛПВЩ. Крім того, відмічалося значне (в 2,5 р.) зростання рівня Лп(а) ( $p < 0,0001$ ) та apoB ( $p < 0,001$ ), та зменшення apoA1 ( $p < 0,001$ ). Проведений кореляційний аналіз виявив достовірний позитивний кореляційний зв'язок між рівнем Лп(а) та ФК стабільної стенокардії напруги ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,0002$ ), що може бути розцінено як фактор ризику розвитку та прогресування ІХС. Значні зміни були виявлені у найбільш важкої категорії пацієнтів - тих, що мали подвійну катастрофу в анамнезі: інфаркт міокарда і мозковий інсульт. У пацієнтів, що мали у анамнезі тільки перенесений інфаркт міокарда виявлені більш високі рівні ЗХС порівняно з хворими, які перенесли мозковий інсульт (6,43 (5,57; 7,06) ммоль/л проти 5,94 (5,42; 6,47) ммоль/л, відповідно, ( $p < 0,05$ )). Аналогічно найвищі рівні Лп(а) зареєстровані у пацієнтів у яких був і ІМ і МІ в анамнезі - 54,63 (48,92; 66,12) мг/дл. Вони достовірно відрізнялись від величин Лп(а) у хворих що перенесли тільки ІМ (48,40 (39,60; 55,23) мг/дл ( $p < 0,05$ ) або МІ (42,20 (39,43; 47,13) мг/дл ( $p = 0,009$ )). У пацієнтів, що перенесли у минулому ІМ, визначено суттєве зниження apoA-1 порівняно з хворими, що перенесли МІ - 95,21 (82,95; 100,64) мг/дл проти та 107,00 (102,34; 124,26) мг/дл ( $p = 0,004$ ), відповідно. Зазначені зміни свідчать про значущість порушень ліпідного обміну, особливо підвищення рівня Лп(а) в плані негативного прогнозу у хворих з ГХ. Дане припущення підтверджує наявність прямого достовірного кореляційного зв'язку між рівнем Лп(а) і перенесеним ІМ в анамнезі ( $r = 0,34$ , ( $p = 0,0002$ )).

Висновок: у хворих на ГХ в поєднанні з ІХС спостерігаються зміни показників ліпідного обміну, а саме: підвищення рівня загального холестерину, проатерогенних класів ліпопротеїдів (ЛПНЩ та ЛПДНЩ), апопротеїну В100, ліпопротеїду (а) та зниження ХСЛПВЩ і апопротеїну А-1, що достовірно відрізняються від показників контрольної групи. У пацієнтів з ГХ III стадії відбувається значне зростання ліпопротеїду (а), величини якого набувають найвищих значень у хворих з подвійною катастрофою в минулому: інфарктом міокарда і мозковим інсультом.

УДК: 616-089:616.5

## **ОПТИМІЗАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕРМАЛЬНИМИ ГЛИБОКИМИ ПОШИРЕНИМИ ОПІКАМИ**

*Поворозник А. М.*

Кафедра травматології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Трансплантація суцільних чи перфорованих аутодермотрансплантатів розщепленої аутологічної шкіри до цього часу залишається основним методом хірургічного відновлення шкірного покриву у обпечених. Разом з тим, у хворих з дермальними глибокими поширеними опіками залишається невирішеним питання дефіциту донорських ресурсів. Одним із шляхів вирішення даної проблеми є пошук способів зменшення терміну та підвищення якості епітелізації донорських ран, що дозволить у хворих з глибокими критичними та надкритичними опіками оптимізувати перебіг ранового процесу, скоротити періоди між аутодермопластиками і проводити повторне забирання розщеплених аутодермотрансплантатів з епітелізованих донорських ділянок.

*Мета* дослідження - підвищити ефективність лікування хворих з дермальними глибокими поширеними опіками шляхом зменшення дефіциту донорських ресурсів аутошкіри.

Нами запропонований та запатентований (Патент № 11332, Україна) спосіб лікування донорських ран в умовах вологості камери з використанням біогальванізації. Дослідження виконано на базі опікового відділення обласної клінічної лікарні ім. М.І.Пирогова. Проаналізовано 140 хворих різного ступеня тяжкості з глибокими опіками. 80 хворих, донорські рани яких лікували в умовах вологості камери з використанням біогальванізації, склали основну групу. Контрольну групу склали 60 хворих, донорські рани яких лікували під волого-висихаючими пов'язками з антисептиками. Хворі рандомізовані за віком, площею та глибиною ураження.

В процесі лікування за хворими велось клінічне спостереження, загальноприйняте лабораторне обстеження. Хворі обох груп отримували прийняту у відділенні медикаментозну терапію. Аналізували больовий синдром в донорських ранах, рухливість хворих, ускладнення, терміни та якість епітелізації.

Больового синдрому з боку донорських ран у хворих основної групи практично не було. Хворі, які ходили до хірургічного втручання, після виходу із наркозу, якщо не було протипоказів, вільно рухались по відділенню навіть коли донорські рани були розташовані на нижніх кінцівках. У хворих контрольної групи больовий синдром з боку донорських ран був вираженим. Після висихання пов'язок хворі відчували стягування рани, різкі болі при рухах, відчуття розпирання та кровотечі при переході з горизонтального у вертикальний стан, що примушувало їх знаходитись в лежачому положенні до повної епітелізації ран. Помірні болі турбували ще на протязі 5-7 діб після їх заживлення при переході хворих у вертикальне положення. Жодних ускладнень з боку донорських ран у хворих основної групи ми не спостерігали. У 27% хворих контрольної групи відмічали нагноєння донорських ран, у 5,7%

Windows 6.0. Аналіз ліпідних показників у хворих на ГХ в поєднанні з ІХС (стабільною стенокардією II-III ФК) виявив достовірне збільшення рівнів ЗХС, ХСЛПНЩ, індексу атерогенності та зниження рівня ХСЛПВЩ. Крім того, відмічалося значне (в 2,5 р.) зростання рівня Лп(а) ( $p < 0,0001$ ) та apoB ( $p < 0,001$ ), та зменшення apoA1 ( $p < 0,001$ ). Проведений кореляційний аналіз виявив достовірний позитивний кореляційний зв'язок між рівнем Лп(а) та ФК стабільної стенокардії напруги ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,0002$ ), що може бути розцінено як фактор ризику розвитку та прогресування ІХС. Значні зміни були виявлені у найбільш важкої категорії пацієнтів - тих, що мали подвійну катастрофу в анамнезі: інфаркт міокарда і мозковий інсульт. У пацієнтів, що мали у анамнезі тільки перенесений інфаркт міокарда виявлені більш високі рівні ЗХС порівняно з хворими, які перенесли мозковий інсульт (6,43 (5,57; 7,06) ммоль/л проти 5,94 (5,42; 6,47) ммоль/л, відповідно, ( $p < 0,05$ )). Аналогічно найвищі рівні Лп(а) зареєстровані у пацієнтів у яких був і ІМ і МІ в анамнезі - 54,63 (48,92; 66,12) мг/дл. Вони достовірно відрізнялись від величин Лп(а) у хворих що перенесли тільки ІМ (48,40 (39,60; 55,23) мг/дл ( $p < 0,05$ ) або МІ (42,20 (39,43; 47,13) мг/дл ( $p = 0,009$ )). У пацієнтів, що перенесли у минулому ІМ, визначено суттєве зниження apoA-1 порівняно з хворими, що перенесли МІ - 95,21 (82,95; 100,64) мг/дл проти та 107,00 (102,34; 124,26) мг/дл ( $p = 0,004$ ), відповідно. Зазначені зміни свідчать про значущість порушень ліпідного обміну, особливо підвищення рівня Лп(а) в плані негативного прогнозу у хворих з ГХ. Дане припущення підтверджує наявність прямого достовірного кореляційного зв'язку між рівнем Лп(а) і перенесеним ІМ в анамнезі ( $r = 0,34$ , ( $p = 0,0002$ )).

Висновок: у хворих на ГХ в поєднанні з ІХС спостерігаються зміни показників ліпідного обміну, а саме: підвищення рівня загального холестерину, проатерогенних класів ліпопротеїдів (ЛПНЩ та ЛПДНЩ), апопротеїну В100, ліпопротеїду (а) та зниження ХСЛПВЩ і апопротеїну А-1, що достовірно відрізняються від показників контрольної групи. У пацієнтів з ГХ III стадії відбувається значне зростання ліпопротеїду (а), величини якого набувають найвищих значень у хворих з подвійною катастрофою в минулому: інфарктом міокарда і мозковим інсультом.

**УДК: 616-089:616.5**

## **ОПТИМІЗАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕРМАЛЬНИМИ ГЛИБОКИМИ ПОШИРЕНИМИ ОПІКАМИ**

**Поворозник А. М.**

Кафедра травматології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Трансплантація суцільних чи перфорованих аутодермотрансплантатів розщепленої аутологічної шкіри до цього часу залишається основним методом хірургічного відновлення шкірного покриву у обпечених. Разом з тим, у хворих з дермальними глибокими поширеними опіками залишається невирішеним питання дефіциту донорських ресурсів. Одним із шляхів вирішення даної проблеми є пошук способів зменшення терміну та підвищення якості епітелізації донорських ран, що дозволить у хворих з глибокими критичними та надкритичними опіками оптимізувати перебіг ранового процесу, скоротити періоди між аутодермопластиками і проводити повторне забирання розщеплених аутодермотрансплантатів з епітелізованих донорських ділянок.

*Мета* дослідження - підвищити ефективність лікування хворих з дермальними глибокими поширеними опіками шляхом зменшення дефіциту донорських ресурсів аутошкіри.

Нами запропонований та запатентований (Патент № 11332, Україна) спосіб лікування донорських ран в умовах вологості камери з використанням біогальванізації. Дослідження виконано на базі опікового відділення обласної клінічної лікарні ім. М.І.Пирогова. Проаналізовано 140 хворих різного ступеня тяжкості з глибокими опіками. 80 хворих, донорські рани яких лікували в умовах вологості камери з використанням біогальванізації, склали основну групу. Контрольну групу склали 60 хворих, донорські рани яких лікували під волого-висихаючими пов'язками з антисептиками. Хворі рандомізовані за віком, площею та глибиною ураження.

В процесі лікування за хворими велось клінічне спостереження, загальноприйняте лабораторне обстеження. Хворі обох груп отримували прийняту у відділенні медикаментозну терапію. Аналізували больовий синдром в донорських ранах, рухливість хворих, ускладнення, терміни та якість епітелізації.

Больового синдрому з боку донорських ран у хворих основної групи практично не було. Хворі, які ходили до хірургічного втручання, після виходу із наркозу, якщо не було протипоказів, вільно рухались по відділенню навіть коли донорські рани були розташовані на нижніх кінцівках. У хворих контрольної групи больовий синдром з боку донорських ран був вираженим. Після висихання пов'язок хворі відчували стягування рани, різкі болі при рухах, відчуття розпирання та кровотечі при переході з горизонтального у вертикальний стан, що примушувало їх знаходитись в лежачому положенні до повної епітелізації ран. Помірні болі турбували ще на протязі 5-7 діб після їх заживлення при переході хворих у вертикальне положення. Жодних ускладнень з боку донорських ран у хворих основної групи ми не спостерігали. У 27% хворих контрольної групи відмічали нагноєння донорських ран, у 5,7%

хворих тривало гранулюючі донорські рани вимушені були закривати аутодермотрансплантатами. Терміни епітелізації донорських ран у основній групі хворих, в залежності від товщини взятого аутодермотрансплантата, були від 5 до 7 діб, що при дефіциті донорських ресурсів дозволяло у хворих з критичними та надкритичними опіками скорочувати інтервали між аутодермопластиками та проводити повторне забирання трансплантатів з епітелізованих ділянок. Терміни епітелізації донорських ран у хворих контрольної групи тривали від 14 до 17 діб, що обтяжувало перебіг опікової хвороби, збільшувало інтервали між пересадками шкіри та перебування хворого на ліжку. Швидка епітелізація донорських ран та відсутність тривалого запального процесу у хворих основної групи, шляхом профілактики розвитку грануляцій, сприяли значно кращим естетичним і функціональним результатам. Так формування гіпертрофічних рубців на донорських ділянках основної групи хворих спостерігалось у 8,2% випадків проти 30,7% хворих контрольної групи.

Висновки: 1. Спосіб лікування донорських ран в умовах вологої камери з використанням біогальванізації профілактує больовий синдром, підвищує рухливість хворих, у 2,6 рази прискорює епітелізацію, що є одним із шляхів подолання дефіциту донорських ресурсів у хворих з дермальними глибокими поширеними опіками та підвищення ефективності їх лікування. 2. Запропонований спосіб лікування донорських ран економічно дешевий, високоефективний та доступний для кожного відділення.

**УДК: 616-005.1:616.411**

## **ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ СЕЛЕЗІНКИ ШЛЯХОМ ПЕРЕВ'ЯЗКИ СЕЛЕЗІНКОВОЇ АРТЕРІЇ БІОДЕГРАДУЮЧИМ ШОВНИМ МАТЕРІАЛОМ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)**

**Погорілий В.В., Бойко Г.А., Давидюк І.А**

Кафедра дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У зв'язку з ростом дитячого травматизму взагалі, і травм органів черевної порожнини зокрема (до 20,5% від усіх пошкоджень), своєчасна діагностика і адекватне лікування таких ушкоджень залишається актуальним. Проблема лікування травмованих дітей полягає не тільки у своєчасній діагностиці, а й у виборі хірургічної тактики і методики оперативного втручання. При пошкодженні паренхіматозних органів розриви селезінки зустрічаються до 57,1% випадків.

Сегментарна резекція і видалення селезінки, особливо в дитячому віці, призводить до аспленізму з високим ризиком розвитку постспленектомічного сепсису. Ось чому необхідною умовою оперативних втручань є органозберігаючі операції для профілактики цих грізних ускладнень.

*Мета дослідження* - в експерименті на тваринах дослідити ефективність зупинки кровотечі із пошкодженої селезінки шляхом перев'язки а. lienalis та оцінити можливість і терміни реканалізації селезінкової артерії після її перев'язки біодеградуючим шовним матеріалом.

Експеримент проводиться на собаках, оскільки кровопостачання селезінки і топографічні співвідношення селезінкової артерії та вени, підшлункової залози, шлунка у собак найближчі до топографічної анатомії даних структур у людини.

Під загальним знеболенням (каліпсол 8-10 мг/кг) у 8 собак (цуциків) віком до 1 року проводилась лапаротомія, моделювалось пошкодження селезінки І-ІІ ст. (за класифікацією пошкодження селезінки Американської Асоціації з хірургії травми, 1989) шляхом травмування капсули та паренхіми селезінки глибиною 1 - 3 см., без захоплення великих чи трабекулярних судин до появи активної кровотечі. В подальшому проводилось накладання лігатури у проксимальній чи середній частині а. lienalis. Було використано шовний матеріал ВІКРИЛ Рапід 2-0, 3-0 (Ethicon). Післяопераційна рана поширено ушивалась окремими вузловими швами.

На 3, 7, 21, 45 добу після операції собакам виконувалась релапаротомія, спленектомія та резекція а. lienalis у місці перев'язки з подальшим гістологічним дослідженням макропрепаратів. Повне розсмоктування шовного матеріалу відбувалось на 45 день шляхом гідролізу, який супроводжувався мінімальною тканинною реакцією. Слабка тканинна реакція була сприяючим фактором у подальшій реканалізації а. lienalis в терміни загоєння ран селезінки.

Висновки: 1. Перев'язка а. lienalis у експерименті на тваринах є ефективним способом зупинки кровотечі із селезінки незалежно від ступеня її пошкодження. 2. Біодеградуючий матеріал (ВІКРИЛ Рапід) повністю розсмоктується на 45 добу, що призводить до відновлення кровотоку по а. lienalis і селезінці.

хворих тривало гранулюючі донорські рани вимушені були закривати аутодермотрансплантатами. Терміни епітелізації донорських ран у основній групі хворих, в залежності від товщини взятого аутодермотрансплантата, були від 5 до 7 діб, що при дефіциті донорських ресурсів дозволяло у хворих з критичними та надкритичними опіками скорочувати інтервали між аутодермопластиками та проводити повторне забирання трансплантатів з епітелізованих ділянок. Терміни епітелізації донорських ран у хворих контрольної групи тривали від 14 до 17 діб, що обтяжувало перебіг опікової хвороби, збільшувало інтервали між пересадками шкіри та перебування хворого на ліжку. Швидка епітелізація донорських ран та відсутність тривалого запального процесу у хворих основної групи, шляхом профілактики розвитку грануляцій, сприяли значно кращим естетичним і функціональним результатам. Так формування гіпертрофічних рубців на донорських ділянках основної групи хворих спостерігалось у 8,2% випадків проти 30,7% хворих контрольної групи.

Висновки: 1. Спосіб лікування донорських ран в умовах вологої камери з використанням біогальванізації профілактує больовий синдром, підвищує рухливість хворих, у 2,6 рази прискорює епітелізацію, що є одним із шляхів подолання дефіциту донорських ресурсів у хворих з дермальними глибокими поширеними опіками та підвищення ефективності їх лікування. 2. Запропонований спосіб лікування донорських ран економічно дешевий, високоефективний та доступний для кожного відділення.

**УДК: 616-005.1:616.411**

## **ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ СЕЛЕЗІНКИ ШЛЯХОМ ПЕРЕВ'ЯЗКИ СЕЛЕЗІНКОВОЇ АРТЕРІЇ БІОДЕГРАДУЮЧИМ ШОВНИМ МАТЕРІАЛОМ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)**

**Погорілий В.В., Бойко Г.А., Давидюк І.А**

Кафедра дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

У зв'язку з ростом дитячого травматизму взагалі, і травм органів черевної порожнини зокрема (до 20,5% від усіх пошкоджень), своєчасна діагностика і адекватне лікування таких ушкоджень залишається актуальним. Проблема лікування травмованих дітей полягає не тільки у своєчасній діагностиці, а й у виборі хірургічної тактики і методики оперативного втручання. При пошкодженні паренхіматозних органів розриви селезінки зустрічаються до 57,1% випадків.

Сегментарна резекція і видалення селезінки, особливо в дитячому віці, призводить до аспленізму з високим ризиком розвитку постспленектомічного сепсису. Ось чому необхідною умовою оперативних втручань є органозберігаючі операції для профілактики цих грізних ускладнень.

*Мета дослідження* - в експерименті на тваринах дослідити ефективність зупинки кровотечі із пошкодженої селезінки шляхом перев'язки а. lienalis та оцінити можливість і терміни реканалізації селезінкової артерії після її перев'язки біодеградуючим шовним матеріалом.

Експеримент проводиться на собаках, оскільки кровопостачання селезінки і топографічні співвідношення селезінкової артерії та вени, підшлункової залози, шлунка у собак найближчі до топографічної анатомії даних структур у людини.

Під загальним знеболенням (каліпсол 8-10 мг/кг) у 8 собак (цуциків) віком до 1 року проводилась лапаротомія, моделювалось пошкодження селезінки І-ІІ ст. (за класифікацією пошкодження селезінки Американської Асоціації з хірургії травми, 1989) шляхом травмування капсули та паренхіми селезінки глибиною 1 - 3 см., без захоплення великих чи трабекулярних судин до появи активної кровотечі. В подальшому проводилось накладання лігатури у проксимальній чи середній частині а. lienalis. Було використано шовний матеріал ВІКРИЛ Рапід 2-0, 3-0 (Ethicon). Післяопераційна рана поширово ушивалась окремими вузловими швами.

На 3, 7, 21, 45 добу після операції собакам виконувалась релапаротомія, спленектомія та резекція а. lienalis у місці перев'язки з подальшим гістологічним дослідженням макропрепаратів. Повне розсмоктування шовного матеріалу відбувалось на 45 день шляхом гідролізу, який супроводжувався мінімальною тканинною реакцією. Слабка тканинна реакція була сприяючим фактором у подальшій реканалізації а. lienalis в терміни загоєння ран селезінки.

Висновки: 1. Перев'язка а. lienalis у експерименті на тваринах є ефективним способом зупинки кровотечі із селезінки незалежно від ступеня її пошкодження. 2. Біодеградуючий матеріал (ВІКРИЛ Рапід) повністю розсмоктується на 45 добу, що призводить до відновлення кровотоку по а. lienalis і селезінці.

УДК: 616.002.3:616-002:613.4

## **ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА**

**Поліщук І.В.**

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Лікування гнійних ран і гострих хірургічних захворювань м'яких тканин - актуальна проблема сучасної хірургії. Супутня надлишкова маса тіла та ожиріння є обтяжуючими для перебігу хвороби і лікування пацієнту факторами. В даній праці ми порівняли деякі лабораторні і фізикальні показники перебігу хвороби таких пацієнтів.

Проведено аналіз 71 історії хвороби пацієнтів з гнійною патологією, котрих поділити на 4 групи. I групу склали пацієнти з нормальною масою тіла і надлишковою вагою (ІМТ=20,0-27,9), II групу з легким та середнім ступенем ожиріння (ІМТ=28,0 - 34,9), в III групу відповідно увійшли пацієнти з важким (ІМТ=35,0-39,9) і в IV - дуже важким ступенем ожиріння (ІМТ=40,0 і вище). Кількість хворих по групах склала 18, 18, 13 і 22 пацієнтів відповідно. Вік хворих в групах був приблизно однаковим, і складав в середньому 43-56 років.

Серед патологій найчастіше зустрічались постін'єкційний абсцес (16 хворих), абсцеси різних розташувань (12), карбункули і фурункули (по 9), флегмони (5), аденофлегмони і лімфаденіти (по 4), інфіковані гематоми (3), інфіковані рани, нагноєні атероми і кисти, ускладнені бешихи, пролежні та ін.

Як відомо, тривалість перебування хворого в стаціонарі характеризує важкість перебігу хвороби і ефективність лікування. Помічено збільшення даного показника зі збільшенням маси тіла пацієнтів, що склало по групах відповідно 8,55; 9,11; 15,46 і 17,36 ліжко-днів, водночас в III і IV групах мінімальний термін перебування склав 6 ліжко-днів, що свідчить про неможливість раннього переведення хворих з важкими ступенями ожиріння на амбулаторне лікування. При госпіталізації в стаціонар температура тіла у пацієнтів з супутнім ожирінням була менша, ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла, і склала в групах 37,46°C; 37,36°C; 37,14°C і 37,2°C відповідно.

Помічена пряма залежність зміни лабораторних показників зі збільшенням маси тіла. При госпіталізації хворих у стаціонар кількість лейкоцитів склала в I групі  $8,98 \cdot 10^9/\text{л}$ , в II групі -  $9,16 \cdot 10^9/\text{л}$ , а поряд з цим у III та IV групах відповідно -  $9,73 \cdot 10^9/\text{л}$  і  $11,07 \cdot 10^9/\text{л}$ . Зниження кількості лейкоцитів периферичної крові в процесі стаціонарного лікування у пацієнтів III і IV групи відбувалось значно повільніше, аніж у пацієнтів I і II групи. Це може свідчити про тривале регресування хвороби у пацієнтів з ожирінням. Лейкоцитарний індекс інтоксикації при зростаючій масі тіла спочатку знижується, а потім стрімко наростає. Його рівень склав в групах 3,05; 1,08; 2,89 і 8,92 відповідно, що пояснює важчий перебіг гнійно-запальних захворювань в осіб з ожирінням.

Висновок: узагальнюючи наведені результати аналізу історій хвороб можна стверджувати, що пацієнти з надлишковою масою тіла і, особливо, з ожирінням мають інший ступінь прояву симптомів запалення, потребують прискіпливої уваги при діагностиці гнійно-запальних захворювань, особливих підходів до тактики лікування і тривалішого перебування в стаціонарі.

УДК: 616-08:616-089:616-002

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРІАПІКАЛЬНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ**

**Поліщук С.С.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Останнім часом набуває розвитку тенденція органозберігаючих хірургічних методів лікування запальних періапикальних процесів. Незважаючи на значні досягнення в лікуванні таких хворих, залишається проблема - функціональне збереження зубів з періапикальними запальними процесами. Найбільше поширення мають із відомих органозберігаючих операції - гранулемектомії та цистектомії, які поєднуються з резекцією верхівки кореня. При цьому практика показує, що позитивний вплив на утворення кісткової тканини при періапикальних дефектах має використання остеопластичних речовин на основі гідроксиапатитів. На сьогоднішній день існує велика кількість остеопластичних матеріалів, які мають свої позитивні та негативні сторони, що потребує певного вивчення та пояснення.

Мета нашої роботи полягала в порівняльній характеристиці використанні "Колаполу КП-ЗЛМ" та "Колапану" при хірургічному лікуванні періапикальних запальних процесів.

В рамках дослідження проведено 18 оперативних втручань для хворих з діагнозами хронічний гранулематоз-

УДК: 616.002.3:616-002:613.4

## **ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА**

**Поліщук І.В.**

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Лікування гнійних ран і гострих хірургічних захворювань м'яких тканин - актуальна проблема сучасної хірургії. Супутня надлишкова маса тіла та ожиріння є обтяжуючими для перебігу хвороби і лікування пацієнту факторами. В даній праці ми порівняли деякі лабораторні і фізикальні показники перебігу хвороби таких пацієнтів.

Проведено аналіз 71 історії хвороби пацієнтів з гнійною патологією, котрих поділити на 4 групи. I групу склали пацієнти з нормальною масою тіла і надлишковою вагою (ІМТ=20,0-27,9), II групу з легким та середнім ступенем ожиріння (ІМТ=28,0 - 34,9), в III групу відповідно увійшли пацієнти з важким (ІМТ=35,0-39,9) і в IV - дуже важким ступенем ожиріння (ІМТ=40,0 і вище). Кількість хворих по групах склала 18, 18, 13 і 22 пацієнтів відповідно. Вік хворих в групах був приблизно однаковим, і складав в середньому 43-56 років.

Серед патологій найчастіше зустрічались постін'єкційний абсцес (16 хворих), абсцеси різних розташувань (12), карбункули і фурункули (по 9), флегмони (5), аденофлегмони і лімфаденіти (по 4), інфіковані гематоми (3), інфіковані рани, нагноєні атероми і кисти, ускладнені бешихи, пролежні та ін.

Як відомо, тривалість перебування хворого в стаціонарі характеризує важкість перебігу хвороби і ефективність лікування. Помічено збільшення даного показника зі збільшенням маси тіла пацієнтів, що склало по групах відповідно 8,55; 9,11; 15,46 і 17,36 ліжко-днів, водночас в III і IV групах мінімальний термін перебування склав 6 ліжко-днів, що свідчить про неможливість раннього переведення хворих з важкими ступенями ожиріння на амбулаторне лікування. При госпіталізації в стаціонар температура тіла у пацієнтів з супутнім ожирінням була менша, ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла, і склала в групах 37,46°C; 37,36°C; 37,14°C і 37,2°C відповідно.

Помічена пряма залежність зміни лабораторних показників зі збільшенням маси тіла. При госпіталізації хворих у стаціонар кількість лейкоцитів склала в I групі  $8,98 \cdot 10^9/\text{л}$ , в II групі -  $9,16 \cdot 10^9/\text{л}$ , а поряд з цим у III та IV групах відповідно -  $9,73 \cdot 10^9/\text{л}$  і  $11,07 \cdot 10^9/\text{л}$ . Зниження кількості лейкоцитів периферичної крові в процесі стаціонарного лікування у пацієнтів III і IV групи відбувалось значно повільніше, аніж у пацієнтів I і II групи. Це може свідчити про тривале регресування хвороби у пацієнтів з ожирінням. Лейкоцитарний індекс інтоксикації при зростаючій масі тіла спочатку знижується, а потім стрімко наростає. Його рівень склав в групах 3,05; 1,08; 2,89 і 8,92 відповідно, що пояснює важчий перебіг гнійно-запальних захворювань в осіб з ожирінням.

Висновок: узагальнюючи наведені результати аналізу історій хвороб можна стверджувати, що пацієнти з надлишковою масою тіла і, особливо, з ожирінням мають інший ступінь прояву симптомів запалення, потребують прискіпливої уваги при діагностиці гнійно-запальних захворювань, особливих підходів до тактики лікування і тривалішого перебування в стаціонарі.

УДК: 616-08:616-089:616-002

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРІАПІКАЛЬНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ**

**Поліщук С.С.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Останнім часом набуває розвитку тенденція органозберігаючих хірургічних методів лікування запальних періапикальних процесів. Незважаючи на значні досягнення в лікуванні таких хворих, залишається проблема - функціональне збереження зубів з періапикальними запальними процесами. Найбільше поширення мають із відомих органозберігаючих операції - гранулемектомії та цистектомії, які поєднуються з резекцією верхівки кореня. При цьому практика показує, що позитивний вплив на утворення кісткової тканини при періапикальних дефектах має використання остеопластичних речовин на основі гідроксиапатитів. На сьогоднішній день існує велика кількість остеопластичних матеріалів, які мають свої позитивні та негативні сторони, що потребує певного вивчення та пояснення.

Мета нашої роботи полягала в порівняльній характеристиці використанні "Колаполу КП-ЗЛМ" та "Колапану" при хірургічному лікуванні періапикальних запальних процесів.

В рамках дослідження проведено 18 оперативних втручань для хворих з діагнозами хронічний гранулематоз-



ний періодонтит чи радикулярна кіста. З них 6 оперативних втручань проведено без використання остеопластичної речовини, 7 з використанням "Колаполу КП-ЗЛМ" та 7 хворих - з використанням "Колапану". Вік хворих коливався в межах 21-39 років. Хворим проводилися операції гранулемектомія або цистектомії в поєднанні з резекцією верхівки кореня. Оцінка ефективності проводилася на основі клініко-рентгенологічних показників. Клінічно оцінювались місцеві прояви болі, набряку, наявність серозного ексудату з використанням шкали: 1 бал - відсутність ознаки прояву, 2 - незначно виражена ознака, 3 - виражена, 4 - значно виражена. Клінічні спостереження проводилося на 1-й, 3-й, 5-й, 7-й день після оперативного втручання, а рентгенологічні на 3-й, 6-й, 9-й, 12-й місяці після оперативного втручання.

Беручи до уваги отримані клініко-рентгенологічні показники післяопераційного періоду, можна трактувати, що краще загоєння рани відбувається в групах хворих з використанням остеопластичних речовин, особливо "Колаполу КП-ЗЛМ". У хворих відмічали зменшення болі, набряку, було відмічено менші виділення серозного ексудату з рани. Рентгенологічно відмічено прискорення процесів регенерації кісткової тканини в періапикальній ділянці в групі хворих, де мало місце використанням "Колаполу КП-ЗЛМ",

На основі проведеного дослідження можна зробити наступні висновки: 1. Використання остеопластичних матеріалів має позитивний вплив на ранній та пізній післяопераційний період у хворих з запальними процесами періапикальних тканин. 2. Використання "Колаполу КП-ЗЛМ" покращує післяопераційний період загоєння рани. 3. "Колапол КП-ЗЛМ" прискорює процеси загоєння періапикального кісткового дефекту. 4. Заміщення кісткового періапикального дефекту "Колаполом КП-ЗЛМ" подовжує функціонування зуба. "Колапол КП-ЗЛМ" може бути препаратом вибору при хірургічному лікуванні періапикальних запальних процесів зубів.

**УДК:** 617-089.28-082:616-089:616.6

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІПРОПІЛЕНОВИХ ЕНДОПРОТЕЗІВ ДЛЯ ПРОТЕЗУВАННЯ ФАСЦІАЛЬНО-ЛІГАМЕНТАРНОГО АПАРАТУ В СУЧАСНІЙ ОПЕРАТИВНІЙ УРОГІНЕКОЛОГІЇ**

**Процепко О.О., Сторожук М.С., Мазорчук Б.Ф.**

Кафедра акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Провідними проблемами сучасної урогінекології вважається нетримання сечі (incontinencia) та опущення і випадіння внутрішніх статевих органів (ОіВВСО). Використання тільки власних тканин для репозиції аномалій положення матки та органів малого тазу чи нетримання сечі напружи підвищує ризик рецидиву особливо в разі синдрому дисплазії сполучної тканини.

На сьогоднішній день в хірургії тазового дна широко використовуються синтетичні матеріали. Слід відмітити, що використання синтетичних матеріалів в лікуванні ОіВВСО дозволило змінити принципи хірургії тазового дна, головним з яких слід вважати можливість протезування лігаментарного та фасціального апарату органів малого тазу. Тому досить актуальним залишається питання вибору типу синтетичного матеріалу в залежності від виду оперативного втручання. З опублікованих експериментальних даних відомо, що поліпропілен є найбільш адекватним матеріалом для вільних від напруги протезів, що використовуються для усунення уринарної інконтиненції та пластичних операцій з приводу генітального пролапсу у жінок

Мета дослідження: визначення критеріїв вибору між мульти- та монофіламентними поліпропіленовими ендопротезами в сучасній реконструктивній урогінекології.

Експериментальне дослідження проводилось на лабораторних тваринах - 18 кролях жіночої статі. Тварини розподілені на 2 групи в залежності від кольору. Виконувалась імплантація моно- та мультифіламентного поліпропіленового ендопротезів в передню стінку живота кролів. Тварини виводились з експерименту на 3, 7, 14, 21, 30 добу по 1-2 тварині з кожної групи після нембуталового наркозу. Вивчення характеру морфологічних змін в гістологічних зрізах тканин здійснювалось під бінокулярним мікроскопом. Потрібні мікрооб'єкти сфотографовані. Для вимірювання зусилля, що призводить до повного відокремлення ендопротеза від навколишніх тканин, був використаний принцип вимірювання ваги лінійного навантаження.

Оцінюючи взаємодію тканин передньої черевної стінки з моно- та мультифіламентним імплантатом впродовж 30 діб, нами встановлено наступне. Вплив мультифіламентного імплантату викликає більш активне запалення з участю макрофагів, лімфоцитів, еозинофілів, нейтрофілів. В решті решт утворюється фіброзна тканина, яка в випадку мультифіламентної сітки є масивнішою. З'ясується, що інтенсивність макрофагальної інфільтрації та товщина фіброзної капсули прямо залежить від щільності сітки: чим більша щільність, тим макрофагальна реакція менша і навпаки.

ний періодонтит чи радикулярна кіста. З них 6 оперативних втручань проведено без використання остеопластичної речовини, 7 з використанням "Колаполу КП-ЗЛМ" та 7 хворих - з використанням "Колапану". Вік хворих коливався в межах 21-39 років. Хворим проводилися операції гранулемектомія або цистектомії в поєднанні з резекцією верхівки кореня. Оцінка ефективності проводилася на основі клініко-рентгенологічних показників. Клінічно оцінювались місцеві прояви болі, набряку, наявність серозного ексудату з використанням шкали: 1 бал - відсутність ознаки прояву, 2 - незначно виражена ознака, 3 - виражена, 4 - значно виражена. Клінічні спостереження проводилося на 1-й, 3-й, 5-й, 7-й день після оперативного втручання, а рентгенологічні на 3-й, 6-й, 9-й, 12-й місяці після оперативного втручання.

Беручи до уваги отримані клініко-рентгенологічні показники післяопераційного періоду, можна трактувати, що краще загоєння рани відбувається в групах хворих з використанням остеопластичних речовин, особливо "Колаполу КП-ЗЛМ". У хворих відмічали зменшення болі, набряку, було відмічено менші виділення серозного ексудату з рани. Рентгенологічно відмічено прискорення процесів регенерації кісткової тканини в періапикальній ділянці в групі хворих, де мало місце використанням "Колаполу КП-ЗЛМ",

На основі проведеного дослідження можна зробити наступні висновки: 1. Використання остеопластичних матеріалів має позитивний вплив на ранній та пізній післяопераційний період у хворих з запальними процесами періапикальних тканин. 2. Використання "Колаполу КП-ЗЛМ" покращує післяопераційний період загоєння рани. 3. "Колапол КП-ЗЛМ" прискорює процеси загоєння періапикального кісткового дефекту. 4. Заміщення кісткового періапикального дефекту "Колаполом КП-ЗЛМ" подовжує функціонування зуба. "Колапол КП-ЗЛМ" може бути препаратом вибору при хірургічному лікуванні періапикальних запальних процесів зубів.

**УДК:** 617-089.28-082:616-089:616.6

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІПРОПІЛЕНОВИХ ЕНДОПРОТЕЗІВ ДЛЯ ПРОТЕЗУВАННЯ ФАСЦІАЛЬНО-ЛІГАМЕНТАРНОГО АПАРАТУ В СУЧАСНІЙ ОПЕРАТИВНІЙ УРОГІНЕКОЛОГІЇ**

**Процепко О.О., Сторожук М.С., Мазорчук Б.Ф.**

Кафедра акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Провідними проблемами сучасної урогінекології вважається нетримання сечі (incontinencia) та опущення і випадіння внутрішніх статевих органів (ОіВВСО). Використання тільки власних тканин для репозиції аномалій положення матки та органів малого тазу чи нетримання сечі напружи підвищує ризик рецидиву особливо в разі синдрому дисплазії сполучної тканини.

На сьогоднішній день в хірургії тазового дна широко використовуються синтетичні матеріали. Слід відмітити, що використання синтетичних матеріалів в лікуванні ОіВВСО дозволило змінити принципи хірургії тазового дна, головним з яких слід вважати можливість протезування лігаментарного та фасціального апарату органів малого тазу. Тому досить актуальним залишається питання вибору типу синтетичного матеріалу в залежності від виду оперативного втручання. З опублікованих експериментальних даних відомо, що поліпропілен є найбільш адекватним матеріалом для вільних від напруги протезів, що використовуються для усунення уринарної інконтиненції та пластичних операцій з приводу генітального пролапсу у жінок

Мета дослідження: визначення критеріїв вибору між мульти- та монофіламентними поліпропіленовими ендопротезами в сучасній реконструктивній урогінекології.

Експериментальне дослідження проводилось на лабораторних тваринах - 18 кролях жіночої статі. Тварини розподілені на 2 групи в залежності від кольору. Виконувалась імплантація моно- та мультифіламентного поліпропіленового ендопротезів в передню стінку живота кролів. Тварини виводились з експерименту на 3, 7, 14, 21, 30 добу по 1-2 тварині з кожної групи після нембуталового наркозу. Вивчення характеру морфологічних змін в гістологічних зрізах тканин здійснювалось під бінокулярним мікроскопом. Потрібні мікрооб'єкти сфотографовані. Для вимірювання зусилля, що призводить до повного відокремлення ендопротеза від навколишніх тканин, був використаний принцип вимірювання ваги лінійного навантаження.

Оцінюючи взаємодію тканин передньої черевної стінки з моно- та мультифіламентним імплантатом впродовж 30 діб, нами встановлено наступне. Вплив мультифіламентного імплантату викликає більш активне запалення з участю макрофагів, лімфоцитів, еозинофілів, нейтрофілів. В решті решт утворюється фіброзна тканина, яка в випадку мультифіламентної сітки є масивнішою. З'ясується, що інтенсивність макрофагальної інфільтрації та товщина фіброзної капсули прямо залежить від щільності сітки: чим більша щільність, тим макрофагальна реакція менша і навпаки.

Протягом місяця спостереження стійкість мультифіламентного ендопротезу до лінійних навантажень згідно результатів перевищувала стійкість монофіламентного. Подібна відмінність спостерігалась з сьомою доби ( $21,6 \pm 1,7$  проти  $29,5 \pm 1,5$  г. для відокремлення монофіламентного та мультифіламентного відповідно,  $p \leq 0,05$ ) і до 30-ї ( $107,2 \pm 3,1$  проти  $140,2 \pm 4,6$  г. для відокремлення монофіламентного та мультифіламентного відповідно,  $p \leq 0,05$ ).

На основі результатів дослідження зроблені висновки і пропозиції щодо використання різних типів поліпропіленових ендопротезів: 1. Реакція оточуючої тканини на імплантацію мультифіламентного ендопротезу відрізняється більшою щільністю утвореної сполучної тканини навколо сітки і більш міцною (в 1,3 рази) фіксацією на відміну від монофіламентного. 2. Висновок: виходячи з отриманих спостережень реакції оточуючих тканин на імпланти двох типів та відповідної різниці щодо стійкості до лінійних навантажень з'ясовано, що для протезування фасціального апарату піхви більш доцільно використовувати монофіламентні сітки. Тоді, як мультифіламентні синтетичні матеріали - для ендопротезування лігаментарного уrogenітального апарату.

**УДК:** 612.017.3:616-009.624

## **АЛЕРГІЯ ДО МІСЦЕВИХ АНЕСТЕТИКІВ СЕРЕД РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ**

**Римарчук О.М.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

З точки зору алергології швидкий розвиток хіміотерапії хвороб є надзвичайно небезпечним. Зрозуміло, що з ростом кількості лікарських засобів, має зростати і кількість побічних реакцій при їх застосуванні. Тим більше, що зараз людина в різний спосіб контактує з багатьма іншими хімічними речовинами - на виробництві, у побуті, вживає їх з їжею тощо. Все це відбувається на протязі 100-150 років, що в еволюції живих істот, включаючи людину, не є достатнім строком. Тобто, еволюційно пристосуватися до цього людина ще не могла. Тому слід очікувати наявності значної кількості побічних реакцій на лікарські засоби. І вони є, про що свідчать літературні дані, зокрема про те, що до 5% хворих у стаціонарних медичних закладах всього світу перебувають там саме внаслідок побічної дії ліків. У США щорічно реєструють понад 100 тисяч випадків побічних реакцій, небезпечних для життя або таких, що закінчуються смертю. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2004), летальність при фармакотерапії займає 5 місце в світі після серцево-судинних, онкологічних, легеневих захворювань, травм і складає 0,1%, тоді як при хірургічних втручаннях вона є у 10 разів меншою (0,01%).

У відповідності до "Офіційного заключення проблемної комісії по номенклатурі ЕААСІ" (2001), неадекватні реакції на лікарських засобів слід відносити до лікарської гіперчутливості. Якщо вона опосередкована імунологічними механізмами - адекватним терміном є лікарська алергія (ЛА). В залежності від імунологічних реакцій, що переважають, вона може бути негайного (опосередкована антитілами) чи уповільненого типу (що опосередкована лімфоцитами).

За літературними і нашими власними даними найбільш часто у якості етіологічних факторів МА виступають антибіотики, вітаміни, нестероїдні протизапальні засоби, анальгетики і місцеві анестетики, рентген-контрастні речовини, плазмозамішувачі, гормони, вакцини та сироватки. Якихось характерних для певного ЛЗ побічних реакцій не існує. За даними проф. С.А.Рабіновича, викладеними у доповіді на VII Російському національному конгресі "Людина та ліки" у квітні 2000 року, тільки за один рік у Росії 400 пацієнтів загинуло у кріслі лікаря-стоматолога.

Метою нашого дослідження стало вивчення поширеності лікарської алергії до місцевих анестетиків. Обстеження проводилось серед населення Вінницької області методом анкетування, загальна кількість обстежених - 300 осіб.

Були поставлені питання, які дозволяють встановити кількість осіб, що знеболювались під час стоматологічних втручань та які відчули побічну дію місцевих анестетиків. Для кращого розуміння респондентами термін "алергія" описаний посимптомно у вигляді групи ознак. На основі отриманої інформації було сформовані три групи обстежених, по 100 в кожній. Перша - "Контрольна", до якої увійшли соматично здорові люди, яким під час стоматологічних втручань проводилось місцеве знеболення. Друга - "Загальна". До цієї групи увійшли пацієнти, що мають загальні скарги на здоров'я. Третя - "Алергічна" включає осіб, що мають захворювання алергічного генезу. Всім пацієнтам трьох вказаних груп під час стоматологічного лікування проводилось місцеве знеболення.

Було встановлено, що в першій групі 2 пацієнта відчули побічну дію місцевого анестетика, що складає 2 відсотка. У другій - 9 осіб. І в третій - 34 пацієнта мали прояви побічної дії.

Висновок: серед соматично здорових осіб частота побічної дії місцевих анестетиків складає 2 відсотка. У осіб, що мають прояви хвороб неалергічного походження цей відсоток складає 10. Найбільша частота побічної дії місцевих анестетиків зустрічається серед пацієнтів з хворобами алергічного походження і становить 29 відсотків.

Протягом місяця спостереження стійкість мультифіламентного ендопротезу до лінійних навантажень згідно результатів перевищувала стійкість монофіламентного. Подібна відмінність спостерігалась з сьомої доби ( $21,6 \pm 1,7$  проти  $29,5 \pm 1,5$  г. для відокремлення монофіламентного та мультифіламентного відповідно,  $p \leq 0,05$ ) і до 30-ї ( $107,2 \pm 3,1$  проти  $140,2 \pm 4,6$  г. для відокремлення монофіламентного та мультифіламентного відповідно,  $p \leq 0,05$ ).

На основі результатів дослідження зроблені висновки і пропозиції щодо використання різних типів поліпропіленових ендопротезів: 1. Реакція оточуючої тканини на імплантацію мультифіламентного ендопротезу відрізняється більшою щільністю утвореної сполучної тканини навколо сітки і більш міцною (в 1,3 рази) фіксацією на відміну від монофіламентного. 2. Висновок: виходячи з отриманих спостережень реакції оточуючих тканин на імпланти двох типів та відповідної різниці щодо стійкості до лінійних навантажень з'ясовано, що для протезування фасціального апарату піхви більш доцільно використовувати монофіламентні сітки. Тоді, як мультифіламентні синтетичні матеріали - для ендопротезування лігаментарного уrogenітального апарату.

**УДК:** 612.017.3:616-009.624

## **АЛЕРГІЯ ДО МІСЦЕВИХ АНЕСТЕТИКІВ СЕРЕД РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ**

**Римарчук О.М.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

З точки зору алергології швидкий розвиток хіміотерапії хвороб є надзвичайно небезпечним. Зрозуміло, що з ростом кількості лікарських засобів, має зростати і кількість побічних реакцій при їх застосуванні. Тим більше, що зараз людина в різний спосіб контактує з багатьма іншими хімічними речовинами - на виробництві, у побуті, вживає їх з їжею тощо. Все це відбувається на протязі 100-150 років, що в еволюції живих істот, включаючи людину, не є достатнім строком. Тобто, еволюційно пристосуватися до цього людина ще не могла. Тому слід очікувати наявності значної кількості побічних реакцій на лікарські засоби. І вони є, про що свідчать літературні дані, зокрема про те, що до 5% хворих у стаціонарних медичних закладах всього світу перебувають там саме внаслідок побічної дії ліків. У США щорічно реєструють понад 100 тисяч випадків побічних реакцій, небезпечних для життя або таких, що закінчуються смертю. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2004), летальність при фармакотерапії займає 5 місце в світі після серцево-судинних, онкологічних, легеневих захворювань, травм і складає 0,1%, тоді як при хірургічних втручаннях вона є у 10 разів меншою (0,01%).

У відповідності до "Офіційного заключення проблемної комісії по номенклатурі ЕААСІ" (2001), неадекватні реакції на лікарських засобів слід відносити до лікарської гіперчутливості. Якщо вона опосередкована імунологічними механізмами - адекватним терміном є лікарська алергія (ЛА). В залежності від імунологічних реакцій, що переважають, вона може бути негайного (опосередкована антитілами) чи уповільненого типу (що опосередкована лімфоцитами).

За літературними і нашими власними даними найбільш часто у якості етіологічних факторів МА виступають антибіотики, вітаміни, нестероїдні протизапальні засоби, анальгетики і місцеві анестетики, рентген-контрастні речовини, плазмозамішувачі, гормони, вакцини та сироватки. Якихось характерних для певного ЛЗ побічних реакцій не існує. За даними проф. С.А.Рабіновича, викладеними у доповіді на VII Російському національному конгресі "Людина та ліки" у квітні 2000 року, тільки за один рік у Росії 400 пацієнтів загинуло у кріслі лікаря-стоматолога.

Метою нашого дослідження стало вивчення поширеності лікарської алергії до місцевих анестетиків. Обстеження проводилось серед населення Вінницької області методом анкетування, загальна кількість обстежених - 300 осіб.

Були поставлені питання, які дозволяють встановити кількість осіб, що знеболювались під час стоматологічних втручань та які відчули побічну дію місцевих анестетиків. Для кращого розуміння респондентами термін "алергія" описаний посимптомно у вигляді групи ознак. На основі отриманої інформації було сформовано три групи обстежених, по 100 в кожній. Перша - "Контрольна", до якої увійшли соматично здорові люди, яким під час стоматологічних втручань проводилось місцеве знеболення. Друга - "Загальна". До цієї групи увійшли пацієнти, що мають загальні скарги на здоров'я. Третя - "Алергічна" включає осіб, що мають захворювання алергічного ґенезу. Всім пацієнтам трьох вказаних груп під час стоматологічного лікування проводилось місцеве знеболення.

Було встановлено, що в першій групі 2 пацієнта відчули побічну дію місцевого анестетика, що складає 2 відсотка. У другій - 9 осіб. І в третій - 34 пацієнта мали прояви побічної дії.

Висновок: серед соматично здорових осіб частота побічної дії місцевих анестетиків складає 2 відсотка. У осіб, що мають прояви хвороб неалергічного походження цей відсоток складає 10. Найбільша частота побічної дії місцевих анестетиків зустрічається серед пацієнтів з хворобами алергічного походження і становить 29 відсотків.

УДК: 616-072.1:616.345(477.44)

## **ЕНДОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ У ПОПУЛЯЦІЇ МІСТА ВІННИЦІ**

*Рогожа В.М., Низькошапка С.М.*

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Товста кишка, являється кінцевим відділом шлунково-кишкового тракту, виконує важливі функції. В ній проходить всмоктування води і водорозчинних речовин, формування калових мас і виділення шлаків з організму. Анатомічно вона підрозділяється на два основних відділи - ободову і пряму кишку і має загальну довжину до 1,5м (при цьому довжина прямої кишки складає всього лише 1/10 всієї товстої кишки, тобто 15см).

В теперішній час рак товстої кишки (ободової та прямої) трактується спільно - і майже завжди застосовують термін колоректальний рак, ріст захворюваності якого за останні роки відмічається в усіх економічно розвинутих країнах світу. За даними наукових джерел, в Україні рак ободової кишки склав 5,6% серед всіх злоякісних пухлин і зайняв серед них - 5 місце, рак прямої кишки складає 4,9% і займає відповідно 6 місце.

Пік захворюваності раком товстої кишки спостерігається після 50 років. Раком ободової кишки чоловіки хворіють в 1,5-2 рази рідше, ніж жінки, проте раком прямої кишки, навпаки, - в 1,5 рази частіше.

Велику роль в розвитку колоректального раку мають передракові захворювання. Основними передраковими процесами являються поліпи. Одиночні поліпи малігнізуються в 10-20% випадків. Також до передракових захворювань відносять: неспецифічний виразковий коліт, спастичний коліт, дивертикуліт, сигмоїдит, хвороба Крона, параректальні нориці, хронічні тріщини анального отвору, дермоїдні кісти і куприкові ходи, геморої та інші.

Не дивлячись на вдосконалення методів обстеження хворих з використанням рентгенодіагностичної та ендоскопічної техніки, розширення мереж добре укомплектованих медичних центрів, до теперішнього часу не вдалось вагомо покращити ситуацію з раною діагностикою колоректального раку: хворі поступають на лікування в стаціонари в більшості випадків з III - IV стадією захворювання.

Метою нашого дослідження було вивчення та аналіз результатів фіброколоноскопії у пацієнтів м. Вінниця за 2008 рік, яким проведено обстеження в ендоскопічному кабінеті міської поліклініки №2.

Обстеження провели 223 пацієнтам, серед яких 150 (67,3%) жінок, та 73 (32,7%) чоловіків. Наймолодшому пацієнту було 19 років, найстаршому - 87.

Серед обстежених у 137 (61,4%) пацієнтів виявили запальні захворювання товстої кишки (сигмоїдит, хронічний атонічний коліт, хронічний спастичний коліт, проктосигмоїдит, ректосигмоїдит) із них у 76, а це 55,5% захворювання носить хронічний, довготривалий перебіг; у 19 (8,5%) пацієнтів виявили доліхосигму; в 15 (6,7%) пацієнтів були знайдені поліпи різних розмірів, кількості та локалізації, деякі з них, які викликали сумніви, взяті на гістологічне дослідження; у 10 (4,5%) обстежених виявили тріщини прямої кишки, комбінований геморої та дивертикули сигмовидної кишки; у 26 (11,7%) хворих було виявлено пухлинні утворення, які були взяті на гістологічне дослідження, із них у 15 хворих за даними заключення морфологічного дослідження було діагностовано аденокарциному; у 16 (7,2%) обстежених патології виявлено не було.

Виявлено пухлини товстої кишки у хворих: 17 (65,4%) чоловіків та 9 (34,6%) жінок. Усім пацієнтам понад 50 років. У чоловіків частіше діагностувались пухлини прямої кишки 10 (58,9%), а пухлини сигмовидної кишки у 7 (41,1%) випадках. У жінок, навпаки, пухлини сигмовидної кишки мали місце в 5 (55,5%) випадках, але і пухлини прямої кишки також досить часто - у 4 (44,5%) випадках.

Висновок: із результатів проведеного дослідження, на першому місці серед захворювань товстої кишки посідають запальні захворювання - 137 (61,4%) випадків, із них у 76 (55,5%) захворювання носить хронічний, довготривалий перебіг. У 26 (11,7%) пацієнтів було виявлено пухлинні утворення. У 15 із них морфологічно діагностовано аденокарциному. Слід відмітити, що із всіх обстежених (223 пацієнта) у 15 (6,7%) було знайдено поліпи різних розмірів, та в 10 (4,5%) пацієнтів - тріщини прямої кишки, комбінований геморої та дивертикули сигмовидної кишки, які безпосередньо являються групою ризику передракових захворювань товстої кишки.

УДК: 612.178+612.826

## **ЕФЕКТИ МІКРОСТИМУЛЯЦІЇ ДІЛЯНОК ГІПОКАМПУ (САЗ) У НАВЧЕНИХ ТА ІНТАКТНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ЩУРІВ**

*Рокунець І.Л.*

Кафедра нормальної фізіології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

УДК: 616-072.1:616.345(477.44)

## **ЕНДОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ У ПОПУЛЯЦІЇ МІСТА ВІННИЦІ**

*Рогожа В.М., Низькошапка С.М.*

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Товста кишка, являється кінцевим відділом шлунково-кишкового тракту, виконує важливі функції. В ній проходить всмоктування води і водорозчинних речовин, формування калових мас і виділення шлаків з організму. Анатомічно вона підрозділяється на два основних відділи - ободову і пряму кишку і має загальну довжину до 1,5м (при цьому довжина прямої кишки складає всього лише 1/10 всієї товстої кишки, тобто 15см).

В теперішній час рак товстої кишки (ободової та прямої) трактується спільно - і майже завжди застосовують термін колоректальний рак, ріст захворюваності якого за останні роки відмічається в усіх економічно розвинутих країнах світу. За даними наукових джерел, в Україні рак ободової кишки склав 5,6% серед всіх злоякісних пухлин і зайняв серед них - 5 місце, рак прямої кишки складає 4,9% і займає відповідно 6 місце.

Пік захворюваності раком товстої кишки спостерігається після 50 років. Раком ободової кишки чоловіки хворіють в 1,5-2 рази рідше, ніж жінки, проте раком прямої кишки, навпаки, - в 1,5 рази частіше.

Велику роль в розвитку колоректального раку мають передракові захворювання. Основними передраковими процесами являються поліпи. Одиночні поліпи малігнізуються в 10-20% випадків. Також до передракових захворювань відносять: неспецифічний виразковий коліт, спастичний коліт, дивертикуліт, сигмоїдит, хвороба Крона, параректальні нориці, хронічні тріщини анального отвору, дермоїдні кісти і куприкові ходи, геморої та інші.

Не дивлячись на вдосконалення методів обстеження хворих з використанням рентгенодіагностичної та ендоскопічної техніки, розширення мереж добре укомплектованих медичних центрів, до теперішнього часу не вдалось вагомо покращити ситуацію з раною діагностикою колоректального раку: хворі поступають на лікування в стаціонари в більшості випадків з III - IV стадією захворювання.

Метою нашого дослідження було вивчення та аналіз результатів фіброколоноскопії у пацієнтів м. Вінниця за 2008 рік, яким проведено обстеження в ендоскопічному кабінеті міської поліклініки №2.

Обстеження провели 223 пацієнтам, серед яких 150 (67,3%) жінок, та 73 (32,7%) чоловіків. Наймолодшому пацієнту було 19 років, найстаршому - 87.

Серед обстежених у 137 (61,4%) пацієнтів виявили запальні захворювання товстої кишки (сигмоїдит, хронічний атонічний коліт, хронічний спастичний коліт, проктосигмоїдит, ректосигмоїдит) із них у 76, а це 55,5% захворювання носить хронічний, довготривалий перебіг; у 19 (8,5%) пацієнтів виявили доліхосигму; в 15 (6,7%) пацієнтів були знайдені поліпи різних розмірів, кількості та локалізації, деякі з них, які викликали сумніви, взяті на гістологічне дослідження; у 10 (4,5%) обстежених виявили тріщини прямої кишки, комбінований геморої та дивертикули сигмовидної кишки; у 26 (11,7%) хворих було виявлено пухлинні утворення, які були взяті на гістологічне дослідження, із них у 15 хворих за даними заключення морфологічного дослідження було діагностовано аденокарциному; у 16 (7,2%) обстежених патології виявлено не було.

Виявлено пухлини товстої кишки у хворих: 17 (65,4%) чоловіків та 9 (34,6%) жінок. Усім пацієнтам понад 50 років. У чоловіків частіше діагностувались пухлини прямої кишки 10 (58,9%), а пухлини сигмовидної кишки у 7 (41,1%) випадках. У жінок, навпаки, пухлини сигмовидної кишки мали місце в 5 (55,5%) випадках, але і пухлини прямої кишки також досить часто - у 4 (44,5%) випадках.

Висновок: із результатів проведеного дослідження, на першому місці серед захворювань товстої кишки посідають запальні захворювання - 137 (61,4%) випадків, із них у 76 (55,5%) захворювання носить хронічний, довготривалий перебіг. У 26 (11,7%) пацієнтів було виявлено пухлинні утворення. У 15 із них морфологічно діагностовано аденокарциному. Слід відмітити, що із всіх обстежених (223 пацієнта) у 15 (6,7%) було знайдено поліпи різних розмірів, та в 10 (4,5%) пацієнтів - тріщини прямої кишки, комбінований геморої та дивертикули сигмовидної кишки, які безпосередньо являються групою ризику передракових захворювань товстої кишки.

УДК: 612.178+612.826

## **ЕФЕКТИ МІКРОСТИМУЛЯЦІЇ ДІЛЯНОК ГІПОКАМПУ (САЗ) У НАВЧЕНИХ ТА ІНТАКТНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ЩУРІВ**

*Рокунець І.Л.*

Кафедра нормальної фізіології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Дослідження проводилося на 7 лабораторних щурах, з яких 3 лабораторні тварини були використані як контрольні. В якості моделі було використано формування оперантних їждобувних рухів у щурів (діставання харчової кульки з годівниці). Попередньо лабораторні тварини були відсажені на "голод", після чого протягом 14 днів проводилось навчання (критерій навченості - чітка латералізація кінцівки, якою тварина дістає харчову кульку та мінімальна кількість помилок). Після навчання кожну лабораторну тварину було введено в наркоз (використовувалась комбінація інгаляційно - ефір, внутрішньочеревинно - кетамін), та за допомогою спеціально виготовлених мікроелектродів у стереотаксичній установці проведено мікростимуляцію (електростимулятор ЭС-50-1, струм мікростимуляції пропускали через стандартний атенуатор, паралельно проводився осцилографічний контроль форми сигналу, струми стимуляції в діапазоні від 10 мкА до 400 мкА). В якості контролю мікростимуляції було використано реєстрацію міограми з м'язів передніх кінцівок.

У навчених лабораторних щурів за даними електроміографії встановлено активацію м'язів іпсилатеральної кінцівки до сторони мікростимуляції гіпокампу (ділянка СА3), причому лапки, якою тварина за звичайних умов діставала харчові кульки з годівниці. Подібних явищ не спостерігалось у контрольній групі (не навчені тварини). Діапазон струмів ефективної мікростимуляції склав від 70 до 300 мкА.

Висновок: встановлені факти вказують на причетність гіпокампу (ділянка СА3) до організації запуску реалізації моторної програми. Отримані результати узгоджуються з літературними даними щодо морфологічних зв'язків гіпокампальних ділянок з моторними центрами (Dyrvik and Bland, 2004).

**УДК: 616-037:617-089:616.36-008.5**

## **ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ НЕПУХЛИННОЇ ЕТІОЛОГІЇ В РАНЬОМУ ТА ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДАХ**

**Саволук С.І.**

Кафедра хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Незадовільні результати комплексного хірургічного лікування хворих на ускладнені форми обтураційної жовтяниці непухлинної етіології (ОЖНПЕ) спрямовують вектор наукових досліджень в площину пошуку об'єктивних критеріїв прогнозування ризику розвитку та прогресування періопераційних ускладнень, структура яких визначається віком хворих, наявною супровідною соматичною патологією та станом її компенсації, причиною та тривалістю холестазу, ступенем печінкової дисфункції, тактикою та видом виконаної біліарної декомпресії, принципами комплексної періопераційної консервативної терапії.

*Мета* дослідження - провести аналіз прогностичної цінності показників клініко-лабораторного моніторингу щодо можливості їх використання в якості предикторів періопераційних ускладнень у хворих з ускладненими формами ОЖНПЕ.

В умовах клінічних баз кафедри хірургії № 2 ВМУ ім. М.І.Пирогова за 2000-2008рр. з приводу ОЖНПЕ оперовано 350 хворих. Середній вік становив  $60,7 \pm 0,79$ , жінок було 205 (58,6%) ( $62,1 \pm 1,09$ ), чоловіків - 145 (41,4%) ( $58,9 \pm 1,12$ ). Оцінка важкості стану за інтегральними шкалами (APACHE-2, MODS-2, ASA, SOFA, SAPS) визначила важкий стан в 24%(84); тривалість ОЖНПЕ більше 4 тижнів та білірубінемія понад 200мкмоль/л - 38%(133); згідно оцінки функціонального стану печінки субкомпенсована печінкова дисфункція (ПД) встановлена в 35%(122), декомпенсована ПД - 12%(42). Соматична патологія діагностована в 72% (252): по одному захворюванню - в 41,2% (144), по 2 - у 18% (63), по 3 - у 12,8% (45) хворих. Серед причин ускладненої ОЖНПЕ були холедохолітаз (250-71,4%), хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит (35-10%), кісти головки та тіла підшлункової залози (19-5,4%), тубулярний стеноз холедоха (10-2,9%), рубцеві стриктури холедоха за Bismuth II (4) та III (2) (6-1,7%) та біліарна патологія внаслідок ПХЕС (30-8,6%) у вигляді резидуального холедохолітазу (18-5,14%), рубцевих стриктур холедоха за Bismuth I (1), II (4), III (2) (7-2%), стенозуючого папіліту з резидуальним холедохолітазом (3-0,88%) та хронічним фіброзно-дегенеративним панкреатитом (2-0,58%). В 164 (46,9%) хворих спостерігався розвиток холангіту, жінок було 81 (49,4%), чоловіків - 83 (50,6%). Холангіт на тлі хронічного холециститу спостерігався в 79 (48,2%), деструктивного холециститу - 74 (45,1%), ПХЕС - 11 (6,7%).

В періопераційний період для виконання поставленої мети дослідження здійснювали моніторинг маркерів системної запальної відповіді, перекисного окислення ліпідів, оксидативно-нітрозативного статусу та антиоксидатного дисбалансу, ендотоксемії, структурно-метаболического стану печінки та імунної реактивності. Проведений мультифакторіальний кластерний аналіз первинного масиву клініко-лабораторних баз даних з побудовою прогностичної нейронної моделі на основі елементів нечіткої логіки для визначення прогностичної значущості предикторів

Дослідження проводилося на 7 лабораторних щурах, з яких 3 лабораторні тварини були використані як контрольні. В якості моделі було використано формування оперантних їждобувних рухів у щурів (діставання харчової кульки з годівниці). Попередньо лабораторні тварини були відсажені на "голод", після чого протягом 14 днів проводилось навчання (критерій навченості - чітка латералізація кінцівки, якою тварина дістає харчову кульку та мінімальна кількість помилок). Після навчання кожну лабораторну тварину було введено в наркоз (використовувалась комбінація інгаляційно - ефір, внутрішньочеревинно - кетамін), та за допомогою спеціально виготовлених мікроелектродів у стереотаксичній установці проведено мікростимуляцію (електростимулятор ЭС-50-1, струм мікростимуляції пропускали через стандартний атенуатор, паралельно проводився осцилографічний контроль форми сигналу, струми стимуляції в діапазоні від 10 мкА до 400 мкА). В якості контролю мікростимуляції було використано реєстрацію міограми з м'язів передніх кінцівок.

У навчених лабораторних щурів за даними електроміографії встановлено активацію м'язів іпсилатеральної кінцівки до сторони мікростимуляції гіпокампу (ділянка СА3), причому лапки, якою тварина за звичайних умов діставала харчові кульки з годівниці. Подібних явищ не спостерігалось у контрольній групі (не навчені тварини). Діапазон струмів ефективної мікростимуляції склав від 70 до 300 мкА.

Висновок: встановлені факти вказують на причетність гіпокампу (ділянка СА3) до організації запуску реалізації моторної програми. Отримані результати узгоджуються з літературними даними щодо морфологічних зв'язків гіпокампальних ділянок з моторними центрами (Dyrvik and Bland, 2004).

**УДК: 616-037:617-089:616.36-008.5**

## **ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ НЕПУХЛИННОЇ ЕТІОЛОГІЇ В РАНЬОМУ ТА ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДАХ**

**Саволук С.І.**

Кафедра хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Незадовільні результати комплексного хірургічного лікування хворих на ускладнені форми обтураційної жовтяниці непухлинної етіології (ОЖНПЕ) спрямовують вектор наукових досліджень в площину пошуку об'єктивних критеріїв прогнозування ризику розвитку та прогресування періопераційних ускладнень, структура яких визначається віком хворих, наявною супровідною соматичною патологією та станом її компенсації, причиною та тривалістю холестазу, ступенем печінкової дисфункції, тактикою та видом виконаної біліарної декомпресії, принципами комплексної періопераційної консервативної терапії.

*Мета* дослідження - провести аналіз прогностичної цінності показників клініко-лабораторного моніторингу щодо можливості їх використання в якості предикторів періопераційних ускладнень у хворих з ускладненими формами ОЖНПЕ.

В умовах клінічних баз кафедри хірургії № 2 ВНМУ ім. М.І.Пирогова за 2000-2008рр. з приводу ОЖНПЕ оперовано 350 хворих. Середній вік становив  $60,7 \pm 0,79$ , жінок було 205 (58,6%) ( $62,1 \pm 1,09$ ), чоловіків - 145 (41,4%) ( $58,9 \pm 1,12$ ). Оцінка важкості стану за інтегральними шкалами (APACHE-2, MODS-2, ASA, SOFA, SAPS) визначила важкий стан в 24%(84); тривалість ОЖНПЕ більше 4 тижнів та білірубінемія понад 200мкмоль/л - 38%(133); згідно оцінки функціонального стану печінки субкомпенсована печінкова дисфункція (ПД) встановлена в 35%(122), декомпенсована ПД - 12%(42). Соматична патологія діагностована в 72% (252): по одному захворюванню - в 41,2% (144), по 2 - у 18% (63), по 3 - у 12,8% (45) хворих. Серед причин ускладненої ОЖНПЕ були холедохолітіаз (250-71,4%), хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит (35-10%), кісти головки та тіла підшлункової залози (19-5,4%), тубулярний стеноз холедоха (10-2,9%), рубцеві стриктури холедоха за Bismuth II (4) та III (2) (6-1,7%) та біліарна патологія внаслідок ПХЕС (30-8,6%) у вигляді резидуального холедохолітіазу (18-5,14%), рубцевих стриктур холедоха за Bismuth I (1), II (4), III (2) (7-2%), стенозуючого папіліту з резидуальним холедохолітіазом (3-0,88%) та хронічним фіброзно-дегенеративним панкреатитом (2-0,58%). В 164 (46,9%) хворих спостерігався розвиток холангіту, жінок було 81 (49,4%), чоловіків - 83 (50,6%). Холангіт на тлі хронічного холециститу спостерігався в 79 (48,2%), деструктивного холециститу - 74 (45,1%), ПХЕС - 11 (6,7%).

В періопераційний період для виконання поставленої мети дослідження здійснювали моніторинг маркерів системної запальної відповіді, перекисного окислення ліпідів, оксидативно-нітрозативного статусу та антиоксидатного дисбалансу, ендотоксемії, структурно-метаболического стану печінки та імунної реактивності. Проведений мультифакторіальний кластерний аналіз первинного масиву клініко-лабораторних баз даних з побудовою прогностичної нейронної моделі на основі елементів нечіткої логіки для визначення прогностичної значущості предикторів



розвитку періопераційних ускладнень у хвориз з ускладненими ОЖНПЕ та контролю за ефективністю періопераційної програми консервативного лікування, обраної тактики біліарної декомпресії у хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком та супутньою патологією, після чого розроблено індивідуалізовані прогностичні критерії та діагностичні індекси на основі маркерів антиоксидантного дисбалансу, морфофункціонального стану печінки, ендотоксемії, системного запалення та створено шкалу об'єктивної індивідуалізованої передопераційної оцінки ризику виникнення періопераційних ускладнень, в зв'язку з чим комплексне лікування здійснювалося з метаболічною корекцією на періопераційних етапах з урахуванням впливу супутньої патології, термінів холестазу та вихідного функціонального стану печінки. Інтенсивна періопераційна терапія в основній групі хвори включала корекцію порушень гепатоспланхнічного кровоплину та кисневого режиму гепатоцитів, ентеральної недостатності, регіонарний лікувальний вплив, відновлення структурно-функціонального стану печінки (програма етапної метаболічної протекції печінкової паренхіми в комбінації з інтраорганичним та внутрішньотканинним медикаментозним електрофорезом та локальної магнітотерапії), імунокорекцію згідно форми ОЖНПЕ (критична, некритична) та змін інтерлейкінів із створенням алгоритму для визначення стадії імунотоксикозу, імунодефекту або імунопаралічу, методи еферентної детоксикації. Якість життя в ранньому та відділеному післяопераційному періодах визначали анкетуванням за адаптованим опитувальником SF-36 та для скорочення термінів між етапами біліарної корекції, медико-соціальної реабілітації та підвищення якості життя лікування здійснювали спосіб післяопераційної реабілітації.

Висновок: застосування запропонованих діагностичних індексів та прогностичної моделі у хворих на ускладнені форми ОЖНПЕ дозволяє здійснювати об'єктивну прогностичну оцінку ризику розвитку та прогресування ускладнень періопераційного періоду і здійснювати етапну диференційовану корекцію програми метаболічної підтримки, тактики та способів хірургічної біліарної декомпресії з наступною динамічною оцінкою її ефективності, що супроводжується вірогідним зменшенням кількості ускладнень та показників загальної та післяопераційної летальності, зменшенням термінів медико-соціальної реабілітації оперованих хворих з підвищенням якості життя в ранньому та віддаленому післяопераційному періодах.

**УДК: 378.183:378.180.6:617**

## **ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА ЯК ФОРМА САМОСТІЙНОЇ ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ 4 КУРСУ ПРИ ВИВЧЕННІ ПРОГРАМНОГО МАТЕРІАЛУ З ПРЕДМЕТУ "ХІРУРГІЯ"**

**Саволюк С.І.**

Кафедра хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Отримання теоретичних знань і практичних навичок студентами 4 курсу при вивченні тематичного плану з предмету "Хірургія" повинно формуватися на засадах стимулювання індивідуальної мотивації до фахових знань, самостійних інтелектуальних зусиль кожного студента над оволодінням необхідного багажу професійних вмінь при вивченні дисципліни.

Для досягнення максимально можливих результатів у підготовці майбутнього фахівця раціональним та доцільним є застосування в навчальному процесі найширшого набору різноманітних методологічних підходів, які б розвивали у студентів-медиків адаптацію до критичних ситуацій та такі риси характеру та мислення, як послідовність, асоціативність, самоорганізація, креативність, оригінальність рішень та до підходів при їх прийнятті відносно лікувально-діагностичного процесу, відхід від традиційних шаблонів, ініціативність, творчий підхід, працелюбність.

Важливе значення в цьому аспекті має самостійна робота студентів над програмними темами та темами для самостійного опрацювання. Основний акцент в цій роботі ставиться на позааудиторні години перебування студентів в хірургічній клініці під час ургентних чергувань викладачів кафедри, що створює умови не тільки для теоретичного засвоєння матеріалу, але й і опанування вміннями та практичними навичками під час безпосередньої роботи з хворим в приймальному, хірургічному, нейрохірургічному, політравматологічному та реанімаційному відділеннях, в палатах інтенсивної терапії, маніпуляційній, процедурній, перев'язочній, операційному залі, що в подальшому дозволяє залучати студентів до самостійного виготовлення наочних засобів навчання по медичним проблемам, які зацікавили студентів (оформлення стендів, створення таблиць, слайдів, навчальних відеофільмів, графологічних лікувально-діагностичних алгоритмів) під контролем викладача.

Існуючий на кафедрі студентський науковий гурток, який дозволяє залучати студентів до наукових пошуків та досліджень, результати яких оприлюднюються на щорічних студентських наукових конференціях, дозволяє здійснювати самостійне поглиблене вивчення винесених на обговорення програмних тем, а завдяки широкому залученню співробітників інших кафедр клінічного профілю проводити сумісні міжкафедральні спільні засідання сту-

розвитку періопераційних ускладнень у хвориз з ускладненими ОЖНПЕ та контролю за ефективністю періопераційної програми консервативного лікування, обраної тактики біліарної декомпресії у хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком та супутньою патологією, після чого розроблено індивідуалізовані прогностичні критерії та діагностичні індекси на основі маркерів антиоксидантного дисбалансу, морфофункціонального стану печінки, ендотоксемії, системного запалення та створено шкалу об'єктивної індивідуалізованої передопераційної оцінки ризику виникнення періопераційних ускладнень, в зв'язку з чим комплексне лікування здійснювалося з метаболічною корекцією на періопераційних етапах з урахуванням впливу супутньої патології, термінів холестазу та вихідного функціонального стану печінки. Інтенсивна періопераційна терапія в основній групі хвори включала корекцію порушень гепатоспланхнічного кровоплину та кисневого режиму гепатоцитів, ентеральної недостатності, регіонарний лікувальний вплив, відновлення структурно-функціонального стану печінки (програма етапної метаболічної протекції печінкової паренхіми в комбінації з інтраорганичним та внутрішньотканинним медикаментозним електрофорезом та локальної магнітотерапії), імунокорекцію згідно форми ОЖНПЕ (критична, некритична) та змін інтерлейкінів із створенням алгоритму для визначення стадії імунотоксикозу, імунодефекту або імунопаралічу, методи еферентної детоксикації. Якість життя в ранньому та відділеному післяопераційному періодах визначали анкетуванням за адаптованим опитувальником SF-36 та для скорочення термінів між етапами біліарної корекції, медико-соціальної реабілітації та підвищення якості життя лікування здійснювали спосіб післяопераційної реабілітації.

Висновок: застосування запропонованих діагностичних індексів та прогностичної моделі у хворих на ускладнені форми ОЖНПЕ дозволяє здійснювати об'єктивну прогностичну оцінку ризику розвитку та прогресування ускладнень періопераційного періоду і здійснювати етапну диференційовану корекцію програми метаболічної підтримки, тактики та способів хірургічної біліарної декомпресії з наступною динамічною оцінкою її ефективності, що супроводжується вірогідним зменшенням кількості ускладнень та показників загальної та післяопераційної летальності, зменшенням термінів медико-соціальної реабілітації оперованих хворих з підвищенням якості життя в ранньому та віддаленому післяопераційному періодах.

**УДК: 378.183:378.180.6:617**

## **ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА ЯК ФОРМА САМОСТІЙНОЇ ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ 4 КУРСУ ПРИ ВИВЧЕННІ ПРОГРАМНОГО МАТЕРІАЛУ З ПРЕДМЕТУ "ХІРУРГІЯ"**

**Саволюк С.І.**

Кафедра хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Отримання теоретичних знань і практичних навичок студентами 4 курсу при вивченні тематичного плану з предмету "Хірургія" повинно формуватися на засадах стимулювання індивідуальної мотивації до фахових знань, самостійних інтелектуальних зусиль кожного студента над оволодінням необхідного багажу професійних вмінь при вивченні дисципліни.

Для досягнення максимально можливих результатів у підготовці майбутнього фахівця раціональним та доцільним є застосування в навчальному процесі найширшого набору різноманітних методологічних підходів, які б розвивали у студентів-медиків адаптацію до критичних ситуацій та такі риси характеру та мислення, як послідовність, асоціативність, самоорганізація, креативність, оригінальність рішень та до підходів при їх прийнятті відносно лікувально-діагностичного процесу, відхід від традиційних шаблонів, ініціативність, творчий підхід, працелюбність.

Важливе значення в цьому аспекті має самостійна робота студентів над програмними темами та темами для самостійного опрацювання. Основний акцент в цій роботі ставиться на позааудиторні години перебування студентів в хірургічній клініці під час ургентних чергувань викладачів кафедри, що створює умови не тільки для теоретичного засвоєння матеріалу, але й і опанування вміннями та практичними навичками під час безпосередньої роботи з хворим в приймальному, хірургічному, нейрохірургічному, політравматологічному та реанімаційному відділеннях, в палатах інтенсивної терапії, маніпуляційній, процедурній, перев'язочній, операційному залі, що в подальшому дозволяє залучати студентів до самостійного виготовлення наочних засобів навчання по медичним проблемам, які зацікавили студентів (оформлення стендів, створення таблиць, слайдів, навчальних відеофільмів, графологічних лікувально-діагностичних алгоритмів) під контролем викладача.

Існуючий на кафедрі студентський науковий гурток, який дозволяє залучати студентів до наукових пошуків та досліджень, результати яких оприлюднюються на щорічних студентських наукових конференціях, дозволяє здійснювати самостійне поглиблене вивчення винесених на обговорення програмних тем, а завдяки широкому залученню співробітників інших кафедр клінічного профілю проводити сумісні міжкафедральні спільні засідання сту-

дентських наукових гуртків (травматологія та ортопедія, клінічна фармакологія, дитячі інфекційні хвороби, інфекційні хвороби, анестезіологія та реаніматологія), що суттєво полегшує узагальнення та інтегрування наукової міждисциплінарної інформації в власний досвід, знання та навички студента, що повинно здійснюватися за вертикальними та горизонтальними принципами, регламентація яких здійснюється у відповідності до єдиної програми засвоєння вмінь та практичних навичок студентів з дисциплін хірургічного циклу впродовж цілого періоду навчання в університеті.

Можливість самостійної підготовки доповіді на засіданнях гуртка стимулює діяльність студента до аналізу, узагальнення та творчого опрацювання матеріалів доповіді з представленням власних висновків студентській аудиторії, використання сучасних мультимедійних технологій презентації результатів власних оригінальних досліджень, опанування методик статистичної обробки медико-біологічної інформації, що має перспективне значення для реалізації процесів абстрактного мислення та мотивує до подальших наукових здобутків.

Крім того, наявність такої потужної клінічної бази кафедри (ВМЦ ВПС України) дозволяє виконувати виїзні засідання наукового гуртка з ознайомленням з існуючими можливостями сучасних методів діагностики та лікування (КТ, МРТ, УСГ з доплерографією, лапароскопічна хірургічна техніка, рентгеноваскулярна операційна та її можливості, ендоскопічні технології) та перспективою подальшого розвитку малоінвазивної лапароскопічної, ендоскопічної та відеоасоційованої абдомінальної хірургії.

Крім цього, робота в гуртку дозволяє проводити зустрічі з відповідними провідними фахівцями з актуальної загальномедичної проблематики (проблемні питання організації та шляхи профілактики при роботі з ВІЛ-інфікованими, хворими на гострі та хронічні вірусні гепатити, туберкульоз, парентеральні наркомани, комбінацією цих нозологій) (ознайомлення з роботою медичного центру по лікуванню та профілактиці ВІЛ-СНІДу), що розширює обрії клінічного мислення молодих фахівців, формуючи усвідомлення відповідального ставлення до питань профілактики та значення профілактичного напрямку та пропаганди і дотримання здорового способу життя.

Таким чином, відповідальне ставлення до організації роботи студентського наукового товариства з вибором цікавих для опрацювання тем на засіданнях дозволяють створити умови для отримання та закріплення навиків до самоосвіти майбутнього фахівця, розширити світоглядні принципи при отриманні наукової інформації з відповідним набором навиків до її переробки та узагальнення та здійснювати поступове формування конкурентноспроможних рис особистості та характеру молодого фахівця.

**УДК: 616-071:617.7-007.681**

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ**

**Саффар Мохаммед Желеледин, Шепелюк Г.Г.**

Кафедра глазных болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

Глаукома является одной из главных причин неизлечимой слепоты и инвалидности по зрению. Данным заболеванием страдают более 67 млн. людей на нашей планете, и, по прогнозам, до 2025 г. их число удвоится.

Глаукома в современном понимании - это хроническая нейропатия зрительного нерва, которая ассоциируется с повышением внутриглазного давления (ВГД) выше толерантного и проявляется структурными изменениями зрительного нерва, что приводят к апоптозу его клеток и глаукоматозной атрофии, а также характерными изменениями поля зрения.

Современная классификация глаукомы включает первичную и вторичную глаукому. Первичная делится на открытоугольную и закрытоугольную, частичным случаем которой является острый приступ закрытоугольной глаукомы. Наибольшее клиническое значение имеет первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) в связи с бессимптомностью течения заболевания.

Эксфолиативная глаукома (ЭГ) развивается на почве эксфолиативного синдрома (ЭС). Она отличается от других форм глаукомы значительно более выраженными дистрофическими изменениями сосудистого тракта глаза, тяжестью течения и устойчивостью к средствам местной гипотензивной терапии. Прогрессирующая потеря зрения - гораздо более частое явление при ЭГ, чем при ПОУГ.

Наличие материала эксфолиаций в висцеральных органах у больных с ЭС свидетельствует о его связи с общими заболеваниями, особенно с системными сосудистыми нарушениями и патологией центральной нервной системы. В литературе опубликован ряд теорий, объясняющих формирование эксфолиаций, однако их точный биохимический состав до настоящего времени остается неизвестным.

Алгоритм диагностики ПОУГ и ЭГ включает офтальмоскопическую оценку состояния диска зрительного нерва (ДЗН), измерение ВГД, исследование поля зрения. При невозможности фотографирования ДЗН следует делать зарисовку ДЗН, что было предложено Pickard ещё в 1923 году. Значительную потерю слоя нервных волокон

дентських наукових гуртків (травматологія та ортопедія, клінічна фармакологія, дитячі інфекційні хвороби, інфекційні хвороби, анестезіологія та реаніматологія), що суттєво полегшує узагальнення та інтегрування наукової міждисциплінарної інформації в власний досвід, знання та навички студента, що повинно здійснюватися за вертикальними та горизонтальними принципами, регламентація яких здійснюється у відповідності до єдиної програми засвоєння вмінь та практичних навичок студентів з дисциплін хірургічного циклу впродовж цілого періоду навчання в університеті.

Можливість самостійної підготовки доповіді на засіданнях гуртка стимулює діяльність студента до аналізу, узагальнення та творчого опрацювання матеріалів доповіді з представленням власних висновків студентській аудиторії, використання сучасних мультимедійних технологій презентації результатів власних оригінальних досліджень, опанування методик статистичної обробки медико-біологічної інформації, що має перспективне значення для реалізації процесів абстрактного мислення та мотивує до подальших наукових здобутків.

Крім того, наявність такої потужної клінічної бази кафедри (ВМЦ ВПС України) дозволяє виконувати виїздно засідання наукового гуртка з ознайомленням з існуючими можливостями сучасних методів діагностики та лікування (КТ, МРТ, УЗГ з доплерографією, лапароскопічна хірургічна техніка, рентгенендоваскулярна операційна та її можливості, ендоскопічні технології) та перспективою подальшого розвитку малоінвазивної лапароскопічної, ендоскопічної та відеоасоційованої абдомінальної хірургії.

Крім цього, робота в гуртку дозволяє проводити зустрічі з відповідними провідними фахівцями з актуальної загальномедичної проблематики (проблемні питання організації та шляхи профілактики при роботі з ВІЛ-інфікованими, хворими на гострі та хронічні вірусні гепатити, туберкульоз, парентеральні наркомани, комбінацією цих нозологій) (ознайомлення з роботою медичного центру по лікуванню та профілактиці ВІЛ-СНІДу), що розширює обрії клінічного мислення молодих фахівців, формуючи усвідомлення відповідального ставлення до питань профілактики та значення профілактичного напрямку та пропаганди і дотримання здорового способу життя.

Таким чином, відповідальне ставлення до організації роботи студентського наукового товариства з вибором цікавих для опрацювання тем на засіданнях дозволяють створити умови для отримання та закріплення навиків до самоосвіти майбутнього фахівця, розширити світоглядні принципи при отриманні наукової інформації з відповідним набором навиків до її переробки та узагальнення та здійснювати поступове формування конкурентноспроможних рис особистості та характеру молодого фахівця.

**УДК: 616-071:617.7-007.681**

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ**

**Саффар Мохаммед Желеледин, Шепелюк Г.Г.**

Кафедра глазных болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

Глаукома является одной из главных причин неизлечимой слепоты и инвалидности по зрению. Данным заболеванием страдают более 67 млн. людей на нашей планете, и, по прогнозам, до 2025 г. их число удвоится.

Глаукома в современном понимании - это хроническая нейропатия зрительного нерва, которая ассоциируется с повышением внутриглазного давления (ВГД) выше толерантного и проявляется структурными изменениями зрительного нерва, что приводят к апоптозу его клеток и глаукоматозной атрофии, а также характерными изменениями поля зрения.

Современная классификация глаукомы включает первичную и вторичную глаукому. Первичная делится на открытоугольную и закрытоугольную, частичным случаем которой является острый приступ закрытоугольной глаукомы. Наибольшее клиническое значение имеет первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) в связи с бессимптомностью течения заболевания.

Эксфолиативная глаукома (ЭГ) развивается на почве эксфолиативного синдрома (ЭС). Она отличается от других форм глаукомы значительно более выраженными дистрофическими изменениями сосудистого тракта глаза, тяжестью течения и устойчивостью к средствам местной гипотензивной терапии. Прогрессирующая потеря зрения - гораздо более частое явление при ЭГ, чем при ПОУГ.

Наличие материала эксфолиаций в висцеральных органах у больных с ЭС свидетельствует о его связи с общими заболеваниями, особенно с системными сосудистыми нарушениями и патологией центральной нервной системы. В литературе опубликован ряд теорий, объясняющих формирование эксфолиаций, однако их точный биохимический состав до настоящего времени остается неизвестным.

Алгоритм диагностики ПОУГ и ЭГ включает офтальмоскопическую оценку состояния диска зрительного нерва (ДЗН), измерение ВГД, исследование поля зрения. При невозможности фотографирования ДЗН следует делать зарисовку ДЗН, что было предложено Pickard ещё в 1923 году. Значительную потерю слоя нервных волокон

зрительного нерва можна видіти з допомогою прямої офтальмоскопії з зеленим сфетофільтром (в бескрасном светі) і на фото дна глаза (Vogt, 1913)

Среди современных информативных методов исследования ДЗН следует отметить стереофото, биомикроскопию с использованием фундус-линзы, линзы Груби, спектральную оптическую когерентную томографию (ОКТ), методику Хейдельбергского ретинального томографа (HRT), компьютерную периметрию, особенно исследование светочувствительности в центральной зоне на предмет выявления скотомы Бьеррума. Структурные изменения зрительного нерва и слоя нервных волокон чаще предшествуют снижению зрительных функций.

Несмотря на появление новых методов диагностики, не теряют свою актуальность офтальмоскопическая оценка состояния ДЗН, измерение ВГД, исследование поля зрения. Новые методики лишь дополняют их.

Диагноз глаукомы базируется на основании следующих критериев. Учитываются данные офтальмоскопии, разница между ВГД на глазах более 3 мм. рт. ст., характерные изменения поля зрения (скотома или депрессия в зоне Бьеррума, периферическое сужение), состояние угла передней камеры и ОКТ-критерии. Известно, что около 30% ПОУГ протекает с нормальным ВГД. Однако, это давление может быть не толерантным для конкретного больного. Для нормальной микроциркуляции, а значит и трофики ДЗН, необходима разница между ВГД и капиллярным давлением не менее 5-7 мм. рт. ст. Это соотношение истинно для ВГД и внутричерепного давления, то есть ликворного давления, величина которого в норме находится в пределах 10-12 мм. рт. ст. Такое же соотношение отмечается между ВГД и давлением в эписклеральных венах (10-12 мм. рт. ст.).

Повышенное ВГД играет важную роль в развитии нейропатии зрительного нерва, его снижение уменьшает риск прогрессирования потери зрительных функций при ПОУГ. В результате Advanced Glaucoma Intervention Study было обнаружено, что прогрессирование исходного уровня дефектов поля зрения пациентов, у которых ВГД во время всех измерений на протяжении 6 лет был 18 мм. рт. ст. и ниже, почти не наблюдалось, в то время, как у пациентов с недостаточной компенсацией оно имело место. Существует полемика относительно того, какое ВГД более неблагоприятное: постоянное его колебание или пиковое повышение. Несомненно, что ВГД должен быть толерантным для каждого пациента.

Результаты генетических исследований свидетельствуют, что ПОУГ у взрослых наследуется по аутосомно-доминантному типу. В настоящее время известен ряд генетических маркеров ПОУГ. В связи с публикациями об ЭС авторов скандинавских стран, сложилось впечатление о том, что ЭС и ЭГ чаще всего встречаются в этом регионе. Показано, что ЭГ сочетается с LOXL1 геном, который отсутствует при других глаукомах. В отличие от других форм ПОУГ, которые имеют широкий генный полиморфизм в различных хромосомах, ЭГ имеет более четкое и ограниченное генетическое происхождение. Это может иметь большое значение в диагностике эксфолиативного синдрома и эксфолиативной глаукомы на ранних стадиях.

**УДК: 617-089.578.16**

## **ПОВНА БЛОКАДА ЛІВОЇ НИЖКИ ПУЧКА ГІСА, ЦО МОЖЕ ВОНА ПРИХОВАТИ?**

**Симонюк О. М., Сорокоумова Ю. О., Солейко Л. П.**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

З точки зору визначення об'єму необхідної медикаментозної терапії та оцінки прогнозу існують три класифікації інфаркту міокарда: 1) за глибиною ураження; 2) за клінічним перебігом; 3) за локалізацією. Найбільш типовими клінічними проявами є напад болю в грудній клітці. Діагностичне значення відіграють - інтенсивність больового синдрому, тривалість та неефективність сублінгвального прийому нітратів. Клінічними формами інфаркту міокарда є: 1) больова; 2) атипова больова; 3) абдомінальна; 4) астматична; 5) аритмічна; 6) цереброваскулярна; 7) малосимптомна. Інфаркт міокарда може спричинити різні порушення ритму та провідності - екстрасистолії, пароксизмальні тахікардії, блокади ніжок пучка Гіса, АВ-блокади, напади миготливої аритмії, фібриляцію шлуночків. Аритмії частіше розвиваються в гострому періоді захворювання, особливо в перші години після початку ангінозного приступу та на догоспітальному етапі є причиною смерті в більшості випадків. Не рідко спостерігаються множинні порушення ритму і провідності, вони, за звичай, нестабільні, хаотично змінюються, можуть на хвилини, години зникати, а потім, інколи без видимої причини, виникати знову. Це створює надзвичайно мінливу, мозаїчну картину серцево-судинного ритму в гострому періоді інфаркту міокарда. Причину такої нестабільності слід шукати в динамічних морфологічних, метаболічних і гемодинамічних змінах, які розвиваються при гострій коронарній недостатності. Гострий інфаркт міокарда викликає комплекс змін, які тим чи іншим шляхом можуть приймати участь в розвитку аритмій: 1) утворення ділянок некрозу міокарда; 2) поява ділянок міокарда з ішемією різного ступеня; 3) зміни метаболізму неуражених ділянок міокарда внаслідок зміни умов їх функціонування; 4) нейрогуморальні впливи на міокард у відповідь на гостру коронарну недостатність; 5) вплив зміненої центральної і

зрительного нерва можна видіти з допомогою прямої офтальмоскопії з зеленим сфетофільтром (в бескрасном светі) і на фото дна глаза (Vogt, 1913)

Среди современных информативных методов исследования ДЗН следует отметить стереофото, биомикроскопию с использованием фундус-линзы, линзы Груби, спектральную оптическую когерентную томографию (ОКТ), методику Хейдельбергского ретинального томографа (HRT), компьютерную периметрию, особенно исследование светочувствительности в центральной зоне на предмет выявления скотомы Бьеррума. Структурные изменения зрительного нерва и слоя нервных волокон чаще предшествуют снижению зрительных функций.

Несмотря на появление новых методов диагностики, не теряют свою актуальность офтальмоскопическая оценка состояния ДЗН, измерение ВГД, исследование поля зрения. Новые методики лишь дополняют их.

Диагноз глаукомы базируется на основании следующих критериев. Учитываются данные офтальмоскопии, разница между ВГД на глазах более 3 мм. рт. ст., характерные изменения поля зрения (скотома или депрессия в зоне Бьеррума, периферическое сужение), состояние угла передней камеры и ОКТ-критерии. Известно, что около 30% ПОУГ протекает с нормальным ВГД. Однако, это давление может быть не толерантным для конкретного больного. Для нормальной микроциркуляции, а значит и трофики ДЗН, необходима разница между ВГД и капиллярным давлением не менее 5-7 мм. рт. ст. Это соотношение истинно для ВГД и внутричерепного давления, то есть ликворного давления, величина которого в норме находится в пределах 10-12 мм. рт. ст. Такое же соотношение отмечается между ВГД и давлением в эписклеральных венах (10-12 мм. рт. ст.).

Повышенное ВГД играет важную роль в развитии нейропатии зрительного нерва, его снижение уменьшает риск прогрессирования потери зрительных функций при ПОУГ. В результате Advanced Glaucoma Intervention Study было обнаружено, что прогрессирование исходного уровня дефектов поля зрения пациентов, у которых ВГД во время всех измерений на протяжении 6 лет был 18 мм. рт. ст. и ниже, почти не наблюдалось, в то время, как у пациентов с недостаточной компенсацией оно имело место. Существует полемика относительно того, какое ВГД более неблагоприятное: постоянное его колебание или пиковое повышение. Несомненно, что ВГД должен быть толерантным для каждого пациента.

Результаты генетических исследований свидетельствуют, что ПОУГ у взрослых наследуется по аутосомно-доминантному типу. В настоящее время известен ряд генетических маркеров ПОУГ. В связи с публикациями об ЭС авторов скандинавских стран, сложилось впечатление о том, что ЭС и ЭГ чаще всего встречаются в этом регионе. Показано, что ЭГ сочетается с LOXL1 геном, который отсутствует при других глаукомах. В отличие от других форм ПОУГ, которые имеют широкий генный полиморфизм в различных хромосомах, ЭГ имеет более четкое и ограниченное генетическое происхождение. Это может иметь большое значение в диагностике эксфолиативного синдрома и эксфолиативной глаукомы на ранних стадиях.

**УДК: 617-089.578.16**

## **ПОВНА БЛОКАДА ЛІВОЇ НИЖКИ ПУЧКА ГІСА, ЦО МОЖЕ ВОНА ПРИХОВАТИ?**

**Симонюк О. М., Сорокоумова Ю. О., Солейко Л. П.**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

З точки зору визначення об'єму необхідної медикаментозної терапії та оцінки прогнозу існують три класифікації інфаркту міокарда: 1) за глибиною ураження; 2) за клінічним перебігом; 3) за локалізацією. Найбільш типовими клінічними проявами є напад болю в грудній клітці. Діагностичне значення відіграють - інтенсивність больового синдрому, тривалість та неефективність сублінгвального прийому нітратів. Клінічними формами інфаркту міокарда є: 1) больова; 2) атипова больова; 3) абдомінальна; 4) астматична; 5) аритмічна; 6) цереброваскулярна; 7) малосимптомна. Інфаркт міокарда може спричинити різні порушення ритму та провідності - екстрасистолії, пароксизмальні тахікардії, блокади ніжок пучка Гіса, АВ-блокади, напади миготливої аритмії, фібриляцію шлуночків. Аритмії частіше розвиваються в гострому періоді захворювання, особливо в перші години після початку ангінозного приступу та на догоспітальному етапі є причиною смерті в більшості випадків. Не рідко спостерігаються множинні порушення ритму і провідності, вони, за звичай, нестабільні, хаотично змінюються, можуть на хвилини, години зникати, а потім, інколи без видимої причини, виникати знову. Це створює надзвичайно мінливу, мозаїчну картину серцево-судинного ритму в гострому періоді інфаркту міокарда. Причину такої нестабільності слід шукати в динамічних морфологічних, метаболічних і гемодинамічних змінах, які розвиваються при гострій коронарній недостатності. Гострий інфаркт міокарда викликає комплекс змін, які тим чи іншим шляхом можуть приймати участь в розвитку аритмій: 1) утворення ділянок некрозу міокарда; 2) поява ділянок міокарда з ішемією різного ступеня; 3) зміни метаболізму неуражених ділянок міокарда внаслідок зміни умов їх функціонування; 4) нейрогуморальні впливи на міокард у відповідь на гостру коронарну недостатність; 5) вплив зміненої центральної і

периферичної геодинаміки. Ішемія, втрата клітинами калія і підвищення його концентрації в позаклітинній рідині, інші водно-електролітні порушення, ацидоз, гіперкатехоламінемія, підвищення концентрації вільних жирних кислот та інше обумовлюють зміни електрофізіологічних властивостей міокарда, в першу чергу його збудливості і провідності. У хворих з інфарктом міокарда компенсаторні можливості серця знижені - тому в цих умовах аритмії дуже різко впливають на геодинаміку та не рідко спричиняють розвиток гострої недостатності кровообігу. Характерною особливістю такої гострої "аритмічної" недостатності кровообігу є те, що вона не піддається практично ніякому лікуванню до тих пір, поки не відновиться ритм, провідність чи частота скорочень шлуночків не буде в межах фізіологічної норми. Окрім негативного впливу на гемодинаміку, аритмії створюють передумови для розвитку зупинки серця. Враховуючи вище сказане можемо зробити висновок, що аритмії можуть маскувати початок інфаркту міокарда - тому гостро виниклі порушення ритму і провідності перш за все повинні змусити нас подумати про дане захворювання. Електрокардіографічний метод обстеження дає можливість визначити локалізацію, розповсюдженість та давність інфаркту міокарда, проте класичні ЕКГ ознаки, при наявності порушень провідності, не виявляються. На цю думку нас наштотували паталого-анатомічні обстеження хворих, які померли без встановленого діагнозу гострого інфаркту міокарда, але з ЕКГ характеристикою повної блокади лівої ніжки пучка Гіса. Метою нашого дослідження стало визначити відсоток хворих з гострим інфарктом міокарда у яких на ЕКГ типові ознаки приховувались повною блокадою лівої ніжки пучка Гіса. Нами досліджено 170 хворих на гострий інфаркт міокарда протягом 6 місяців, серед яких 106 чоловіків та 64 жінки. Середній вік хворих становив 65 років. Групу молодих склали 7 осіб чоловічої статі. У обстежених хворих ми вивчили амбулаторні картки з попередніми записами ЕКГ. Серед обстежених у 12 чоловіків при поступленні в стаціонар були виявлені на ЕКГ ознаки повної блокади лівої ніжки пучка Гіса, але клінічна картина була типовою, а також позитивні результати лабораторних досліджень: збільшення серцевого тропоніна I більше ніж у 20 разів, позитивний СРП, зміни в згортальній системі крові. Даним хворим були проведені додатково записи ЕКГ в режимі ритмограми на 1, 4, 7, 14 добу перебігу гострого інфаркту міокарда, на них виявлялись звичайні комплекси з ознаками поширеного інфаркту міокарда, передньої та задньої стінок лівого шлуночка, що відповідає порушенню кровообігу у двох коронарних артеріях. Трьом хворим було проведено коронарографію, що підтвердило наше припущення.

Висновки: 1) наявність повної блокади лівої ніжки пучка Гіса при типовій картині гострого коронарного синдрому може приховувати гострий інфаркт міокарда; 2) при наявності гостро виниклої повної блокади лівої ніжки пучка Гіса додатково до основних методів обстеження необхідно включити запис ЕКГ в режимі ритмограми; 3) потрібно більш уважно відноситися до цієї категорії хворих на рахунок призначення БАБ та давати препарати, які покращують провідність: неотон, контрікал, гордокс.

**УДК: 531:531.42:613.4:613**

## **НАДМІРНА МАСА ТІЛА: КОМПЛЕКСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

**Сідоров А.А., Слєпченко Н.С.**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Надмірна маса тіла (НМТ) традиційно розглядається як загроза для здоров'я лише у разі клінічно вираженого ожиріння. Проте, вже у разі передожиріння (індекс маси тіла =  $25-29,9 \text{ кг/м}^2$ ) 40-річні жінки, що не палять, втрачають в середньому 3,3 роки від очікуваної тривалості життя, чоловіки того ж віку - 3,1 років. У разі подальшого зростання маси тіла та паління втрати очікуваної тривалості життя зростають. При цьому дані щодо початкових відхилень у функціонуванні бронхолегеневої та серцево-судинної систем на тлі передожиріння висвітлюються у науковій літературі неповно і суперечливо. З огляду на це актуальним є дослідження, що доповнює фрагментарні дані з цього питання.

Мета: визначити поширеність надмірної маси тіла серед осіб молодого віку; її зв'язок зі скаргами, що свідчать про кардіореспіраторний дискомфорт, вплив на частоту та тривалість епізодів гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), зміни показників функції зовнішнього дихання (ФЗД), артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС), показників добового (холтерівського) моніторингу електрокардіограми (ЕКГ) на тлі НМТ.

Дослідження складалося з трьох етапів. На першому етапі 516 осіб у віці 18-25 років заповнювали спеціально розроблений опитувальник, який містив запитання щодо факторів ризику ожиріння та особливостей способу життя. Їм також вимірювалася маса тіла, зріст, обчислювався індекс маси тіла (ІМТ). Для другого етапу дослідження було відібрано 4 групи осіб: чоловіки з надмірною масою тіла ( $n=33$ ), чоловіки з нормальною масою тіла ( $n=31$ ), жінки з НМТ ( $n=38$ ), жінки з нормальною масою тіла ( $n=36$ ). Цим особам виконувалася спірографія (Vitalograph Spirotrack IV), вимірювався АТ, ЧСС до та після проби з 6-хвилинною ходьбою по сходах. У ході

периферичної геодинаміки. Ішемія, втрата клітинами калія і підвищення його концентрації в позаклітинній рідині, інші водно-електролітні порушення, ацидоз, гіперкатехоламінемія, підвищення концентрації вільних жирних кислот та інше обумовлюють зміни електрофізіологічних властивостей міокарда, в першу чергу його збудливості і провідності. У хворих з інфарктом міокарда компенсаторні можливості серця знижені - тому в цих умовах аритмії дуже різко впливають на геодинаміку та не рідко спричиняють розвиток гострої недостатності кровообігу. Характерною особливістю такої гострої "аритмічної" недостатності кровообігу є те, що вона не піддається практично ніякому лікуванню до тих пір, поки не відновиться ритм, провідність чи частота скорочень шлуночків не буде в межах фізіологічної норми. Окрім негативного впливу на гемодинаміку, аритмії створюють передумови для розвитку зупинки серця. Враховуючи вище сказане можемо зробити висновок, що аритмії можуть маскувати початок інфаркту міокарда - тому гостро виниклі порушення ритму і провідності перш за все повинні змусити нас подумати про дане захворювання. Електрокардіографічний метод обстеження дає можливість визначити локалізацію, розповсюдженість та давність інфаркту міокарда, проте класичні ЕКГ ознаки, при наявності порушень провідності, не виявляються. На цю думку нас насторожили паталого-анатомічні обстеження хворих, які померли без встановленого діагнозу гострого інфаркту міокарда, але з ЕКГ характеристикою повної блокади лівої ніжки пучка Гіса. Метою нашого дослідження стало визначити відсоток хворих з гострим інфарктом міокарда у яких на ЕКГ типові ознаки приховувались повною блокадою лівої ніжки пучка Гіса. Нами досліджено 170 хворих на гострий інфаркт міокарда протягом 6 місяців, серед яких 106 чоловіків та 64 жінки. Середній вік хворих становив 65 років. Групу молодих склали 7 осіб чоловічої статі. У обстежених хворих ми вивчили амбулаторні картки з попередніми записами ЕКГ. Серед обстежених у 12 чоловіків при поступленні в стаціонар були виявлені на ЕКГ ознаки повної блокади лівої ніжки пучка Гіса, але клінічна картина була типовою, а також позитивні результати лабораторних досліджень: збільшення серцевого тропоніна I більше ніж у 20 разів, позитивний СРП, зміни в згортальній системі крові. Даним хворим були проведені додатково записи ЕКГ в режимі ритмограми на 1, 4, 7, 14 добу перебігу гострого інфаркту міокарда, на них виявлялись звичайні комплекси з ознаками поширеного інфаркту міокарда, передньої та задньої стінок лівого шлуночка, що відповідає порушенню кровообігу у двох коронарних артеріях. Трьом хворим було проведено коронарографію, що підтвердило наше припущення.

Висновки: 1) наявність повної блокади лівої ніжки пучка Гіса при типовій картині гострого коронарного синдрому може приховувати гострий інфаркт міокарда; 2) при наявності гостро виниклої повної блокади лівої ніжки пучка Гіса додатково до основних методів обстеження необхідно включити запис ЕКГ в режимі ритмограми; 3) потрібно більш уважно відноситися до цієї категорії хворих на рахунок призначення БАБ та давати препарати, які покращують провідність: неотон, контрікал, гордокс.

**УДК: 531:531.42:613.4:613**

## **НАДМІРНА МАСА ТІЛА: КОМПЛЕКСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

**Сідоров А.А., Слєпченко Н.С.**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Надмірна маса тіла (НМТ) традиційно розглядається як загроза для здоров'я лише у разі клінічно вираженого ожиріння. Проте, вже у разі передожиріння (індекс маси тіла =  $25-29,9 \text{ кг/м}^2$ ) 40-річні жінки, що не палять, втрачають в середньому 3,3 роки від очікуваної тривалості життя, чоловіки того ж віку - 3,1 років. У разі подальшого зростання маси тіла та паління втрати очікуваної тривалості життя зростають. При цьому дані щодо початкових відхилень у функціонуванні бронхолегеневої та серцево-судинної систем на тлі передожиріння висвітлюються у науковій літературі неповно і суперечливо. З огляду на це актуальним є дослідження, що доповнює фрагментарні дані з цього питання.

Мета: визначити поширеність надмірної маси тіла серед осіб молодого віку; її зв'язок зі скаргами, що свідчать про кардіореспіраторний дискомфорт, вплив на частоту та тривалість епізодів гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), зміни показників функції зовнішнього дихання (ФЗД), артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС), показників добового (холтерівського) моніторингу електрокардіограми (ЕКГ) на тлі НМТ.

Дослідження складалося з трьох етапів. На першому етапі 516 осіб у віці 18-25 років заповнювали спеціально розроблений опитувальник, який містив запитання щодо факторів ризику ожиріння та особливостей способу життя. Їм також вимірювалася маса тіла, зріст, обчислювався індекс маси тіла (ІМТ). Для другого етапу дослідження було відібрано 4 групи осіб: чоловіки з надмірною масою тіла ( $n=33$ ), чоловіки з нормальною масою тіла ( $n=31$ ), жінки з НМТ ( $n=38$ ), жінки з нормальною масою тіла ( $n=36$ ). Цим особам виконувалася спірографія (Vitalograph Spirotrack IV), вимірювався АТ, ЧСС до та після проби з 6-хвилинною ходьбою по сходах. У ході



третього етапу дослідження 2 групам осіб - з надмірною ( $n=32$ ) та нормальною ( $n=32$ ) масою тіла виконувався добовий (холтерівський) моніторинг ЕКГ за допомогою програмно-апаратного комплексу DiaCard 2.0, розробленого компанією "Сольвейг" (Україна, м. Київ). Співвідношення чоловіків та жінок у обох групах складало 1:1. Одержані дані оброблялися методами варіаційної статистики за допомогою пакету програм SPSS 16.0.

Поширеність НМТ серед осіб молодого віку склала 14,3% (74). Частота скарг на утруднений вдих, головний біль, неспокійний сон, біль у серці, зниження/підвищення АТ, постійну втомленість достовірно не відрізнялася серед осіб з нормальною та надмірною масою тіла. Скарги на запаморочення достовірно частіше зустрічалися у жінок з надмірною масою тіла (29% проти 9,5%,  $p=0,045$ ) та у чоловіків з НМТ (6,5% проти 3,2%,  $p=0,047$ ) порівняно з особами з нормальною масою тіла.

Частота епізодів ГРВІ не відрізнялася у різних групах. У жінок з надмірною масою тіла епізоди ГРВІ є тривалішими ( $5,6\pm 1,3$  проти  $4,3\pm 1,2$ ,  $p=0,042$ ), ніж у разі нормальної маси тіла. У чоловіків достовірних відмінностей щодо тривалості епізодів ГРВІ в залежності від маси тіла не спостерігалось.

Показники ФЗД серед чоловіків достовірно не відрізнялися. У жінок значення форсованої життєвої ємкості легень (ФЖЄЛ) у спокої достовірно відрізнялося у разі НМТ ( $89,1\pm 7,9$  проти  $102,5\pm 7,4$ ,  $p=0,03$ ), хоча обидва показники перебували у межах норми ( $> 80\%$  від належної величини, розрахованої за віком, статтю, зростом, масою тіла). Після проби з фізичним навантаженням достовірні зміни зберігалися ( $88,3\pm 7,6$  проти  $104,2\pm 8,3$ ,  $p=0,032$ ). Достовірних відмінностей інших показників ФЗД, АТ та ЧСС серед чоловіків та жінок в основній та контрольній групі не спостерігалось.

У осіб з НМТ мінімальна ЧСС за період дослідження була достовірно вищою, ніж у групі осіб з нормальною масою тіла ( $64,2\pm 5,6$  уд/хв. проти  $56,3\pm 4,5$  уд/хв.,  $p=0,046$ ). Аналогічні відмінності виявлено і щодо середньодобової ЧСС ( $84,4\pm 4,3$  уд/хв. проти  $74,9\pm 3,7$  уд/хв.,  $p=0,041$ ).

Висновки: 1. Більша поширеність запаморочення у разі НМТ, ніж при нормальній масі тіла потребує подальшого вивчення. 2. Достовірні відмінності серед жінок щодо тривалості епізодів ГРВІ та величини ФЖЄЛ, імовірно, пов'язані зі статевими відмінностями у відсотковому вмісті жирової тканини. При однаковому надлишку маси тіла у жінок відсоток жирової тканини вищий. 3. Вища мінімальна та середньодобова ЧСС у разі НМТ, найбільш імовірно, обумовлені вищим тонусом симпатичної нервової системи та більш значним ступенем детренованості у таких осіб. 4. Наскільки значимими у прогностичному плані є виявлені відмінності у функціонуванні бронхолегеневої та серцево-судинної систем на тлі передожиріння ще належить встановити.

**УДК:** 612.13:575:612.015.1:613.99

## **ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОЇ ТА ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВАРІАНТУ ГЕНОТИПУ РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНА II 1-ГО ТИПУ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЖІНОК ПІСЛЯМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ, МІШКАНОК ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ**

**Сінгх О.О., Жебель В.М.**

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

На сьогоднішній день у світі спостерігається тенденція до зростання захворюваності та смертності на гіпертонічну хворобу (ГХ) та хвороби системи кровообігу. Дана проблема є дуже актуальною серед населення України. Поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) у Вінницькій області вийшла на максимальний рівень даного показника ( $>30\%$ ). Численними епідеміологічними дослідженнями абсолютно точно доведено вплив генетичних факторів на коливання артеріального тиску (АТ). Вивчення поліморфізму генів ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, зокрема генів рецепторів ангіотензина II 1-го типу (АТ1Р), на думку ряду вчених є перспективним шляхом у розумінні механізмів розвитку ГХ.

Мета: для покращення заходів первинної профілактики визначити показники внутрішньосерцевої гемодинаміки та особливості структурно-морфологічних змін в міокарді в залежності від приналежності до певного генотипу АТ1Р.

Обстежено 53 практично здорові жінки (без патології серцево-судинної системи) післяменопаузального періоду, мешканок Вінницької області, тобто осіб, що проживають на данній території в третьому поколінні. Усім досліджуваним особам проводились загальноклінічні лабораторні дослідження, визначались ЕКГ, УЗД серця, шляхом ПЛР здійснювалось визначення приналежності до певного генотипу АТ1Р.

Встановлено, що у жінок-носіїв АС - генотипу спостерігається тенденція до підвищення значень показників системної та внутрішньосерцевої гемодинаміки в порівнянні з носіями АА - генотипу. Група осіб з АС - генотипом

третього етапу дослідження 2 групам осіб - з надмірною ( $n=32$ ) та нормальною ( $n=32$ ) масою тіла виконувався добовий (холтерівський) моніторинг ЕКГ за допомогою програмно-апаратного комплексу DiaCard 2.0, розробленого компанією "Сольвейг" (Україна, м. Київ). Співвідношення чоловіків та жінок у обох групах складало 1:1. Одержані дані оброблялися методами варіаційної статистики за допомогою пакету програм SPSS 16.0.

Поширеність НМТ серед осіб молодого віку склала 14,3% (74). Частота скарг на утруднений вдих, головний біль, неспокійний сон, біль у серці, зниження/підвищення АТ, постійну втомленість достовірно не відрізнялася серед осіб з нормальною та надмірною масою тіла. Скарги на запаморочення достовірно частіше зустрічалися у жінок з надмірною масою тіла (29% проти 9,5%,  $p=0,045$ ) та у чоловіків з НМТ (6,5% проти 3,2%,  $p=0,047$ ) порівняно з особами з нормальною масою тіла.

Частота епізодів ГРВІ не відрізнялася у різних групах. У жінок з надмірною масою тіла епізоди ГРВІ є тривалішими ( $5,6\pm 1,3$  проти  $4,3\pm 1,2$ ,  $p=0,042$ ), ніж у разі нормальної маси тіла. У чоловіків достовірних відмінностей щодо тривалості епізодів ГРВІ в залежності від маси тіла не спостерігалось.

Показники ФЗД серед чоловіків достовірно не відрізнялися. У жінок значення форсованої життєвої ємкості легень (ФЖЄЛ) у спокої достовірно відрізнялося у разі НМТ ( $89,1\pm 7,9$  проти  $102,5\pm 7,4$ ,  $p=0,03$ ), хоча обидва показники перебували у межах норми ( $> 80\%$  від належної величини, розрахованої за віком, статтю, зростом, масою тіла). Після проби з фізичним навантаженням достовірні зміни зберігалися ( $88,3\pm 7,6$  проти  $104,2\pm 8,3$ ,  $p=0,032$ ). Достовірних відмінностей інших показників ФЗД, АТ та ЧСС серед чоловіків та жінок в основній та контрольній групі не спостерігалось.

У осіб з НМТ мінімальна ЧСС за період дослідження була достовірно вищою, ніж у групі осіб з нормальною масою тіла ( $64,2\pm 5,6$  уд/хв. проти  $56,3\pm 4,5$  уд/хв.,  $p=0,046$ ). Аналогічні відмінності виявлено і щодо середньодобової ЧСС ( $84,4\pm 4,3$  уд/хв. проти  $74,9\pm 3,7$  уд/хв.,  $p=0,041$ ).

Висновки: 1. Більша поширеність запаморочення у разі НМТ, ніж при нормальній масі тіла потребує подальшого вивчення. 2. Достовірні відмінності серед жінок щодо тривалості епізодів ГРВІ та величини ФЖЄЛ, імовірно, пов'язані зі статевими відмінностями у відсотковому вмісті жирової тканини. При однаковому надлишку маси тіла у жінок відсоток жирової тканини вищий. 3. Вища мінімальна та середньодобова ЧСС у разі НМТ, найбільш імовірно, обумовлені вищим тонусом симпатичної нервової системи та більш значним ступенем детренованості у таких осіб. 4. Наскільки значимими у прогностичному плані є виявлені відмінності у функціонуванні бронхолегеневої та серцево-судинної систем на тлі передожиріння ще належить встановити.

**УДК:** 612.13:575:612.015.1:613.99

## **ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОЇ ТА ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВАРІАНТУ ГЕНОТИПУ РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНА II 1-ГО ТИПУ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЖІНОК ПІСЛЯМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ, МІШКАНОК ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ**

**Сінгх О.О., Жебель В.М.**

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

На сьогоднішній день у світі спостерігається тенденція до зростання захворюваності та смертності на гіпертонічну хворобу (ГХ) та хвороби системи кровообігу. Дана проблема є дуже актуальною серед населення України. Поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) у Вінницькій області вийшла на максимальний рівень даного показника ( $>30\%$ ). Численними епідеміологічними дослідженнями абсолютно точно доведено вплив генетичних факторів на коливання артеріального тиску (АТ). Вивчення поліморфізму генів ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, зокрема генів рецепторів ангіотензина II 1-го типу (АТ1Р), на думку ряду вчених є перспективним шляхом у розумінні механізмів розвитку ГХ.

Мета: для покращення заходів первинної профілактики визначити показники внутрішньосерцевої гемодинаміки та особливості структурно-морфологічних змін в міокарді в залежності від приналежності до певного генотипу АТ1Р.

Обстежено 53 практично здорові жінки (без патології серцево-судинної системи) післяменопаузального періоду, мешканок Вінницької області, тобто осіб, що проживають на данній території в третьому поколінні. Усім досліджуваним особам проводились загальноклінічні лабораторні дослідження, визначались ЕКГ, УЗД серця, шляхом ПЛР здійснювалось визначення приналежності до певного генотипу АТ1Р.

Встановлено, що у жінок-носіїв АС - генотипу спостерігається тенденція до підвищення значень показників системної та внутрішньосерцевої гемодинаміки в порівнянні з носіями АА - генотипу. Група осіб з АС - генотипом

більш суттєво реагує на вікові нейрогуморальні зміни в організмі в післяменопаузальний період. Носії С - алелі з більшою вірогідністю ( $p < 0,05$ ) мають вищі значення показників САТ, ДАТ, КДР, ТЗСЛШ, ІММЛШ, ІVRT, СІ в порівнянні з володарками А - алелі, хоча і в межах вікових норм, що може вказувати на гіперфункцію у поки що здорового серця.

Висновок: наявність генотипу АС і СС та носійство С - алелі визначає схильність до ремоделювання серця і можливого розвитку серцево-судинної патології. Отже, в період менопаузи у жінок визначається своєрідне функціональне напруження в роботі серця та є умови до подальшого прогресування структурно-морфологічних змін в міокарді.

**УДК:** 539.214:616-089:617-089.874:616-002

## **БІОКОМПОЗИТ "СИНТЕКІСТЬ" - ПОЗИТИВНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ТРЕПАНАЦІЙНИХ ПОРОЖНИН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ЕПІМЕЗОТИМПАНИТ**

**Стечишин О.О.**

Кафедра оториноларингології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Великі післяопераційні трепанаційні порожнини у хворих на хронічний гнійний епімезотимпаніт нерідко є причиною рецидивування запального процесу, тому серед реконструктивно-відновлювальних хірургічних втручань мастоїдопластика займає важливе місце.

Із синтетичних матеріалів, які застосовуються для пластики післяопераційних порожнин, все більшу увагу привертають біоактивні матеріали, які резорбуються, зокрема біоактивний композит "Синтекість".

Біокомпозити "Синтекість" - це група біоактивних неорганічних багатозафазних композиційних матеріалів, близьких за складом до мінералу природної кістки та призначених для вирішення різноманітних задач хірургічного її відновлення при травмах, пухлинах та хворобах кісткової тканини.

БКС являються біофункціональними матеріалами, тобто вони мають властивості остеоінтеграції, остеокондуктивності, остеостимуляції та остеогенезу. Після утворення кістково-керамічного комплексу в організмі вони частково чи повністю резорбуються в запланований час - від 6 тиж до кількох років, замінюючись кістковою тканиною, що побудована з продуктів резорбції. Механізм, характер і швидкість резорбції керується і планується складом і структурою БКС.

Біокомпозити містять лише неорганічні сполуки найвищої біосумісності, які не провокують ніяких негативних імунних реакцій та бактерицидні неорганічні домішки, які попереджують розвиток бактерій.

Завдяки відсутності органічних компонентів, можлива багаторазова стерилізація в сухожарових шафах (повітряним способом згідно ОСТ 42-21-2-85: при Т 180°C - 150 хв.) без будь-яких змін властивостей кістково-пластичного матеріалу.

БКС випускаються у вигляді порошоків, гранул різного розміру і пористості, а також у вигляді пористих і щільних блоків і фігурних імплантатів розміром до 20 см, які виготовляються за моделями кісткових дефектів.

Роботи про використання цього пластичного матеріалу присвячені вивченню його впливу на макроорганізм, розвиток кісткової тканини та властивостей біокомпозиту під час його застосування в експерименті та клініці.

Однак, ми не знайшли даних, які б роз'яснювали перебіг хронічного гнійного епімезотимпаніту після радикальної операції та реоперації з облітерацією трепанаційної порожнини біокомпозитом "Синтекість".

Метою наших досліджень є покращення якості лікування хворих на хронічний гнійний епімезотимпаніт шляхом застосування нового пластичного матеріалу - біокомпозиту "Синтекість" для облітерації післяопераційних трепанаційних порожнин.

Робота проводилась на базі ЛОР клініки ВНМУ ім. М.І.Пирогова. Використовували гранули БКС, якими проводили облітерацію післяопераційної порожнини у хворих на хронічний середній отит під час сануючої операції та в різні строки після неї. За період з вересня 2007 по травень 2009 року прооперовано 30 пацієнтів, хворих на хронічний середній отит. Вік хворих коливався в межах від 5 до 77 років. Чоловіків 14 (47%), жінок 10 (33%), дітей 6 (20%). При хронічних отитах в разі одномоментної пластики посттрепанаційної порожнини після загальнопорожнинної операції, всю утворену порожнину виповнювали БКС з кров'ю пацієнта та антибіотиком. Рана пошарово ушивалась (15 хворих). У випадку хронічного отиту з внутрішньочерепними ускладненнями проводилась розширена загальнопорожнинна операція, а облітерація утвореної порожнини БКС здійснювалась другим етапом (15 хворих).

Для оцінки ефективності проведеного оперативного лікування застосовувались загальноклінічні методи, ото-мікроскопія, вимірювання об'єму посттрепанаційної порожнини, зовнішнього слухового ходу, аудіометрія та СКТ

більш суттєво реагує на вікові нейрогуморальні зміни в організмі в післяменопаузальний період. Носії С - алелі з більшою вірогідністю ( $p < 0,05$ ) мають вищі значення показників САТ, ДАТ, КДР, ТЗСЛШ, ІММЛШ, ІVRT, СІ в порівнянні з володарками А - алелі, хоча і в межах вікових норм, що може вказувати на гіперфункцію у поки що здорового серця.

Висновок: наявність генотипу АС і СС та носійство С - алелі визначає схильність до ремоделювання серця і можливого розвитку серцево-судинної патології. Отже, в період менопаузи у жінок визначається своєрідне функціональне напруження в роботі серця та є умови до подальшого прогресування структурно-морфологічних змін в міокарді.

**УДК:** 539.214:616-089:617-089.874:616-002

## **БІОКОМПОЗИТ "СИНТЕКІСТЬ" - ПОЗИТИВНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ТРЕПАНАЦІЙНИХ ПОРОЖНИН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ЕПІМЕЗОТИМПАНИТ**

**Стечишин О.О.**

Кафедра оториноларингології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Великі післяопераційні трепанаційні порожнини у хворих на хронічний гнійний епімезотимпаніт нерідко є причиною рецидивування запального процесу, тому серед реконструктивно-відновлювальних хірургічних втручань мастоїдопластика займає важливе місце.

Із синтетичних матеріалів, які застосовуються для пластики післяопераційних порожнин, все більшу увагу привертають біоактивні матеріали, які резорбуються, зокрема біоактивний композит "Синтекість".

Біокомпозити "Синтекість" - це група біоактивних неорганічних багатозафазних композиційних матеріалів, близьких за складом до мінералу природної кістки та призначених для вирішення різноманітних задач хірургічного її відновлення при травмах, пухлинах та хворобах кісткової тканини.

БКС являються біофункціональними матеріалами, тобто вони мають властивості остеоінтеграції, остеокондуктивності, остеостимуляції та остеогенезу. Після утворення кістково-керамічного комплексу в організмі вони частково чи повністю резорбуються в запланований час - від 6 тиж до кількох років, замінюючись кістковою тканиною, що побудована з продуктів резорбції. Механізм, характер і швидкість резорбції керується і планується складом і структурою БКС.

Біокомпозити містять лише неорганічні сполуки найвищої біосумісності, які не провокують ніяких негативних імунних реакцій та бактерицидні неорганічні домішки, які попереджують розвиток бактерій.

Завдяки відсутності органічних компонентів, можлива багаторазова стерилізація в сухожарових шафах (повітряним способом згідно ОСТ 42-21-2-85: при Т 180°C - 150 хв.) без будь-яких змін властивостей кістково-пластичного матеріалу.

БКС випускаються у вигляді порошоків, гранул різного розміру і пористості, а також у вигляді пористих і щільних блоків і фігурних імплантатів розміром до 20 см, які виготовляються за моделями кісткових дефектів.

Роботи про використання цього пластичного матеріалу присвячені вивченню його впливу на макроорганізм, розвиток кісткової тканини та властивостей біокомпозиту під час його застосування в експерименті та клініці.

Однак, ми не знайшли даних, які б роз'яснювали перебіг хронічного гнійного епімезотимпаніту після радикальної операції та реоперації з облітерацією трепанаційної порожнини біокомпозитом "Синтекість".

Метою наших досліджень є покращення якості лікування хворих на хронічний гнійний епімезотимпаніт шляхом застосування нового пластичного матеріалу - біокомпозиту "Синтекість" для облітерації післяопераційних трепанаційних порожнин.

Робота проводилась на базі ЛОР клініки ВНМУ ім. М.І.Пирогова. Використовували гранули БКС, якими проводили облітерацію післяопераційної порожнини у хворих на хронічний середній отит під час сануючої операції та в різні строки після неї. За період з вересня 2007 по травень 2009 року прооперовано 30 пацієнтів, хворих на хронічний середній отит. Вік хворих коливався в межах від 5 до 77 років. Чоловіків 14 (47%), жінок 10 (33%), дітей 6 (20%). При хронічних отитах в разі одномоментної пластики посттрепанаційної порожнини після загальнопорожнинної операції, всю утворену порожнину виповнювали БКС з кров'ю пацієнта та антибіотиком. Рана пошарово ушивалась (15 хворих). У випадку хронічного отиту з внутрішньочерепними ускладненнями проводилась розширена загальнопорожнинна операція, а облітерація утвореної порожнини БКС здійснювалась другим етапом (15 хворих).

Для оцінки ефективності проведеного оперативного лікування застосовувались загальноклінічні методи, ото-мікроскопія, вимірювання об'єму посттрепанаційної порожнини, зовнішнього слухового ходу, аудіометрія та СКТ

до операції та через 9 міс. після неї.

Також було проведено ретроспективний аналіз 25 історій хвороб хворих на хронічний гнійний епімезотимпаніт, яким проводилась сануюча операція без облітерації трепанаційної порожнини.

За період наших спостережень було виявлено лише 1 випадок відторгнення матеріалу у хворої на цукровий діабет. СКТ через 9 міс. після імплантації біокомпозиту показало у 90% прооперованих відсутність чіткої межі між кістковою тканиною та біокомпозитом, щільність матеріалу та кістки дещо відрізняється, а у 10% - матеріал в порожнині не визначається. Вимірювання об'єму ЗСП прооперованого вуха виявило відсутність достовірної різниці між об'ємом після операції та через 9 міс. після неї. Середній післяопераційний ліжко-день у пацієнтів, яким була проведена облітерація післяопераційної порожнини біокомпозитом "Синтекість" склав 19 дб, тоді як у пацієнтів з іншими (класичними) методами лікування - 32 доби, тобто на 41% більше.

Висновки: 1. Використання біокомпозиту "Синтекість" для облітерації післяопераційних порожнин у хворих на хронічний середній отит прискорює строки одужання, скорочує перебування хворих у стаціонарі. 2. Відновлена конфігурація зовнішнього слухового проходу сприяє якісному проведенню очищення зовнішнього вуха, профілактиці рецидиву запального процесу. 3. Завдяки своїй гіпоалергенності БКС може застосовуватись у всіх категоріях профільних хворих.

**УДК: 72/612.017.1-084:616-053.3**

## **СУЧАСНІ ДАНІ ПРО ІМУНОПРОФІЛАКТИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ**

**Тимчук Є.В., Русак А.П.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Керовані захворювання у дітей" - це глобальна проблема, над якою працюють науковці всього світу. В наш час перелік тяжких хвороб, які можна контролювати засобами імунопрофілактики, поступово збільшується. Останніми роками набирає обертів кампанія проти вакцинації в засобах масової інформації. Кількість керованих хвороб у дітей зростає, так як більшість молодих батьків не ознайомлені із захворюваннями, проти яких можна проводити вакцинацію. У зв'язку з цим близько 25% батьків ставлять під сумнів необхідність проведення вакцинації та вважають, що вакцини можуть пошкоджувати або послаблювати імунну систему.

Експертами ВООЗ підраховано, що в світі у більше половини померлих до 5 річного віку дітей серед причин смерті є такі захворювання, яким потенційно можна запобігти. Сотні тисяч дітей у світі помирають від кору, проти якого існує доступна й ефективна вакцина. Один-два мільйони дітей помирають від пневмонії, тобто більше, ніж від СНІДу, малярії та туберкульозу разом узятих.

*Мета дослідження:* порівняти Національний календар щеплень і календар щеплень США; на базі Вінницької міської дитячої поліклініки №2 дослідити: ситуацію із проведенням щеплень за останні роки ( 2006-2008 р.р.); вияснити, чи має тенденцію відмова від щеплень та які вакцини найчастіше викликають поствакцинальні реакції.

Наш Національний календар щеплень наближений до календаря США. Різниця в тому, що основні щеплення там розпочинаються не в 3 місяці, як у нас, а в 2 місяці. Окрім того, на відміну від нашого календаря, у США в ці місяці вводять ще вакцини проти пневмококової, а з 2007р. - і проти менингококової інфекції. В США використовується комбінована вакцина, тобто в нас необхідно було б одночасно проводити 7 ін'єкцій. Слід зазначити, що в Україні зареєстровані й уже давно використовуються у дітей з порушенням графіку щеплення комбіновані вакцини, котрі дозволяють однією ін'єкцією провести імунопрофілактику проти 4, 5, 6 інфекцій. У США з 2007 року здійснюється щеплення проти ротавірусної інфекції в 2, 3, і 6 місяців, вакцина вводиться перорально. В США обов'язковою є вакцинація проти вітряної віспи (VZV-інфекція) у дітей, у дівчаток з 11-12 років - проти папіломавірусної інфекції (HPV), яка вважається причиною раку шийки матки, а також щорічне щеплення проти грипу дітям у віці від 6 місяців до 5 років ( тоді, як в Україні щеплення проти грипу є обов'язковим для дітей з груп ризику). Таким чином, у календарі щеплень США передбачено захист від 15 тяжких інфекцій. У нашому календарі вакцини проти пневмококової та менингококової інфекції, вітряної віспи, гепатиту А не передбачені.

Відмови від щеплень в ВМДП №2 : 2006 рік - 203 відмови; 2007 рік - 1693 відмови; 2008 рік - 3438 відмови.

Висновки: 1. Завданням педіатрів є переконувати батьків у необхідності проведення специфічної імунопрофілактики згідно календаря щеплень; ознайомлювати із захворюваннями, які можна запобігти, та їх наслідками - у разі відмови від проведення вакцинації; повідомити батьків, що активна імунізація, до якої належить щеплення, сприяє виробленню специфічного імунітету (клітин пам'яті), без розвитку інфекційного процесу. 2. У зв'язку з майже щорічною зміною штамів грипу і недовготривалістю поствакцинального імунітету, щеплення проти грипу необхідно проводити кожен рік. 3. Результати проведеного свідчать: а) відмова від щеплень набирає тенденцію до зростання від 0,6% до 12% протягом останніх 3 років; б) найреактогеннішою вакциною проти Hib-інфекції є

до операції та через 9 міс. після неї.

Також було проведено ретроспективний аналіз 25 історій хвороб хворих на хронічний гнійний епімезотимпаніт, яким проводилась сануюча операція без облітерації трепанаційної порожнини.

За період наших спостережень було виявлено лише 1 випадок відторгнення матеріалу у хворої на цукровий діабет. СКТ через 9 міс. після імплантації біокомпозиту показало у 90% прооперованих відсутність чіткої межі між кістковою тканиною та біокомпозитом, щільність матеріалу та кістки дещо відрізняється, а у 10% - матеріал в порожнині не визначається. Вимірювання об'єму ЗСП прооперованого вуха виявило відсутність достовірної різниці між об'ємом після операції та через 9 міс. після неї. Середній післяопераційний ліжко-день у пацієнтів, яким була проведена облітерація післяопераційної порожнини біокомпозитом "Синтекість" склав 19 дб, тоді як у пацієнтів з іншими (класичними) методами лікування - 32 доби, тобто на 41% більше.

Висновки: 1. Використання біокомпозиту "Синтекість" для облітерації післяопераційних порожнин у хворих на хронічний середній отит прискорює строки одужання, скорочує перебування хворих у стаціонарі. 2. Відновлена конфігурація зовнішнього слухового проходу сприяє якісному проведенню очищення зовнішнього вуха, профілактиці рецидиву запального процесу. 3. Завдяки своїй гіпоалергенності БКС може застосовуватись у всіх категоріях профільних хворих.

**УДК: 72/612.017.1-084:616-053.3**

## **СУЧАСНІ ДАНІ ПРО ІМУНОПРОФІЛАКТИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ**

**Тимчук Є.В., Русак А.П.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Керовані захворювання у дітей" - це глобальна проблема, над якою працюють науковці всього світу. В наш час перелік тяжких хвороб, які можна контролювати засобами імунопрофілактики, поступово збільшується. Останніми роками набирає обертів кампанія проти вакцинації в засобах масової інформації. Кількість керованих хвороб у дітей зростає, так як більшість молодих батьків не ознайомлені із захворюваннями, проти яких можна проводити вакцинацію. У зв'язку з цим близько 25% батьків ставлять під сумнів необхідність проведення вакцинації та вважають, що вакцини можуть пошкоджувати або послаблювати імунну систему.

Експертами ВООЗ підраховано, що в світі у більше половини померлих до 5 річного віку дітей серед причин смерті є такі захворювання, яким потенційно можна запобігти. Сотні тисяч дітей у світі помирають від кору, проти якого існує доступна й ефективна вакцина. Один-два мільйони дітей помирають від пневмонії, тобто більше, ніж від СНІДу, малярії та туберкульозу разом узятих.

*Мета дослідження:* порівняти Національний календар щеплень і календар щеплень США; на базі Вінницької міської дитячої поліклініки №2 дослідити: ситуацію із проведенням щеплень за останні роки ( 2006-2008 р.р.); вияснити, чи має тенденцію відмова від щеплень та які вакцини найчастіше викликають поствакцинальні реакції.

Наш Національний календар щеплень наближений до календаря США. Різниця в тому, що основні щеплення там розпочинаються не в 3 місяці, як у нас, а в 2 місяці. Окрім того, на відміну від нашого календаря, у США в ці місяці вводять ще вакцини проти пневмококової, а з 2007р. - і проти менінгококової інфекції. В США використовується комбінована вакцина, тобто в нас необхідно було б одночасно проводити 7 ін'єкцій. Слід зазначити, що в Україні зареєстровані й уже давно використовуються у дітей з порушенням графіку щеплення комбіновані вакцини, котрі дозволяють однією ін'єкцією провести імунопрофілактику проти 4, 5, 6 інфекцій. У США з 2007 року здійснюється щеплення проти ротавірусної інфекції в 2, 3, і 6 місяців, вакцина вводиться перорально. В США обов'язковою є вакцинація проти вітряної віспи (VZV-інфекція) у дітей, у дівчаток з 11-12 років - проти папіломавірусної інфекції (HPV), яка вважається причиною раку шийки матки, а також щорічне щеплення проти грипу дітям у віці від 6 місяців до 5 років ( тоді, як в Україні щеплення проти грипу є обов'язковим для дітей з груп ризику). Таким чином, у календарі щеплень США передбачено захист від 15 тяжких інфекцій. У нашому календарі вакцини проти пневмококової та менінгококової інфекції, вітряної віспи, гепатиту А не передбачені.

Відмови від щеплень в ВМДП №2 : 2006 рік - 203 відмови; 2007 рік - 1693 відмови; 2008 рік - 3438 відмови.

Висновки: 1. Завданням педіатрів є переконувати батьків у необхідності проведення специфічної імунопрофілактики згідно календаря щеплень; ознайомлювати із захворюваннями, які можна запобігти, та їх наслідками - у разі відмови від проведення вакцинації; повідомити батьків, що активна імунізація, до якої належить щеплення, сприяє виробленню специфічного імунітету (клітин пам'яті), без розвитку інфекційного процесу. 2. У зв'язку з майже щорічною зміною штамів грипу і недовготривалістю поствакцинального імунітету, щеплення проти грипу необхідно проводити кожен рік. 3. Результати проведеного свідчать: а) відмова від щеплень набирає тенденцію до зростання від 0,6% до 12% протягом останніх 3 років; б) найреактогеннішою вакциною проти Hib-інфекції є

"Тетра-хіб" (78 місцевих реакцій, 12 - загальних протягом 2006-2008 р.р.) тому краще використовувати моновакцину "Хіберікс". 4. Варто зазначити, що в Україні існує Закон "Про захист населення від інфекційних хвороб", у статті 12 якого йдеться пропрофілактичні щеплення. Захист дитячого населення від інфекційних хвороб належить до національної безпеки, а отже, антипропаганда вакцинації є підривом безпеки нації.

---

## **THE STATE OF HEALTH OF CHILDREN OF THE EARLY AGE WITH OVERWEIGHT**

***Tymchuk E.V.***

Chair of pediatrics №1 Vinnitsa National Medical University of N.I.Pirogov (st. Pirogov, 56, Vinnitsa, Ukraine, 21018)

---

The problem of infantile overweight and obesity gains menacing character as in Ukraine, as well as in other countries of the world. 22 million children under 5 years old suffer from obesity. Overweight plays an important part not only in the development of metabolic syndrome, cardiovascular pathology, but in the course of the other somatical pathology of children. Hypothesis about the possibility of the overweight to induce and complicate the course of the somatical pathology of small children is based on the theoretical preconditions and clinical examination data.

In this connection the aim of our research was to estimate the state of health of small children of the early age with overweight.

We carried out the retrospective analysis of 623 hospital cards of the children of early age who underwent medical treatment in Vinnitsa Region Children Hospital during 2007. It was revealed that overweight occurred to 133 children (21%). Among them there were 89 (67%) boys and 44(33%) girls. We carried out the analysis of the structure of the disease development of children with overweight. Yes, the pathology of respiratory apparatus occurred to the most number of children (90 patients -68%). Among the morbidity of respiratory apparatus pneumonia and obstructive bronchitis occurred the most. The part of the children of the early age with overweight the acute pyelonephritis (20 patients - 15%), urinary tract infection (12 patients - 12%) and atopic dermatitis (8 patients - 5%) also were revealed.

Thus the overweight was diagnosed at 21% children of the early age with somatical pathology. It was revealed by us as well that the pathology of respiratory apparatus dominated of children of the early age with overweight.

---

**УДК: 616.895.7:616.895.8**

## **СОМАТОТИПУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

***Тихолаз В.О.***

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Комплексний підхід до встановлення адаптаційних можливостей організму людини з урахуванням типологічних особливостей та виявлення маркерних ознак схильності до захворювань є актуальним на сьогоднішній день. Оскільки організм людини постійно реагує на дію великої кількості зовнішніх подразників та відбувається складна перебудова його функціональних систем. Швидка адаптація виникає безпосередньо після початку дії подразника і реалізується на основі раніше сформованих механізмів та програм, тоді як тривала адаптація розвивається поступово і супроводжується виникненням в організмі певних "структурно-функціональних слідів" (Ф.З.Меєрсон, 1986). Тривала адаптація в процесі індивідуального розвитку формує характерний фенотип (соматотип) людини із сукупністю низки відмінних ознак [В.О.Орлов, 2008]. Нервово-емоційні, фізичні навантаження, особливості харчування, побуту, принципово нові соціальні умови є факторами схильності до напруження механізмів адаптації, особливо під час тривалого стаціонарного лікування.

*Метою* даного дослідження є встановлення особливостей антропометричних показників та пропорційності будови тіла у хворих на параноїдну форму шизофренії різних сомато- та дерматотипів, що зумовлені комплексом нозокоміальних факторів.

Було проведено комплексне антропометричне та дерматогліфічне обстеження 100 чоловіків та 100 жінок зрілого віку хворих на параноїдну шизофренію Вінницької обласної психоневрологічної лікарні, тривалість стаціонарного лікування яких складала більше 1 року. Проведено порівняльний аналіз з аналогічними даними практично здорових людей тієї ж вікової групи. Всі обстежені належали до української етнічної групи у третьому поколінні мешканців території Подільського регіону України.

Антропометричні вимірювання обстежених проводили за методикою В.В.Бунака (1941) у модифікації П.П.Шваренка [2000]. Кількісні характеристики основних компонентів маси тіла (кісткової, м'язової і жирової) розра-

"Тетра-хіб" (78 місцевих реакцій, 12 - загальних протягом 2006-2008 р.р.) тому краще використовувати моновакцину "Хіберікс". 4. Варто зазначити, що в Україні існує Закон "Про захист населення від інфекційних хвороб", у статті 12 якого йдеться пропрофілактичні щеплення. Захист дитячого населення від інфекційних хвороб належить до національної безпеки, а отже, антипропаганда вакцинації є підривом безпеки нації.

---

## **THE STATE OF HEALTH OF CHILDREN OF THE EARLY AGE WITH OVERWEIGHT**

***Tymchuk E.V.***

Chair of pediatrics №1 Vinnitsa National Medical University of N.I.Pirogov (st. Pirogov, 56, Vinnitsa, Ukraine, 21018)

---

The problem of infantile overweight and obesity gains menacing character as in Ukraine, as well as in other countries of the world. 22 million children under 5 years old suffer from obesity. Overweight plays an important part not only in the development of metabolic syndrome, cardiovascular pathology, but in the course of the other somatical pathology of children. Hypothesis about the possibility of the overweight to induce and complicate the course of the somatical pathology of small children is based on the theoretical preconditions and clinical examination data.

In this connection the aim of our research was to estimate the state of health of small children of the early age with overweight.

We carried out the retrospective analysis of 623 hospital cards of the children of early age who underwent medical treatment in Vinnitsa Region Children Hospital during 2007. It was revealed that overweight occurred to 133 children (21%). Among them there were 89 (67%) boys and 44(33%) girls. We carried out the analysis of the structure of the disease development of children with overweight. Yes, the pathology of respiratory apparatus occurred to the most number of children (90 patients -68%). Among the morbidity of respiratory apparatus pneumonia and obstructive bronchitis occurred the most. The part of the children of the early age with overweight the acute pyelonephritis (20 patients - 15%), urinary tract infection (12 patients - 12%) and atopic dermatitis (8 patients - 5%) also were revealed.

Thus the overweight was diagnosed at 21% children of the early age with somatical pathology. It was revealed by us as well that the pathology of respiratory apparatus dominated of children of the early age with overweight.

---

**УДК: 616.895.7:616.895.8**

## **СОМАТОТИПУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

***Тихолаз В.О.***

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Комплексний підхід до встановлення адаптаційних можливостей організму людини з урахуванням типологічних особливостей та виявлення маркерних ознак схильності до захворювань є актуальним на сьогоднішній день. Оскільки організм людини постійно реагує на дію великої кількості зовнішніх подразників та відбувається складна перебудова його функціональних систем. Швидка адаптація виникає безпосередньо після початку дії подразника і реалізується на основі раніше сформованих механізмів та програм, тоді як тривала адаптація розвивається поступово і супроводжується виникненням в організмі певних "структурно-функціональних слідів" (Ф.З.Меєрсон, 1986). Тривала адаптація в процесі індивідуального розвитку формує характерний фенотип (соматотип) людини із сукупністю низки відмінних ознак [В.О.Орлов, 2008]. Нервово-емоційні, фізичні навантаження, особливості харчування, побуту, принципово нові соціальні умови є факторами схильності до напруження механізмів адаптації, особливо під час тривалого стаціонарного лікування.

*Метою* даного дослідження є встановлення особливостей антропометричних показників та пропорційності будови тіла у хворих на параноїдну форму шизофренії різних сомато- та дерматотипів, що зумовлені комплексом нозокоміальних факторів.

Було проведено комплексне антропометричне та дерматогліфічне обстеження 100 чоловіків та 100 жінок зрілого віку хворих на параноїдну шизофренію Вінницької обласної психоневрологічної лікарні, тривалість стаціонарного лікування яких складала більше 1 року. Проведено порівняльний аналіз з аналогічними даними практично здорових людей тієї ж вікової групи. Всі обстежені належали до української етнічної групи у третьому поколінні мешканців території Подільського регіону України.

Антропометричні вимірювання обстежених проводили за методикою В.В.Бунака (1941) у модифікації П.П.Шваренка [2000]. Кількісні характеристики основних компонентів маси тіла (кісткової, м'язової і жирової) розра-



"Тетра-хіб" (78 місцевих реакцій, 12 - загальних протягом 2006-2008 р.р.) тому краще використовувати моновакцину "Хіберікс". 4. Варто зазначити, що в Україні існує Закон "Про захист населення від інфекційних хвороб", у статті 12 якого йдеться пропрофілактичні щеплення. Захист дитячого населення від інфекційних хвороб належить до національної безпеки, а отже, антипропаганда вакцинації є підривом безпеки нації.

---

## **THE STATE OF HEALTH OF CHILDREN OF THE EARLY AGE WITH OVERWEIGHT**

***Tymchuk E.V.***

Chair of pediatrics №1 Vinnitsa National Medical University of N.I.Pirogov (st. Pirogov, 56, Vinnitsa, Ukraine, 21018)

---

The problem of infantile overweight and obesity gains menacing character as in Ukraine, as well as in other countries of the world. 22 million children under 5 years old suffer from obesity. Overweight plays an important part not only in the development of metabolic syndrome, cardiovascular pathology, but in the course of the other somatical pathology of children. Hypothesis about the possibility of the overweight to induce and complicate the course of the somatical pathology of small children is based on the theoretical preconditions and clinical examination data.

In this connection the aim of our research was to estimate the state of health of small children of the early age with overweight.

We carried out the retrospective analysis of 623 hospital cards of the children of early age who underwent medical treatment in Vinnitsa Region Children Hospital during 2007. It was revealed that overweight occurred to 133 children (21%). Among them there were 89 (67%) boys and 44(33%) girls. We carried out the analysis of the structure of the disease development of children with overweight. Yes, the pathology of respiratory apparatus occurred to the most number of children (90 patients -68%). Among the morbidity of respiratory apparatus pneumonia and obstructive bronchitis occurred the most. The part of the children of the early age with overweight the acute pyelonephritis (20 patients - 15%), urinary tract infection (12 patients - 12%) and atopic dermatitis (8 patients - 5%) also were revealed.

Thus the overweight was diagnosed at 21% children of the early age with somatical pathology. It was revealed by us as well that the pathology of respiratory apparatus dominated of children of the early age with overweight.

---

**УДК: 616.895.7:616.895.8**

## **СОМАТОТИПУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

***Тихолаз В.О.***

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Комплексний підхід до встановлення адаптаційних можливостей організму людини з урахуванням типологічних особливостей та виявлення маркерних ознак схильності до захворювань є актуальним на сьогоднішній день. Оскільки організм людини постійно реагує на дію великої кількості зовнішніх подразників та відбувається складна перебудова його функціональних систем. Швидка адаптація виникає безпосередньо після початку дії подразника і реалізується на основі раніше сформованих механізмів та програм, тоді як тривала адаптація розвивається поступово і супроводжується виникненням в організмі певних "структурно-функціональних слідів" (Ф.З.Меєрсон, 1986). Тривала адаптація в процесі індивідуального розвитку формує характерний фенотип (соматотип) людини із сукупністю низки відмінних ознак [В.О.Орлов, 2008]. Нервово-емоційні, фізичні навантаження, особливості харчування, побуту, принципово нові соціальні умови є факторами схильності до напруження механізмів адаптації, особливо під час тривалого стаціонарного лікування.

*Метою* даного дослідження є встановлення особливостей антропометричних показників та пропорційності будови тіла у хворих на параноїдну форму шизофренії різних сомато- та дерматотипів, що зумовлені комплексом нозокоміальних факторів.

Було проведено комплексне антропометричне та дерматогліфічне обстеження 100 чоловіків та 100 жінок зрілого віку хворих на параноїдну шизофренію Вінницької обласної психоневрологічної лікарні, тривалість стаціонарного лікування яких складала більше 1 року. Проведено порівняльний аналіз з аналогічними даними практично здорових людей тієї ж вікової групи. Всі обстежені належали до української етнічної групи у третьому поколінні мешканців території Подільського регіону України.

Антропометричні вимірювання обстежених проводили за методикою В.В.Бунака (1941) у модифікації П.П.Шваренка [2000]. Кількісні характеристики основних компонентів маси тіла (кісткової, м'язової і жирової) розра-

ховували за формулами J.Matiegka з наступним соматотипуванням за розрахунковою модифікацією метода Heath-Carter (1990). Пропорційність будови тіла визначали за методикою пропорційної ідентифікації П.П.Шапаренка [1994]. Дерматогліфи дистальних фаланг пальців отримували класичним способом (Т.Д.Гладкова, 1966). Аналіз дерматогліфів проводився за Cummins та Midlo. По дерматогліфам дистальних фаланг пальців визначали три типи папілярних ліній: завиток, петля, дуга та кількісні дерматогліфічні показники (гребінцевий рахунок). Статистичний аналіз отриманих результатів проводили за допомогою стандартного програмного пакету "STATISTICA 6.1." для Windows.

Висновок: проведений порівняльний аналіз антропометричних показників у хворих на параноїдну шизофренію під час тривалої дії нозокоміальних факторів та практично здорових людей виявив розбіжності у характері їх розподілу в залежності від сомато- та дерматотипу. Дане дослідження надасть змогу встановити маркерні ознаки схильності до можливого розвитку психічних розладів, зокрема шизофренії, з подальшим визначенням меж норми.

**УДК: 006.2:625.153**

## **ДІЯЛЬНІСТЬ ТОВАРИСТВА ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА НА ТЕРЕНАХ УКРАЇНИ**

**Ткаченко О.В.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Український Червоний Хрест - наймасовіша громадська благодійна організація, спрямована на підтримку інвалідів, самотніх хворих похилого віку, дітей-сиріт.

В умовах складної економічної ситуації в країні, коли законодавчі та виконавчі органи влади вишукують нові можливості і резерви для посилення соціального захисту найбільш незахищених верств населення, одним із основних напрямків роботи організацій Товариства Червоного Хреста України є допомога державі у розв'язанні проблем надання медико-соціальної, побутової і гуманітарної допомоги найуразливішим. Досвід роботи червонохресних організацій України засвідчує, що вони робили і роблять важливий внесок у вирішення цих питань.

Український Червоний Хрест (УЧХ) заснований в Українській Народній Республіці 18 квітня 1918 року, коли закінчилося трьохсотлітнє поневолення України Росією. Національну організацію УЧХ створено з такими самими завданнями, що й Міжнародний ЧХ (МЧХ) за ініціативою Всеукраїнського з'їзду лікарів у Києві на базі існуючих в Україні місцевих товариств Російського ЧХ. Організаторами його і членами Центрального Комітету УЧХ були лікарі Євмен Лукасевич і Борис Матюшенко.

Серед першочергових завдань, які постали перед УЧХ, була допомога біженцям та військовополоненим, турбота про інвалідів та дітей-сиріт, боротьба з голодом та епідеміями, організація лазаретів, шпиталів та харчувальних пунктів. Червоний Хрест мав у своєму розпорядженні два хірургічних і п'ять протиепідемічних шпиталів у Києві, польові шпитали у Бердичеві, Сарнах, Рівному, Радзівілові, Проскуріві, Волочиську, Черкасах, Коростені, Жмеринці, Козятині, Ярмолинцях, два протиепідемічні шпитали в Конотопі й Одеський евакуаційний шпиталь. Низку осередків УЧХ засновано у регіонах.

Одним із найважливіших завдань тоді була визначена реевакуація військовополонених усіх армій, що воювали на Україні. Український Червоний Хрест продовжував діяти і у міжвоєнний період. За ініціативою активістів товариства були збудовані громадські пральні та лазні, засновані та обладнані фельдшерсько-акушерські пункти, аптеки та магазини санітарної гігієни. Незабаром при ньому створено 18 рухомих санітарних загонів, 60 пунктів харчування.

Для боротьби з епідемією висипного тифу Український Червоний Хрест створив лікувальні пункти на тисячі місць. Під час голоду 1921-23 років Товариство організувало сотні безкоштовних їдалень, наддало селянам мільйони продовольчих пайків.

На початку 1930-х років Червоний Хрест України мав у своїй власності 119 медичних, 206 профілактичних та дитячих закладів, четверту частину всіх протитуберкульозних диспансерів, 36 оздоровчих установ, 800 лазень, 300 фельдшерсько-акушерських пунктів, 400 аптек і магазинів санітарії та гігієни.

Особлива увага приділялась заснуванню загонів санітарної авіації, кваліфікованій підготовці сестер милосердя, санітарних дружинниць та інструкторів. Саме в цей час всюди розгорнулося навчання населення у гуртках першої допомоги.

Іспитом на милосердя для вихованців Червоного Хреста України стала Велика вітчизняна війна. Саме тоді Товариство підготувало і направило на фронт понад 100 тисяч медичних сестер, саніструкторів та сандружинниць. Завдяки своєчасній та кваліфікованій медичній допомозі вдалося повернути у бойові частини більше половини поранених.

У повоєнні роки для Червоного Хреста важливе значення мало подальше зміцнення зв'язків та співпраці з органами й установами здоров'я та залучення широких мас до участі в заходах щодо ліквідації санітарних наслідків війни.

Віхою нових випробувань Українського Червоного Хреста на дієздатність та милосердя стала Чорнобильська катастрофа 26 квітня 1986 року.

ховували за формулами J.Matiegka з наступним соматотипуванням за розрахунковою модифікацією метода Heath-Carter (1990). Пропорційність будови тіла визначали за методикою пропорційної ідентифікації П.П.Шапаренка [1994]. Дерматогліфи дистальних фаланг пальців отримували класичним способом (Т.Д.Гладкова, 1966). Аналіз дерматогліфів проводився за Cummins та Midlo. По дерматогліфам дистальних фаланг пальців визначали три типи папілярних ліній: завиток, петля, дуга та кількісні дерматогліфічні показники (гребінцевий рахунок). Статистичний аналіз отриманих результатів проводили за допомогою стандартного програмного пакету "STATISTICA 6.1." для Windows.

Висновок: проведений порівняльний аналіз антропометричних показників у хворих на параноїдну шизофренію під час тривалої дії нозокоміальних факторів та практично здорових людей виявив розбіжності у характері їх розподілу в залежності від сомато- та дерматотипу. Дане дослідження надасть змогу встановити маркерні ознаки схильності до можливого розвитку психічних розладів, зокрема шизофренії, з подальшим визначенням меж норми.

**УДК: 006.2:625.153**

## **ДІЯЛЬНІСТЬ ТОВАРИСТВА ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА НА ТЕРЕНАХ УКРАЇНИ**

**Ткаченко О.В.**

Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Український Червоний Хрест - наймасовіша громадська благодійна організація, спрямована на підтримку інвалідів, самотніх хворих похилого віку, дітей-сиріт.

В умовах складної економічної ситуації в країні, коли законодавчі та виконавчі органи влади вишукують нові можливості і резерви для посилення соціального захисту найбільш незахищених верств населення, одним із основних напрямків роботи організацій Товариства Червоного Хреста України є допомога державі у розв'язанні проблем надання медико-соціальної, побутової і гуманітарної допомоги найуразливішим. Досвід роботи червонохресних організацій України засвідчує, що вони робили і роблять важливий внесок у вирішення цих питань.

Український Червоний Хрест (УЧХ) заснований в Українській Народній Республіці 18 квітня 1918 року, коли закінчилося трьохсотлітнє поневолення України Росією. Національну організацію УЧХ створено з такими самими завданнями, що й Міжнародний ЧХ (МЧХ) за ініціативою Всеукраїнського з'їзду лікарів у Києві на базі існуючих в Україні місцевих товариств Російського ЧХ. Організаторами його і членами Центрального Комітету УЧХ були лікарі Євмен Лукасевич і Борис Матюшенко.

Серед першочергових завдань, які постали перед УЧХ, була допомога біженцям та військовополоненим, турбота про інвалідів та дітей-сиріт, боротьба з голодом та епідеміями, організація лазаретів, шпиталів та харчувальних пунктів. Червоний Хрест мав у своєму розпорядженні два хірургічних і п'ять протиепідемічних шпиталів у Києві, польові шпитали у Бердичеві, Сарнах, Рівному, Радзівілові, Проскуріві, Волочиську, Черкасах, Коростені, Жмеринці, Козятині, Ярмолинцях, два протиепідемічні шпитали в Конотопі й Одеський евакуаційний шпиталь. Низку осередків УЧХ засновано у регіонах.

Одним із найважливіших завдань тоді була визначена реевакуація військовополонених усіх армій, що воювали на Україні. Український Червоний Хрест продовжував діяти і у міжвоєнний період. За ініціативою активістів товариства були збудовані громадські пральні та лазні, засновані та обладнані фельдшерсько-акушерські пункти, аптеки та магазини санітарної гігієни. Незабаром при ньому створено 18 рухомих санітарних загонів, 60 пунктів харчування.

Для боротьби з епідемією висипного тифу Український Червоний Хрест створив лікувальні пункти на тисячі місць. Під час голоду 1921-23 років Товариство організувало сотні безкоштовних їдалень, наддало селянам мільйони продовольчих пайків.

На початку 1930-х років Червоний Хрест України мав у своїй власності 119 медичних, 206 профілактичних та дитячих закладів, четверту частину всіх протитуберкульозних диспансерів, 36 оздоровчих установ, 800 лазень, 300 фельдшерсько-акушерських пунктів, 400 аптек і магазинів санітарії та гігієни.

Особлива увага приділялась заснуванню загонів санітарної авіації, кваліфікованій підготовці сестер милосердя, санітарних дружинниць та інструкторів. Саме в цей час всюди розгорнулося навчання населення у гуртках першої допомоги.

Іспитом на милосердя для вихованців Червоного Хреста України стала Велика вітчизняна війна. Саме тоді Товариство підготувало і направило на фронт понад 100 тисяч медичних сестер, саніструкторів та сандружинниць. Завдяки своєчасній та кваліфікованій медичній допомозі вдалося повернути у бойові частини більше половини поранених.

У повоєнні роки для Червоного Хреста важливе значення мало подальше зміцнення зв'язків та співпраці з органами й установами здоров'я та залучення широких мас до участі в заходах щодо ліквідації санітарних наслідків війни.

Віхою нових випробувань Українського Червоного Хреста на дієздатність та милосердя стала Чорнобильська катастрофа 26 квітня 1986 року.

Співробітники Червоного Хреста розселяли десятки мешканців Прип'яті, проводили обходи, аби знайти для переселенців тимчасові помешкання. Були складені списки евакуйованих і таких що прийшли самі. Евакуйованим надавалася грошова та медична допомога, для обслуговування мешканців забруднених районів було виділено 213 сестер милосердя.

Товариство Червоного Хреста України продовжує бути надійною опорою для знедолених, сиріт, інвалідів, немічних, хворих, самотніх, останньою інстанцією, куди люди завжди можуть звернутись по допомогу за найскрутніших обставин.

Волонтери та співробітники Червоного Хреста завжди поруч: в найгарячіших точках, в епіцентрах стихійних лих і людської біди - там, де виникала потреба у наданні негайної допомоги, теплomu слові.

Сьогодні в лавах товариства Червоного Хреста України понад 6,3 мільйони прихильників та активістів. Патронажна служба нараховує понад 3200 високо кваліфікованих сестер милосердя. Товариство Червоного Хреста реалізовує понад 40 проектів і програм по всій території України, які фінансуються за рахунок публічних пожертв та угод про партнерство. Щороку Товариство обслуговує понад 105 тисяч самотніх хворих похилого віку, майже 23 тисячі інвалідів війни та праці, більше ніж 25 тисяч учасників Великої вітчизняної війни, понад 8 тисяч інвалідів дитинства.

28 жовтня 1992 року Президент України видав Указ про Товариство Червоного Хреста України, за яким воно визнається єдиним національним Товариством Червоного Хреста, уповноваженим сприяти органам державної влади в їх діяльності в гуманітарній сфері. Основним документом Товариства, регламентуючим його діяльність є Статут Товариства.

Товариство Червоного Хреста України є учасником Міжнародного Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, найбільшої гуманітарної організації в світі, яка нараховує 97 мільйонів волонтерів і уособлює одвічні істини, невідкладні часові ідеали людства - потребу в милосерді, гуманізмі, допомозі одне одному.

---

**УДК: 615.28:616.155.394.5**

## **ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ З НЕЙТРОПЕНІЯМИ**

**Фоміна Н.С.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Інфекційні ускладнення у хворих з нейтропеніями залишаються актуальним питанням сучасної гематології. Інфекційні вогнища, що зумовлюють фебрилітет у хворих з гемобластозами, мають найрізноманітнішу локалізацію і не завжди виявляються. Однак встановлено, що у 34% випадків має місце катетер-асоційована бактеріємія, у 22% виникають інфекції ротової порожнини, у 13% - інфекції респіраторного тракту, м'яких тканин та шкіри. Мікроорганізми, які приймають участь у розвитку інфекційного процесу представлені переважно коагулазопозитивними стафілококами (60-70%), метицилінрезистентними штамми, грамнегативними мікроорганізмами (15-20%) - *E.coli*, *Klebsiella*, *P.aeruginosa*, та дріждеподібними грибами (10-15%). Гриби роду *Candida*, зазвичай, є причиною вторинних інфекцій при нейтропеніях у пацієнтів, які отримували антибіотики широкого спектру дії, але іноді, можуть виступати в ролі основного етіологічного фактору.

Місцем первинної локалізації інфекцій, найбільш часто є шлунково-кишковий тракт, функції якого пошкоджуються внаслідок проведення хіміотерапії. Найшвидше зміни мікробіоценозу шлунково-кишкового тракту у хворих з нейтропеніями проявляються грибовими, вірусними і бактеріальними стоматитами. Пошкодження покривних тканин при проведенні інвазивних маніпуляцій (використання внутрішньовенних катетерів) відкриває вхідні ворота для інфекційних агентів, що врешті приводить до розвитку катетер - асоційованих бактеріємії.

Проникнення мікроорганізмів, які входять до складу нормальної мікрофлори шкіри пацієнта по зовнішній поверхні катетера найбільш вірогідно в перші 10 діб після постановки внутрішньовенного катетера. В цьому випадку катетери найчастіше колонізують *S.epidermidis*, коагулазонегативні стафілококи, *S.aureus* та ін. Окремо слід підкреслити роль шкіри рук медперсоналу, як фактору передачі збудників внутрішньолікарняних інфекцій, оскільки вона досить часто контамінована метицилінрезистентними стафілококами, ентеробактеріями, неферментуючими грамнегативними паличками, дріждеподібними грибами.

Виходячи з вищесказаного, уявляється доцільною розробка методів профілактики розвитку інфекцій ротової порожнини і катетер-асоційованих бактеріємії у онкогематологічних хворих шляхом впровадження в лікувальну практику сучасних методів обробки слизової оболонки ротової порожнини та операційного поля в місці постановки катетера.

Враховуючи, що пацієнти з нейтропеніями відносяться до важкої категорії онкогематологічних хворих, до антисептичних препаратів, які використовують з метою профілактики інфекційних ускладнень висувають вимоги,

Співробітники Червоного Хреста розселяли десятки мешканців Прип'яті, проводили обходи, аби знайти для переселенців тимчасові помешкання. Були складені списки евакуйованих і таких що прийшли самі. Евакуйованим надавалася грошова та медична допомога, для обслуговування мешканців забруднених районів було виділено 213 сестер милосердя.

Товариство Червоного Хреста України продовжує бути надійною опорою для знедолених, сиріт, інвалідів, немічних, хворих, самотніх, останньою інстанцією, куди люди завжди можуть звернутись по допомогу за найскрутніших обставин.

Волонтери та співробітники Червоного Хреста завжди поруч: в найгарячіших точках, в епіцентрах стихійних лих і людської біди - там, де виникала потреба у наданні негайної допомоги, теплomu слові.

Сьогодні в лавах товариства Червоного Хреста України понад 6,3 мільйони прихильників та активістів. Патронажна служба нараховує понад 3200 високо кваліфікованих сестер милосердя. Товариство Червоного Хреста реалізовує понад 40 проектів і програм по всій території України, які фінансуються за рахунок публічних пожертв та угод про партнерство. Щороку Товариство обслуговує понад 105 тисяч самотніх хворих похилого віку, майже 23 тисячі інвалідів війни та праці, більше ніж 25 тисяч учасників Великої вітчизняної війни, понад 8 тисяч інвалідів дитинства.

28 жовтня 1992 року Президент України видав Указ про Товариство Червоного Хреста України, за яким воно визнається єдиним національним Товариством Червоного Хреста, уповноваженим сприяти органам державної влади в їх діяльності в гуманітарній сфері. Основним документом Товариства, регламентуючим його діяльність є Статут Товариства.

Товариство Червоного Хреста України є учасником Міжнародного Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, найбільшої гуманітарної організації в світі, яка нараховує 97 мільйонів волонтерів і уособлює одвічні істини, невідкладні часові ідеали людства - потребу в милосерді, гуманізмі, допомозі одне одному.

---

**УДК: 615.28:616.155.394.5**

## **ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ З НЕЙТРОПЕНІЯМИ**

**Фоміна Н.С.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Інфекційні ускладнення у хворих з нейтропеніями залишаються актуальним питанням сучасної гематології. Інфекційні вогнища, що зумовлюють фебрилітет у хворих з гемобластозами, мають найрізноманітнішу локалізацію і не завжди виявляються. Однак встановлено, що у 34% випадків має місце катетер-асоційована бактеріємія, у 22% виникають інфекції ротової порожнини, у 13% - інфекції респіраторного тракту, м'яких тканин та шкіри. Мікроорганізми, які приймають участь у розвитку інфекційного процесу представлені переважно коагулазопозитивними стафілококами (60-70%), метицилінрезистентними штамми, грамнегативними мікроорганізмами (15-20%) - *E.coli*, *Klebsiella*, *P.aeruginosa*, та дріждеподібними грибами (10-15%). Гриби роду *Candida*, зазвичай, є причиною вторинних інфекцій при нейтропеніях у пацієнтів, які отримували антибіотики широкого спектру дії, але іноді, можуть виступати в ролі основного етіологічного фактору.

Місцем первинної локалізації інфекцій, найбільш часто є шлунково-кишковий тракт, функції якого пошкоджуються внаслідок проведення хіміотерапії. Найшвидше зміни мікробіоценозу шлунково-кишкового тракту у хворих з нейтропеніями проявляються грибовими, вірусними і бактеріальними стоматитами. Пошкодження покривних тканин при проведенні інвазивних маніпуляцій (використання внутрішньовенних катетерів) відкриває вхідні ворота для інфекційних агентів, що врешті приводить до розвитку катетер - асоційованих бактеріемій.

Проникнення мікроорганізмів, які входять до складу нормальної мікрофлори шкіри пацієнта по зовнішній поверхні катетера найбільш вірогідно в перші 10 діб після постановки внутрішньовенного катетера. В цьому випадку катетери найчастіше колонізують *S.epidermidis*, коагулазонегативні стафілококи, *S.aureus* та ін. Окремо слід підкреслити роль шкіри рук медперсоналу, як фактору передачі збудників внутрішньолікарняних інфекцій, оскільки вона досить часто контамінована метицилінрезистентними стафілококами, ентеробактеріями, неферментуючими грамнегативними паличками, дріждеподібними грибами.

Виходячи з вищесказаного, уявляється доцільною розробка методів профілактики розвитку інфекцій ротової порожнини і катетер-асоційованих бактеріемій у онкогематологічних хворих шляхом впровадження в лікувальну практику сучасних методів обробки слизової оболонки ротової порожнини та операційного поля в місці постановки катетера.

Враховуючи, що пацієнти з нейтропеніями відносяться до важкої категорії онкогематологічних хворих, до антисептичних препаратів, які використовують з метою профілактики інфекційних ускладнень висувають вимоги,

як до хірургічних антисептиків (антимікробний спектр, ефективність, експозиція дії, відсутність небажаних побічних ефектів, здатність ефективно видаляти транзиторну мікрофлору, зменшувати кількість шкірних автохтонних стафілококів). Таким вимогам відповідає вітчизняний антисептичний препарат декаметоксин. Препарат має широкий спектр протибактеріальної, антипротозойної, протигрибкової, протівірусної дії, виявляє десенсibiliзуючі і протизапальні властивості, не чинить небажаних побічних впливів, що дає змогу використовувати даний антисептик у пацієнтів з імуносупресією.

Існує позитивний досвід використання препаратів декасан, горостен, антифунгін, амосепт, основною діючою речовиною яких є декаметоксин, з метою профілактичної і терапевтичної антисептики. Застосування цих препаратів, розробка нових композицій на основі декаметоксину є перспективним для проведення профілактичних антиінфекційних заходів у онкогематологічних хворих з підвищеним ризиком виникнення гнійно-септичної патології.

**УДК: 616-007.272:616.12-008.331:616-005.6**

## **ОКЛЮЗИВНИЙ АРТЕРІАЛЬНИЙ ТРОМБОЗ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ**

**Форманчук А.М., Лещенко Ю.М.**

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Гостра мезентеріальна ішемія (ГМІ) є однією із найважчих патологій черевної порожнини, що характеризується складністю прижиттєвої діагностики та високим рівнем летальності, яка складає 60 - 100%, та не має тенденції до зниження (Савельєв, Спиридонов, 1979; Бондаренко, 1999; Кононенко, 2004; Козаченко, 2007; Орел, 2009). Найчастішою причиною ГМІ є оклюзивний тромбоз або емболія мезентеріальних судин, з переважанням частоти тромбозу у 3 рази (Бондаренко, 1990). Також, відомо, що прогноз при лікуванні артеріальних емболій є сприятливішим, ніж при тромбозі. Найчастіше уражується устя верхньо-брижової артерії - у 69% випадків (Давидов, 1975). Оклюзивний тромбоз верхньої брижової артерії, в силу анатомо-фізіологічних особливостей та заселеності кишки мікроорганізмами, є причиною розвитку ішемії, інфаркту, гангрені кишки, що призводить до неминучої загибелі хворих.

Враховуючи актуальність даної проблеми, метою нашого дослідження стало створення експериментальної моделі ГМІ, максимально наближеної до природньої патології, яка б дозволила дослідити певні ланки патогенезу даної патології.

Запропонована оригінальна модель оклюзивного тромбозу брижової артерії, що є найбільш наближеною до природньої патології (позитивне рішення по заявці на патент №14098 від 27 березня 2009 року). Проведене експериментальне дослідження на 12 безпородних щурах обох статей масою 300-400 гр, яким проводилось відтворення запропонованої нами моделі тромбозу верхньо-брижової артерії, якій відповідає краніальна брижова артерія у щурів (КБА). Під внутрішньоочеревинним кетаміновим наркозом 0,1 мл/100 г. Через 1, 2, 3, 4, 5, 6 год. дослідним тваринам виконували релапаротомію та проводили макроскопічну оцінку ураження тонкої кишки та пульсації судин брижі. Стінку ураженої тонкої кишки із брижею та КБА забирали для гістологічного дослідження єдиним блоком. Отримані зразки фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну з наступною заливкою у парафінові блоки за стандартною методикою із виготовленням напівтонких зрізів та фарбуванням їх гематоксилін-еозином. Виготовлені зрізи отримані за допомогою санного мікротому, після депарафінізації в батареї вихідних спиртів. Тварини виводились із експерименту шляхом передозування засобу для наркозу.

Макроскопічне дослідження виявляло зміни стінки токої кишки в різні строки експерименту відповідно до часу тривання ішемії. При морфологічному дослідженні на строках починаючи від 4-ох годин експерименту у 100% випадків у просвіті КБА виявлялись обширні тромбоцитарні, еритроцитарні та змішані тромби, фібрин, які закупорювали просвіт краніальної брижової артерії та її дистальних гілок, викликаючи ГМІ та інфаркт тонкої кишки у всьому басейні кровопостачання КБА.

Висновок: запропонований нами спосіб викликає гострий артеріальний тромбоз із ефективним прогресуючим оклюзивним тромбоутворенням в просвіті КБА, що веде до ГМІ та наступного тотального інфаркту тонкої кишки у всьому басейні КБА. Спосіб моделювання є легковідтворюваним та може бути використаний для експериментальних досліджень.

**УДК: 546.15:616.716.85**

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТІВ "ЙОДОФОРМ" І "МІРАМІСТИН" У ЛІКУВАННІ АЛЬВЕОЛІТІВ**

як до хірургічних антисептиків (антимікробний спектр, ефективність, експозиція дії, відсутність небажаних побічних ефектів, здатність ефективно видаляти транзиторну мікрофлору, зменшувати кількість шкірних автохтонних стафілококів). Таким вимогам відповідає вітчизняний антисептичний препарат декаметоксин. Препарат має широкий спектр протибактеріальної, антипротозойної, протигрибкової, противірусної дії, виявляє десенсibiliзуючі і протизапальні властивості, не чинить небажаних побічних впливів, що дає змогу використовувати даний антисептик у пацієнтів з імуносупресією.

Існує позитивний досвід використання препаратів декасан, горостен, антифунгін, амосепт, основною діючою речовиною яких є декаметоксин, з метою профілактичної і терапевтичної антисептики. Застосування цих препаратів, розробка нових композицій на основі декаметоксину є перспективним для проведення профілактичних антиінфекційних заходів у онкогематологічних хворих з підвищеним ризиком виникнення гнійно-септичної патології.

**УДК: 616-007.272:616.12-008.331:616-005.6**

## **ОКЛЮЗИВНИЙ АРТЕРІАЛЬНИЙ ТРОМБОЗ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ**

**Форманчук А.М., Лещенко Ю.М.**

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Гостра мезентеріальна ішемія (ГМІ) є однією із найважчих патологій черевної порожнини, що характеризується складністю прижиттєвої діагностики та високим рівнем летальності, яка складає 60 - 100%, та не має тенденції до зниження (Савельєв, Спиридонов, 1979; Бондаренко, 1999; Кононенко, 2004; Козаченко, 2007; Орел, 2009). Найчастішою причиною ГМІ є оклюзивний тромбоз або емболія мезентеріальних судин, з переважанням частоти тромбозу у 3 рази (Бондаренко, 1990). Також, відомо, що прогноз при лікуванні артеріальних емболій є сприятливішим, ніж при тромбозі. Найчастіше уражується устя верхньо-брижової артерії - у 69% випадків (Давидов, 1975). Оклюзивний тромбоз верхньої брижової артерії, в силу анатомо-фізіологічних особливостей та заселеності кишки мікроорганізмами, є причиною розвитку ішемії, інфаркту, гангрені кишки, що призводить до неминучої загибелі хворих.

Враховуючи актуальність даної проблеми, метою нашого дослідження стало створення експериментальної моделі ГМІ, максимально наближеної до природної патології, яка б дозволила дослідити певні ланки патогенезу даної патології.

Запропонована оригінальна модель оклюзивного тромбозу брижової артерії, що є найбільш наближеною до природної патології (позитивне рішення по заявці на патент №14098 від 27 березня 2009 року). Проведене експериментальне дослідження на 12 безпородних щурах обох статей масою 300-400 гр, яким проводилось відтворення запропонованої нами моделі тромбозу верхньо-брижової артерії, якій відповідає краніальна брижова артерія у щурів (КБА). Під внутрішньоочеревинним кетаміновим наркозом 0,1 мл/100 г. Через 1, 2, 3, 4, 5, 6 год. дослідним тваринам виконували релапаротомію та проводили макроскопічну оцінку ураження тонкої кишки та пульсації судин брижі. Стінку ураженої тонкої кишки із брижею та КБА забирали для гістологічного дослідження єдиним блоком. Отримані зразки фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну з наступною заливкою у парафінові блоки за стандартною методикою із виготовленням напівтонких зрізів та фарбуванням їх гематоксилін-еозином. Виготовлені зрізи отримані за допомогою санного мікротому, після депарафінізації в батареї вихідних спиртів. Тварини виводились із експерименту шляхом передозування засобу для наркозу.

Макроскопічне дослідження виявляло зміни стінки токої кишки в різні строки експерименту відповідно до часу тривання ішемії. При морфологічному дослідженні на строках починаючи від 4-ох годин експерименту у 100% випадків у просвіті КБА виявлялись обширні тромбоцитарні, еритроцитарні та змішані тромби, фібрин, які закупорювали просвіт краніальної брижової артерії та її дистальних гілок, викликаючи ГМІ та інфаркт тонкої кишки у всьому басейні кровопостачання КБА.

Висновок: запропонований нами спосіб викликає гострий артеріальний тромбоз із ефективним прогресуючим оклюзивним тромбоутворенням в просвіті КБА, що веде до ГМІ та наступного тотального інфаркту тонкої кишки у всьому басейні КБА. Спосіб моделювання є легковідтворюваним та може бути використаний для експериментальних досліджень.

**УДК: 546.15:616.716.85**

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТІВ "ЙОДОФОРМ" І "МІРАМІСТИН" У ЛІКУВАННІ АЛЬВЕОЛІТІВ**

як до хірургічних антисептиків (антимікробний спектр, ефективність, експозиція дії, відсутність небажаних побічних ефектів, здатність ефективно видаляти транзиторну мікрофлору, зменшувати кількість шкірних автохтонних стафілококів). Таким вимогам відповідає вітчизняний антисептичний препарат декаметоксин. Препарат має широкий спектр протибактеріальної, антипротозойної, протигрибкової, противірусної дії, виявляє десенсibiliзуючі і протизапальні властивості, не чинить небажаних побічних впливів, що дає змогу використовувати даний антисептик у пацієнтів з імуносупресією.

Існує позитивний досвід використання препаратів декасан, горостен, антифунгін, амосепт, основною діючою речовиною яких є декаметоксин, з метою профілактичної і терапевтичної антисептики. Застосування цих препаратів, розробка нових композицій на основі декаметоксину є перспективним для проведення профілактичних антиінфекційних заходів у онкогематологічних хворих з підвищеним ризиком виникнення гнійно-септичної патології.

**УДК: 616-007.272:616.12-008.331:616-005.6**

## **ОКЛЮЗИВНИЙ АРТЕРІАЛЬНИЙ ТРОМБОЗ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ**

**Форманчук А.М., Лещенко Ю.М.**

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Гостра мезентеріальна ішемія (ГМІ) є однією із найважчих патологій черевної порожнини, що характеризується складністю прижиттєвої діагностики та високим рівнем летальності, яка складає 60 - 100%, та не має тенденції до зниження (Савельєв, Спиридонов, 1979; Бондаренко, 1999; Кононенко, 2004; Козаченко, 2007; Орел, 2009). Найчастішою причиною ГМІ є оклюзивний тромбоз або емболія мезентеріальних судин, з переважанням частоти тромбозу у 3 рази (Бондаренко, 1990). Також, відомо, що прогноз при лікуванні артеріальних емболій є сприятливішим, ніж при тромбозі. Найчастіше уражується устя верхньо-брижової артерії - у 69% випадків (Давидов, 1975). Оклюзивний тромбоз верхньої брижової артерії, в силу анатомо-фізіологічних особливостей та заселеності кишки мікроорганізмами, є причиною розвитку ішемії, інфаркту, гангрені кишки, що призводить до неминучої загибелі хворих.

Враховуючи актуальність даної проблеми, метою нашого дослідження стало створення експериментальної моделі ГМІ, максимально наближеної до природньої патології, яка б дозволила дослідити певні ланки патогенезу даної патології.

Запропонована оригінальна модель оклюзивного тромбозу брижової артерії, що є найбільш наближеною до природньої патології (позитивне рішення по заявці на патент №14098 від 27 березня 2009 року). Проведене експериментальне дослідження на 12 безпородних щурах обох статей масою 300-400 гр, яким проводилось відтворення запропонованої нами моделі тромбозу верхньо-брижової артерії, якій відповідає краніальна брижова артерія у щурів (КБА). Під внутрішньоочеревинним кетаміновим наркозом 0,1 мл/100 г. Через 1, 2, 3, 4, 5, 6 год. дослідним тваринам виконували релапаротомію та проводили макроскопічну оцінку ураження тонкої кишки та пульсації судин брижі. Стінку ураженої тонкої кишки із брижею та КБА забирали для гістологічного дослідження єдиним блоком. Отримані зразки фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну з наступною заливкою у парафінові блоки за стандартною методикою із виготовленням напівтонких зрізів та фарбуванням їх гематоксилін-еозином. Виготовлені зрізи отримані за допомогою санного мікротому, після депарафінізації в батареї вихідних спиртів. Тварини виводились із експерименту шляхом передозування засобу для наркозу.

Макроскопічне дослідження виявляло зміни стінки токої кишки в різні строки експерименту відповідно до часу тривання ішемії. При морфологічному дослідженні на строках починаючи від 4-ох годин експерименту у 100% випадків у просвіті КБА виявлялись обширні тромбоцитарні, еритроцитарні та змішані тромби, фібрин, які закупорювали просвіт краніальної брижової артерії та її дистальних гілок, викликаючи ГМІ та інфаркт тонкої кишки у всьому басейні кровопостачання КБА.

Висновок: запропонований нами спосіб викликає гострий артеріальний тромбоз із ефективним прогресуючим оклюзивним тромбоутворенням в просвіті КБА, що веде до ГМІ та наступного тотального інфаркту тонкої кишки у всьому басейні КБА. Спосіб моделювання є легковідтворюваним та може бути використаний для експериментальних досліджень.

**УДК: 546.15:616.716.85**

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТІВ "ЙОДОФОРМ" І "МІРАМІСТИН" У ЛІКУВАННІ АЛЬВЕОЛІТІВ**



**Фурман Р.Л.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Операція видалення зуба займає одне із головних місць в структурі амбулаторної практики стоматолога-хірурга. На думку спеціалістів вона має всі елементи хірургічної операції, а також свої покази та протипокази і різні техніки виконання. Наслідки операції видалення зуба можуть проявлятися різними загальними і місцевими реакціями організму.

Альвеолі - це одне із самих розповсюджених захворювань, що виникає як ускладнення після видалення зубів. За даними літератури, альвеоліт може зустрічатись у 24 - 33% випадків. Альвеоліти зустрічаються приблизно в 3% випадків при типовому видаленні і в 33% випадків при ускладненому видаленні.

Враховуючи частоту даної нозологічної форми, а також низький рівень ефективності місцевого застосування традиційних фармакологічних препаратів, розробка і залучення в практику нових, доступних і недорогих методів терапії альвеоліту, що дозволяють скоротити строки його лікування і знизити ймовірність виникнення алергічних реакцій і небажаних змін у віддалені строки після проведеного лікування.

*Метою* дослідження являлось вивчення ефективності методу лікування альвеоліта з використанням препаратів "Йодоформ" і "Мірамістин"

Даний спосіб передбачає пришвидшення лікування альвеоліту при використанні препарату "Мірамістин".

Під наглядом знаходилось 48 пацієнтів віком від 18 до 64 років з альвеолітом, що виник внаслідок типового і атипичного видалення зубів. У всіх хворих альвеоліт розвинувся на 3-4 добу після видалення.

Основними скаргами пацієнтів були постійний больовий синдром, неприємний запах з рота, порушення сну і апетиту, загальна слабкість. При об'єктивному обстеженні лунка видаленого зуба була виповнена брудно-сірим згустком, що розпався, залишками їжі. Прилегла слизова оболонка гіперемована, набрякла. Пальпація альвеолярного відростка в даній ділянці болісна.

Всім пацієнтам першої групи (20 пацієнтів) після адекватного знеболення проводився кюретаж лунки з видаленням некротизованого згустка, а також антисептична обробка лунки 0,02% р-ном фурациліну ( 1: 5000 ). Після цього вносили в лунки йодоформні турунди із заміною їх щодня (проведено 5-6 заміни йодоформних турунд). На 3 добу після початку лікування покращився сон і апетит. Біль (на 2-3 добу лікування) і набряк слизової оболонки (на 4 добу лікування) зникли у всіх пацієнтів.

Всім пацієнтам другої групи (28 пацієнтів) після адекватного знеболення проводився кюретаж лунки з видаленням некротизованого згустка, а також антисептична обробка лунки 0,02% р-ном фурациліну (1: 5000). Після цього вносили в лунки турунди з маззю "Мірамістин" із щоденною їх заміною. Проведено 3 заміни турунд з мірамістином. Через добу після початку лікування покращився сон, апетит і самопочуття. Біль і набряк слизової оболонки зникли у 19 пацієнтів на 2-3 добу.

Висновок: результати проведених клінічних досліджень підтверджують високу терапевтичну ефективність препарату "Мірамістин" в лікуванні альвеоліту, що дозволяє нам говорити про цей препарат як про засіб профілактики розвитку луночкового остеомієліту і атрофії кісткової тканини лунки видаленого зуба.

**УДК:** 576.2-02:616.831-005:617.785:616.83.152

## **МОРФОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВПЛИВУ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ НА СІТЧАСТУ ОБОЛОНКУ ОКА, ЗОРОВИЙ НЕРВ ТА МОЗОК ЩУРІВ**

**Харковенко Р.В., Артемчук М.А., Пушкар М.С.**

Кафедра очних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Гіпергомоцистеїнемія (ГГЦ) є незалежним фактором ризику нейродегенеративних захворювань, однак морфологічні зміни в головному мозку, зоровому нерві та сітківці, спричинені ГГЦ вивчені недостатньо.

*Метою* роботи було дослідити судинні та структурні зміни в сітківці, зоровому нерві та головному мозку щурів при модельованій ГГЦ.

Досліди виконані з використанням 38 білих щурів-самців вагою біля 200 грамів, які утримувались на крохмально-казеїновій дієті. Тварин розподілили на 4 групи, з яких 3 були контрольними: інтактний, гіповітамінозний та метіонінові контролі і 4-та - з експериментальною ГГЦ, яку відтворювали за допомогою гіповітамінозно-метіонінової моделі. Рівень гомоцистеїну в плазмі крові щурів визначали імуноферментним методом (Homocysteine EIF, фірма AXIS-SHIELD). Щурів декапітували під глибоким ефірним наркозом. Гістологічні препарати сітчастої оболонки ока, зорового нерва та головного мозку щурів товщиною 3-5 мкм фарбували гематоксиліном та еозинном,

**Фурман Р.Л.**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Операція видалення зуба займає одне із головних місць в структурі амбулаторної практики стоматолога-хірурга. На думку спеціалістів вона має всі елементи хірургічної операції, а також свої покази та протипокази і різні техніки виконання. Наслідки операції видалення зуба можуть проявлятися різними загальними і місцевими реакціями організму.

Альвеолі - це одне із самих розповсюджених захворювань, що виникає як ускладнення після видалення зубів. За даними літератури, альвеоліт може зустрічатись у 24 - 33% випадків. Альвеоліти зустрічаються приблизно в 3% випадків при типовому видаленні і в 33% випадків при ускладненому видаленні.

Враховуючи частоту даної нозологічної форми, а також низький рівень ефективності місцевого застосування традиційних фармакологічних препаратів, розробка і залучення в практику нових, доступних і недорогих методів терапії альвеоліту, що дозволяють скоротити строки його лікування і знизити ймовірність виникнення алергічних реакцій і небажаних змін у віддалені строки після проведеного лікування.

*Метою* дослідження являлось вивчення ефективності методу лікування альвеоліта з використанням препаратів "Йодоформ" і "Мірамістин"

Даний спосіб передбачає пришвидшення лікування альвеоліту при використанні препарату "Мірамістин".

Під наглядом знаходилось 48 пацієнтів віком від 18 до 64 років з альвеолітом, що виник внаслідок типового і атипичного видалення зубів. У всіх хворих альвеоліт розвинувся на 3-4 добу після видалення.

Основними скаргами пацієнтів були постійний больовий синдром, неприємний запах з рота, порушення сну і апетиту, загальна слабкість. При об'єктивному обстеженні лунка видаленого зуба була виповнена брудно-сірим згустком, що розпався, залишками їжі. Прилегла слизова оболонка гіперемована, набрякла. Пальпація альвеолярного відростка в даній ділянці болісна.

Всім пацієнтам першої групи (20 пацієнтів) після адекватного знеболення проводився кюретаж лунки з видаленням некротизованого згустка, а також антисептична обробка лунки 0,02% р-ном фурациліну ( 1: 5000 ). Після цього вносили в лунки йодоформні турунди із заміною їх щодня (проведено 5-6 заміни йодоформних турунд). На 3 добу після початку лікування покращився сон і апетит. Біль (на 2-3 добу лікування) і набряк слизової оболонки (на 4 добу лікування) зникли у всіх пацієнтів.

Всім пацієнтам другої групи (28 пацієнтів) після адекватного знеболення проводився кюретаж лунки з видаленням некротизованого згустка, а також антисептична обробка лунки 0,02% р-ном фурациліну (1: 5000). Після цього вносили в лунки турунди з маззю "Мірамістин" із щоденною їх заміною. Проведено 3 заміни турунд з мірамістином. Через добу після початку лікування покращився сон, апетит і самопочуття. Біль і набряк слизової оболонки зникли у 19 пацієнтів на 2-3 добу.

Висновок: результати проведених клінічних досліджень підтверджують високу терапевтичну ефективність препарату "Мірамістин" в лікуванні альвеоліту, що дозволяє нам говорити про цей препарат як про засіб профілактики розвитку луночкового остеомієліту і атрофії кісткової тканини лунки видаленого зуба.

**УДК:** 576.2-02:616.831-005:617.785:616.83.152

## **МОРФОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВПЛИВУ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ НА СІТЧАСТУ ОБОЛОНКУ ОКА, ЗОРОВИЙ НЕРВ ТА МОЗОК ЩУРІВ**

**Харковенко Р.В., Артемчук М.А., Пушкар М.С.**

Кафедра очних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Гіпергомоцистеїнемія (ГГЦ) є незалежним фактором ризику нейродегенеративних захворювань, однак морфологічні зміни в головному мозку, зоровому нерві та сітківці, спричинені ГГЦ вивчені недостатньо.

*Метою* роботи було дослідити судинні та структурні зміни в сітківці, зоровому нерві та головному мозку щурів при модельованій ГГЦ.

Досліди виконані з використанням 38 білих щурів-самців вагою біля 200 грамів, які утримувались на крохмально-казеїновій дієті. Тварин розподілили на 4 групи, з яких 3 були контрольними: інтактний, гіповітамінозний та метіонінові контролі і 4-та - з експериментальною ГГЦ, яку відтворювали за допомогою гіповітамінозно-метіонінової моделі. Рівень гомоцистеїну в плазмі крові щурів визначали імуноферментним методом (Homocysteine EIF, фірма AXIS-SHIELD). Щурів декапітували під глибоким ефірним наркозом. Гістологічні препарати сітчастої оболонки ока, зорового нерва та головного мозку щурів товщиною 3-5 мкм фарбували гематоксиліном та еозинном,

за Слінченко, азур II-езином та фосфорновольфрамівим гематоксилином по Малорі, після чого вивчали та фотографували за допомогою мікроскопа МБІ-6.

Гіповітамінно-метіонінова дієта викликала високу ГГЦ (16,9 мкг/мл проти 1,50 мкг/мл та 1,54 мкг/мл в контролі). Недостатність вітамінів не призвела до підвищення рівня ГЦ в плазмі крові (1,63 мкг/мл).

Гіпергомоцистеїнемія морфологічно проявлялася дегенеративними змінами в досліджуваних нервових структурах. В сітківці ока спостерігалися набряк та дезорганізація шарів. В клітинах зовнішнього ядерного та гангліонарного шарів - альтеративні зміни окремих нейронів у вигляді як вакуолізації нейроплазми, наявності клітин-тіней, так і гіперхромії та пікнозу нейронів. В капілярному руслі сітківки спостерігалась агрегація формених елементів крові. Вогнищево мали місце звуження просвіту судин та їх обтурація. В зоровому нерві та тканині головного мозку теж ознаки ушкодження судинної стінки та тромби в окремих артеріях, дистрофічні зміни нейронів; поряд з цим відмічено явища нейронофагії, формування мілких гліальних рубців. У тварин з контролем гіповітамінозу в сітківці, мозку та зоровому нерві також відмічались деякі зміни, в основному пов'язані з незначною дезорганізацією структури, але ознаки ураження судин - тромбоутворення, десквамація епітелію та пошкодження нейронів - були відсутніми.

Висновок: морфологічні зміни в сітківці, зоровому нерві та головному мозку щурів за експериментальної ГГЦ характеризуються виникненням дегенеративних змін гіпоксичного типу та ураженням судин оклюзивного характеру.

**УДК: 582.282.28:616.361-002**

## **АНТИБАКТЕРІАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ХОЛАНГІТУ**

**Харчук О.В.**

Кафедра хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Летальність при традиційному хірургічному лікуванні хворих на гострий холангіт сягає 4-15%. Одним з основних моментів хірургічного лікування хворих на холангіт слід вважати ліквідацію біліарної гіпертензії і відновлення задовільного пасажу жовчі, а комплекс лікувальних міроприємств повинен включати обгрунтоване застосування антибактеріальних препаратів в періопераційному періоді із використанням різних шляхів введення препаратів та місцеву протимікробну терапію.

Проаналізовано лікування 82 хворих з патологією гепато-панкреато-дуоденальної зони, ускладненої холангітом, що перебували в хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова за період 2006-2009 рр. Структура причин холангіту: холедохолітіаз - 79,3%, рубцеві стриктури хлехоха - 8,5%, хронічний панкреатит - 7,3%, рак підшлункової залози - 4,8%. В передопераційному періоді виконували ультрасонографію, фіброгастродуоденоскопію, КТ, МРТ, ендоскопічну ретроградну холангіо-панкреатографію. Дотримувалась принцип етапності хірургічного лікування хворих на холангіт з застосуванням ендоскопічних транспаплярних втручань та трансабдомінальної корекції. У 48 хворих виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія з назобіліарним дренажуванням. У 17 хворих обмежились цим втручанням. Натомість у 31 хворого виникла необхідність відкритої корекції жовчовідтоку: ліквідація причин холангіту, формування супра-, ретро-дуоденального антирефлюксного холедоходуоденоанастомозу (ХДА) в поєднанні з зовнішнім дренажуванням холедоха з лапаротомного доступу. Інтраопераційно виконували холангіоманометрію, холангіографію, забір матеріалу для патоморфологічного дослідження стінки холедоха (у всіх випадках виявлено патоморфологічні ознаки запалення). Бактеріологічний моніторинг здійснювали шляхом бактеріологічного динамічного дослідження протокової жовчі, стерильно відібраної інтраопераційно та на 3-ю і 7-у добу в післяопераційному періоді через холедохостому, з визначенням чутливості до ряду антибіотиків. В післяопераційному періоді проводилась антибактеріальна терапія з призначенням антибактерійних препаратів, враховуючи результати чутливості мікрофлори. У хворих контрольної групи (36) в післяопераційному періоді застосовували комплексне лікування, яке включало комбіновану антибактерійну терапію (з врахуванням результатів динамічного бактеріологічного моніторингу жовчі), дезінтоксикаційні заходи та симптоматичне лікування. В основній групі (46) комбінували шляхи введення антибактеріальних препаратів (застосували ендолімфатичний шлях введення препаратів) і місцеве протимікробне лікування (черездренажна санація біліарного тракту озонованим розчином декаметоксину). Процеси відновлення нормального функціонування біліарної системи контролювались загальноклінічними, лабораторно-біохімічними, інструментальними (ультрасонографія, холангіоманометрія, черездренажна холангіографія) дослідженнями.

Вихідні результати інтраопераційно проведених бактеріологічних досліджень в двох групах констатували 94% інфікування жовчі (кишкова паличка, ентеробактер, клебсієла). У 5 хворих, не дивлячись на наявність гнійного вмісту у просвіті холедоха, ріст мікрофлори не отримали, що, можливо, пояснюється наявністю неклостридіальної анаеробної мікрофлори, ідентифікація якої супроводжується певними труднощами. У культур ентаробактерій, виділених з жовчі, визначена чутливість/резистентність до ряду антибіотиків з різним механізмом дії. Отримані резуль-

за Слінченко, азур II-езоцином та фосфорновольфрамівим гематоксилином по Малорі, після чого вивчали та фотографували за допомогою мікроскопа МБІ-6.

Гіповітамінно-метіонінова дієта викликала високу ГГЦ (16,9 мкг/мл проти 1,50 мкг/мл та 1,54 мкг/мл в контролі). Недостатність вітамінів не призвела до підвищення рівня ГЦ в плазмі крові (1,63 мкг/мл).

Гіпергомоцистеїнемія морфологічно проявлялася дегенеративними змінами в досліджуваних нервових структурах. В сітківці ока спостерігалися набряк та дезорганізація шарів. В клітинах зовнішнього ядерного та гангліонарного шарів - альтеративні зміни окремих нейронів у вигляді як вакуолізації нейроплазми, наявності клітин-тіней, так і гіперхромії та пікнозу нейронів. В капілярному руслі сітківки спостерігалась агрегація формених елементів крові. Вогнищево мали місце звуження просвіту судин та їх обтурація. В зоровому нерві та тканині головного мозку теж ознаки ушкодження судинної стінки та тромби в окремих артеріях, дистрофічні зміни нейронів; поряд з цим відмічено явища нейронофагії, формування мілких гліальних рубців. У тварин з контролем гіповітамінозу в сітківці, мозку та зоровому нерві також відмічались деякі зміни, в основному пов'язані з незначною дезорганізацією структури, але ознаки ураження судин - тромбоутворення, десквамація епітелію та пошкодження нейронів - були відсутніми.

Висновок: морфологічні зміни в сітківці, зоровому нерві та головному мозку щурів за експериментальної ГГЦ характеризуються виникненням дегенеративних змін гіпоксичного типу та ураженням судин оклюзивного характеру.

**УДК: 582.282.28:616.361-002**

## **АНТИБАКТЕРІАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ХОЛАНГІТУ**

**Харчук О.В.**

Кафедра хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Летальність при традиційному хірургічному лікуванні хворих на гострий холангіт сягає 4-15%. Одним з основних моментів хірургічного лікування хворих на холангіт слід вважати ліквідацію біліарної гіпертензії і відновлення задовільного пасажу жовчі, а комплекс лікувальних міроприємств повинен включати обгрунтоване застосування антибактеріальних препаратів в періопераційному періоді із використанням різних шляхів введення препаратів та місцеву протимікробну терапію.

Проаналізовано лікування 82 хворих з патологією гепато-панкреато-дуоденальної зони, ускладненої холангітом, що перебували в хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова за період 2006-2009 рр. Структура причин холангіту: холедохолітіаз - 79,3%, рубцеві стриктури хлехоха - 8,5%, хронічний панкреатит - 7,3%, рак підшлункової залози - 4,8%. В передопераційному періоді виконували ультрасонографію, фіброгастродуоденоскопію, КТ, МРТ, ендоскопічну ретроградну холангіо-панкреатографію. Дотримувался принцип етапності хірургічного лікування хворих на холангіт з застосуванням ендоскопічних транспаплярних втручань та трансабдомінальної корекції. У 48 хворих виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія з назобіліарним дрениванням. У 17 хворих обмежились цим втручанням. Натомість у 31 хворого виникла необхідність відкритої корекції жовчовідтоку: ліквідація причин холангіту, формування супра-, ретро-дуоденального антирефлюксного холедоходуоденоанастомозу (ХДА) в поєднанні з зовнішнім дрениванням холедоха з лапаротомного доступу. Інтраопераційно виконували холангіоманометрію, холангіографію, забір матеріалу для патоморфологічного дослідження стінки холедоха (у всіх випадках виявлено патоморфологічні ознаки запалення). Бактеріологічний моніторинг здійснювали шляхом бактеріологічного динамічного дослідження протокової жовчі, стерильно відібраної інтраопераційно та на 3-ю і 7-у добу в післяопераційному періоді через холедохостому, з визначенням чутливості до ряду антибіотиків. В післяопераційному періоді проводилась антибактеріальна терапія з призначенням антибактерійних препаратів, враховуючи результати чутливості мікрофлори. У хворих контрольної групи (36) в післяопераційному періоді застосовували комплексне лікування, яке включало комбіновану антибактерійну терапію (з врахуванням результатів динамічного бактеріологічного моніторингу жовчі), дезінтоксикаційні заходи та симптоматичне лікування. В основній групі (46) комбінували шляхи введення антибактеріальних препаратів (застосували ендолімфатичний шлях введення препаратів) і місцеве протимікробне лікування (черездренажна санація біліарного тракту озонованим розчином декаметоксину). Процеси відновлення нормального функціонування біліарної системи контролювались загальноклінічними, лабораторно-біохімічними, інструментальними (ультрасонографія, холангіоманометрія, черездренажна холангіографія) дослідженнями.

Вихідні результати інтраопераційно проведених бактеріологічних досліджень в двох групах констатували 94% інфікування жовчі (кишкова паличка, ентеробактер, клебсієла). У 5 хворих, не дивлячись на наявність гнійного вмісту у просвіті холедоха, ріст мікрофлори не отримали, що, можливо, пояснюється наявністю неклостридіальної анаеробної мікрофлори, ідентифікація якої супроводжується певними труднощами. У культур ентаробактерій, виділених з жовчі, визначена чутливість/резистентність до ряду антибіотиків з різним механізмом дії. Отримані резуль-

тати визначили три антибактерійні препарати, до яких чутливі переважна більшість виділених штамів ентеробактерій: іміпенем, пефлоксацин і амікацин. Хворим контрольної групи в післяопераційному періоді було призначено один з цих препаратів в поєднанні з метронідазолом або орнідазолом. шляхом внутрішньовенної крапельної інфузії. Хворим основної групи введення препарату вибору здійснювали ендолімфатично після катетеризації периферичної лімфатичної судини на тилі ступні і комбінували з внутрішньовенним введенням протианаеробних препаратів і щоденною санацією біліарного тракту озонованим розчином декаметоксину. Бактеріологічні дослідження, проведені на 3-ю післяопераційну добу, виявили інфікування жовчі в основній групі в 24 випадках (52,2%), а в контрольній групі - в 26 випадках (72,2%). На 7-у післяопераційну добу бактеріобілія протокової жовчі у хворих основної групи констатована в 5 випадках (10,9%), в контрольній групі мікроорганізми виявлені в 13 випадках (36,1%).

В хворих основної групи нормальні фізіологічні параметри (діаметр жовчної протоки, внутрішньопотоковий тиск, задовільна евакуація жовчі) відновлювались швидше. В основній групі післяопераційний термін лікування склав  $10,4 \pm 4,1$  діб, в контрольній -  $12,5 \pm 3,8$  діб. Летальних випадків не було в обох групах.

Антибактеріальна терапія хворих на холангіт має ґрунтуватися на принципах етіотропності з урахуванням чутливості до сучасних препаратів широкого спектру дії і супроводжуватись бактеріологічним моніторингом.

Застосування ендолімфатичного шляху введення антибактерійних препаратів і місцевої санації холедоха озонованими розчинами антисептиків в комплексному лікуванні хворих на холангіт зменшує терміни стаціонарного лікування.

---

**УДК:** 616-084-059:616.9:616.34

## **ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ, ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШОК**

**Хуторянський М.О.**

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Проблема лікування гострої непрохідності кишок (ГНК) залишається однією із найбільш актуальних питань невідкладної хірургії. Незважаючи на постійне вдосконалення якості діагностики та ефективності лікування даної патології, післяопераційна летальність залишається високою. Головними причинами цього є складні патофізіологічні процеси та виражені зміни в кишечнику на фоні ентеральної недостатності (ЕН), що ведуть до розвитку ускладнень в післяопераційному періоді. За рахунок порушення бар'єрної функції стінки кишки на фоні надлишкової бактеріальної колонізації кишечника виникає розвиток транслокації кишкової мікрофлори і токсичних речовин у внутрішнє середовище організму та формування синдрому ендогенної інтоксикації (ЕІ).

*Мета* дослідження - покращення результатів хірургічного лікування хворих з ГНК шляхом розробки та впровадження в клінічну практику нового методу проведення ентеросорбції, лікування ентеральної недостатності та відновлення бар'єрної функції кишкової стінки.

Для обґрунтування розроблених способів проводилося експериментальне дослідження у чотирьох серіях дослідів по 5 собак у кожній з дотриманням основних біоетичних норм. Всім тваринам створювали модель гострої странгуляційної непрохідності тонкої кишки (ГСНТК) за загальноприйнятою методикою. Через 12 годин після створення ГСНТК проводили резекцію странгульованої петлі, після чого накладали анастомоз по типу "кінець в кінець", через гастростому в просвіт кишечника вводили зонд для декомпресії та проводили ентеросорбцію. У першій серії дослідів після ліквідації ГСНТК проводили антибактеріальну терапію, у другій - ентеросорбцію Ентеросгелем, у третій - Силіксом, а у четвертій - розробленою композицією Флотоксан [Патент України № 83546]. На 1, 3 добу після відновлення прохідності кишечника проводили забір матеріалу для мікробіологічних досліджень з очеревиної порожнини та просвіту тонкої кишки, підраховували кількість мікроорганізмів, визначали рівень молекул середньої маси (МСМ) у крові з периферійної вени.

Ефективність використання лікування ЕН була вивчена у двох репрезентативних групах хворих, які були оперовані з приводу ГНК. Всі хворі лікувалися за загальноприйнятими методами. Групу порівняння складала 48 хворих, а у 35 хворих додатково використовували розроблений спосіб лікування ЕН та відновлення бар'єрної функції стінки тонкої кишки [Патент України № 25923].

Отримані результати експериментальних досліджень показали, що в першій та другій серії дослідів бактерії висівались до  $10^7$  КУО/мл з просвіту кишечника на 1 добу, при цьому їх кількість не знижувалась на 3 добу і складала також до  $10^7$  КУО/мл. Крім того, вже на 1 добу відбувалось інфікування очеревиної порожнини кишковою мікрофлорою до  $10^3$  КУО/мл, а на третю добу спостереження кількість бактерій складала до  $10^4$  КУО/мл. У серії дослідів, де ентеросорбція не проводилась, ЕІ була досить високою з тенденцією до наростання протягом 1, 3 доби.

тати визначили три антибактерійні препарати, до яких чутливі переважна більшість виділених штамів ентеробактерій: іміпенем, пефлоксацин і амікацин. Хворим контрольної групи в післяопераційному періоді було призначено один з цих препаратів в поєднанні з метронідазолом або орнідазолом. шляхом внутрішньовенної крапельної інфузії. Хворим основної групи введення препарату вибору здійснювали ендолімфатично після катетеризації периферичної лімфатичної судини на тилі ступні і комбінували з внутрішньовенним введенням протианаеробних препаратів і щоденною санацією біліарного тракту озонованим розчином декаметоксину. Бактеріологічні дослідження, проведені на 3-ю післяопераційну добу, виявили інфікування жовчі в основній групі в 24 випадках (52,2%), а в контрольній групі - в 26 випадках (72,2%). На 7-у післяопераційну добу бактеріобілія протокової жовчі у хворих основної групи констатована в 5 випадках (10,9%), в контрольній групі мікроорганізми виявлені в 13 випадках (36,1%).

В хворих основної групи нормальні фізіологічні параметри (діаметр жовчної протоки, внутрішньопотоковий тиск, задовільна евакуація жовчі) відновлювались швидше. В основній групі післяопераційний термін лікування склав  $10,4 \pm 4,1$  діб, в контрольній -  $12,5 \pm 3,8$  діб. Летальних випадків не було в обох групах.

Антибактеріальна терапія хворих на холангіт має ґрунтуватися на принципах етіотропності з урахуванням чутливості до сучасних препаратів широкого спектру дії і супроводжуватись бактеріологічним моніторингом.

Застосування ендолімфатичного шляху введення антибактерійних препаратів і місцевої санації холедоха озонованими розчинами антисептиків в комплексному лікуванні хворих на холангіт зменшує терміни стаціонарного лікування.

---

**УДК:** 616-084-059:616.9:616.34

## **ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ, ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШОК**

**Хуторянський М.О.**

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

---

Проблема лікування гострої непрохідності кишок (ГНК) залишається однією із найбільш актуальних питань невідкладної хірургії. Незважаючи на постійне вдосконалення якості діагностики та ефективності лікування даної патології, післяопераційна летальність залишається високою. Головними причинами цього є складні патофізіологічні процеси та виражені зміни в кишечнику на фоні ентеральної недостатності (ЕН), що ведуть до розвитку ускладнень в післяопераційному періоді. За рахунок порушення бар'єрної функції стінки кишки на фоні надлишкової бактеріальної колонізації кишечника виникає розвиток транслокації кишкової мікрофлори і токсичних речовин у внутрішнє середовище організму та формування синдрому ендогенної інтоксикації (ЕІ).

*Мета* дослідження - покращення результатів хірургічного лікування хворих з ГНК шляхом розробки та впровадження в клінічну практику нового методу проведення ентеросорбції, лікування ентеральної недостатності та відновлення бар'єрної функції кишкової стінки.

Для обґрунтування розроблених способів проводилося експериментальне дослідження у чотирьох серіях дослідів по 5 собак у кожній з дотриманням основних біоетичних норм. Всім тваринам створювали модель гострої странгуляційної непрохідності тонкої кишки (ГСНТК) за загальноприйнятою методикою. Через 12 годин після створення ГСНТК проводили резекцію странгульованої петлі, після чого накладали анастомоз по типу "кінець в кінець", через гастростому в просвіт кишечника вводили зонд для декомпресії та проводили ентеросорбцію. У першій серії дослідів після ліквідації ГСНТК проводили антибактеріальну терапію, у другій - ентеросорбцію Ентеросгелем, у третій - Силіксом, а у четвертій - розробленою композицією Флотоксан [Патент України № 83546]. На 1, 3 добу після відновлення прохідності кишечника проводили забір матеріалу для мікробіологічних досліджень з очеревиної порожнини та просвіту тонкої кишки, підраховували кількість мікроорганізмів, визначали рівень молекул середньої маси (МСМ) у крові з периферійної вени.

Ефективність використання лікування ЕН була вивчена у двох репрезентативних групах хворих, які були оперовані з приводу ГНК. Всі хворі лікувались за загальноприйнятими методами. Групу порівняння складала 48 хворих, а у 35 хворих додатково використовували розроблений спосіб лікування ЕН та відновлення бар'єрної функції стінки тонкої кишки [Патент України № 25923].

Отримані результати експериментальних досліджень показали, що в першій та другій серії дослідів бактерії висівались до  $10^7$  КУО/мл з просвіту кишечника на 1 добу, при цьому їх кількість не знижувалась на 3 добу і складала також до  $10^7$  КУО/мл. Крім того, вже на 1 добу відбувалось інфікування очеревиної порожнини кишковою мікрофлорою до  $10^3$  КУО/мл, а на третю добу спостереження кількість бактерій складала до  $10^4$  КУО/мл. У серії дослідів, де ентеросорбція не проводилась, ЕІ була досить високою з тенденцією до наростання протягом 1, 3 доби.

У серії дослідів, де проводилася ентеросорбція Ентеросгелем рівень ЕІ залишався високим з незначним зниженням на 1 добу та помірно перевищував верхню межу норми на 3 добу. При використанні Силіксу в якості ентеросорбента, на першу добу спостереження інфікування очеревинної порожнини зменшувалось в порівнянні з попередніми дослідями до  $10^2$  КУО/мл, а з просвіту кишки бактерії також висівались в меншій кількості - до  $10^6$  КУО/мл, але на третю добу у всіх тварин зберігалось інфікування очеревинної порожнини до  $10^2$  КУО/мл, хоча кількість бактерій в просвіті кишки в цій серії дослідів зменшувалась до  $10^5$  КУО/мл. Рівень ЕІ залишався високим з помірним зниженням на 3 добу. Зовсім інша картина спостерігалась при використанні розробленої композиції через добу після операції: очеревинна порожнина була інфікована до  $10^2$  КУО/мл, а кількість бактерій в просвіті кишки складала до  $10^5$  КУО/мл. Через 3 доби очеревинна порожнина була інфікована лише у двох тварин. У посівах у цих тварин висівались одиничні колонії мікроорганізмів, а з кишечника висівались бактерії в кількості  $10^4$  КУО/мл, що не відрізнялось від кількості мікроорганізмів в просвіті кишечника перед створенням моделі непрохідності. Рівень ЕІ значно знижувався на 1 добу та наближався до верхньої межі норми на 3 добу.

При використанні розроблених способів у комплексному лікуванні хворих з ГНК післяопераційний період мав більш сприятливий перебіг, про що свідчили: швидке зниження температури тіла, позитивна динаміка лейкоцитарного індексу інтоксикації, гематологічного показника інтоксикації та рівня МСМ в периферійній крові, більш швидка нормалізація лабораторних показників крові, зменшення кількості ускладнень в післяопераційному періоді, скорочувались терміни перебування хворих у стаціонарі. Нормалізація видового складу мікрофлори відбувалась на 10 добу в контрольній групі, а основній - на 7 добу.

Висновок: використання розроблених способів ентеросорбції, лікування ЕН та відновлення бар'єрної функції стінки тонкої кишки у комплексному лікуванні хворих на ГНК дозволяє досягти зниження ЕІ, швидкого відновлення кількісного і якісного складу мікрофлори кишечника, неускладненого перебігу післяопераційного періоду, скорочення термінів перебування на лікарняному ліжку.

УДК: 616.12:612.13:616.112:616-005.6:616.24:615.03

## **ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТРОМБОЕМБОЛІЮ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПРИЙОМУ ВАФАРИНУ**

**Цимбалюк Н.В.**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) - мультифакторіальне захворювання, яке є важким ускладненням багатьох хвороб.

Після епізоду ТЕЛА в більшості випадків відбувається лізис тромбів та кровообіг у легенях відновлюється в повному об'ємі. Через 6 тижнів після ТЕЛА кровообіг у легеневій артерії нормалізується. Однак, у деяких випадках спостерігається тільки часткова реканалізація легеневих судин, внаслідок чого збільшується опір периферичних артерій. Це призводить до розвитку легеневої гіпертензії.

Так, на сьогоднішній день доведена позитивна дія непрямих антикоагулянтів у попередженні рецидивів ТЕЛА, в той час як вплив тривалого прийому цих препаратів на функціональний стан лівого і правого шлуночків та гемодинаміку малого кола кровообігу залишається не вивченим. Саме з цією метою нами проведений аналіз динаміки ЕхоКГ-показників у хворих, які перенесли тромбоемболію легеневої артерії, залежно від різних схем лікування.

*Мета* дослідження - оцінити показники внутрішньосерцевої гемодинаміки та функціонального стану міокарда у хворих, які перенесли тромбоемболію легеневої артерії.

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 80 пацієнтів, які вижили внаслідок перенесеної ТЕЛА та проведено обстеження цих хворих в динаміці. Основну групу склали 42 пацієнта, які згідно рекомендаціям Робочої групи з легеневої емболії Європейського товариства кардіологів (2000 рік) з метою лікування ТЕЛА та профілактики виникнення рецидивів застосовували непрямий антикоагулянт - варфарин у дозі 3-5 мг протягом 23,7±3,1 місяців, за умови доведення міжнародного нормалізованого відношення (МНВ) до цільового рівня - 2-3 Од.

Інші 38 хворих, які вижили та не застосовували варфарин, увійшли до складу групи порівняння.

Встановлено, що у 42 пацієнтів, які застосовували варфарин у порівнянні з хворими, які не застосовували непрямі антикоагулянти, прийом варфарину у дозі 3-5 мг (МНВ=2,0-3,0) протягом 23,7±3,1 місяців асоціювався з: достовірним зростанням скоротливої функції лівого шлуночка і збільшенням величини фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) (3,5% проти -3,0%,  $p=0,04$ ); достовірно менш вираженим формуванням концентричної

У серії дослідів, де проводилася ентеросорбція Ентеросгелем рівень ЕІ залишався високим з незначним зниженням на 1 добу та помірно перевищував верхню межу норми на 3 добу. При використанні Силіксу в якості ентеросорбента, на першу добу спостереження інфікування очеревинної порожнини зменшувалось в порівнянні з попередніми дослідями до  $10^2$  КУО/мл, а з просвіту кишки бактерії також висівались в меншій кількості - до  $10^6$  КУО/мл, але на третю добу у всіх тварин зберігалось інфікування очеревинної порожнини до  $10^2$  КУО/мл, хоча кількість бактерій в просвіті кишки в цій серії дослідів зменшувалась до  $10^5$  КУО/мл. Рівень ЕІ залишався високим з помірним зниженням на 3 добу. Зовсім інша картина спостерігалась при використанні розробленої композиції через добу після операції: очеревинна порожнина була інфікована до  $10^2$  КУО/мл, а кількість бактерій в просвіті кишки складала до  $10^5$  КУО/мл. Через 3 доби очеревинна порожнина була інфікована лише у двох тварин. У посівах у цих тварин висівались одиничні колонії мікроорганізмів, а з кишечника висівались бактерії в кількості  $10^4$  КУО/мл, що не відрізнялось від кількості мікроорганізмів в просвіті кишечника перед створенням моделі непрохідності. Рівень ЕІ значно знижувався на 1 добу та наближався до верхньої межі норми на 3 добу.

При використанні розроблених способів у комплексному лікуванні хворих з ГНК післяопераційний період мав більш сприятливий перебіг, про що свідчили: швидке зниження температури тіла, позитивна динаміка лейкоцитарного індексу інтоксикації, гематологічного показника інтоксикації та рівня МСМ в периферійній крові, більш швидка нормалізація лабораторних показників крові, зменшення кількості ускладнень в післяопераційному періоді, скорочувались терміни перебування хворих у стаціонарі. Нормалізація видового складу мікрофлори відбувалась на 10 добу в контрольній групі, а основній - на 7 добу.

Висновок: використання розроблених способів ентеросорбції, лікування ЕН та відновлення бар'єрної функції стінки тонкої кишки у комплексному лікуванні хворих на ГНК дозволяє досягти зниження ЕІ, швидкого відновлення кількісного і якісного складу мікрофлори кишечника, неускладненого перебігу післяопераційного періоду, скорочення термінів перебування на лікарняному ліжку.

УДК: 616.12:612.13:616.112:616-005.6:616.24:615.03

## **ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТРОМБОЕМБОЛІЮ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПРИЙОМУ ВАФАРИНУ**

**Цимбалюк Н.В.**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) - мультифакторіальне захворювання, яке є важким ускладненням багатьох хвороб.

Після епізоду ТЕЛА в більшості випадків відбувається лізис тромбів та кровообіг у легенях відновлюється в повному об'ємі. Через 6 тижнів після ТЕЛА кровообіг у легеневій артерії нормалізується. Однак, у деяких випадках спостерігається тільки часткова реканалізація легеневих судин, внаслідок чого збільшується опір периферичних артерій. Це призводить до розвитку легеневої гіпертензії.

Так, на сьогоднішній день доведена позитивна дія непрямих антикоагулянтів у попередженні рецидивів ТЕЛА, в той час як вплив тривалого прийому цих препаратів на функціональний стан лівого і правого шлуночків та гемодинаміку малого кола кровообігу залишається не вивченим. Саме з цією метою нами проведений аналіз динаміки ЕхоКГ-показників у хворих, які перенесли тромбоемболію легеневої артерії, залежно від різних схем лікування.

*Мета* дослідження - оцінити показники внутрішньосерцевої гемодинаміки та функціонального стану міокарда у хворих, які перенесли тромбоемболію легеневої артерії.

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 80 пацієнтів, які вижили внаслідок перенесеної ТЕЛА та проведено обстеження цих хворих в динаміці. Основну групу склали 42 пацієнта, які згідно рекомендаціям Робочої групи з легеневої емболії Європейського товариства кардіологів (2000 рік) з метою лікування ТЕЛА та профілактики виникнення рецидивів застосовували непрямий антикоагулянт - варфарин у дозі 3-5 мг протягом 23,7±3,1 місяців, за умови доведення міжнародного нормалізованого відношення (МНВ) до цільового рівня - 2-3 Од.

Інші 38 хворих, які вижили та не застосовували варфарин, увійшли до складу групи порівняння.

Встановлено, що у 42 пацієнтів, які застосовували варфарин у порівнянні з хворими, які не застосовували непрямі антикоагулянти, прийом варфарину у дозі 3-5 мг (МНВ=2,0-3,0) протягом 23,7±3,1 місяців асоціювався з: достовірним зростанням скоротливої функції лівого шлуночка і збільшенням величини фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) (3,5% проти -3,0%,  $p=0,04$ ); достовірно менш вираженим формуванням концентричної



гіпертрофії правого шлуночка (ПШ), що характеризувалось значно меншим приростом товщини передньої стінки правого шлуночка (ПСПШ) (3,6% проти 21,1%,  $p=0,001$ ), статистично достовірним зменшенням розміру правого передсердя (ПП) (-4,8% проти 2,8%,  $p=0,02$ ) і внаслідок цього формуванням умов для більш оптимального режиму його функціонування.

У пацієнтів, які застосовували варфарин у порівнянні з хворими, які не застосовували непрямі антикоагулянти, спостерігалось поліпшення гемодинаміки малого кола кровообігу за рахунок регресу дилатації діаметра легеневої артерії (дЛА) (-25,9% проти -3,5%,  $p=0,001$ ), зменшення співвідношення діаметра легеневої артерії до розміру правого передсердя (дЛА/ПП) (-24,4% проти -2,8%,  $p=0,001$ ), зменшення систолічного тиску в легеневій артерії (СТЛА) (-27,9% проти -5,5%,  $p=0,002$ ) і систолічного трансстрикуспідалного градієнту (-34,7% проти -6,0%,  $p<0,0001$ ), достовірним зменшенням співвідношення швидкості раннього до швидкості пізнього наповнення ПШ ( $V_e/V_a$  ТСК) (-5,0% проти 1,4%,  $p=0,01$ ).

Результати дослідження довели, що тривала терапія варфарином у пацієнтів основної групи асоціюється з достовірним ( $p=0,03$ ) зменшенням найбільш важкого типу перевантаження правого шлуночка - змішаного типу перевантаження правого шлуночка у порівнянні з хворими, які не застосовували варфарин.

Висновок: тривала терапія варфарином ( $23,7\pm 3,1$ ) міс у дозі 3-5 мг асоціюється з позитивним впливом на гемодинаміку лівих і правих відділів серця.

**УДК:** 57:081.4:615.9:577.1:616.37-089:85

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ІНТОКСИКАЦІЙНО-МЕТАБОЛІЧНОГО ДРІБНО-ВОГНИЩЕВОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ**

**Чепляка О.М., Седлецький Р.Є., Суходоля С.А., Єрмак А.О.**

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Основу гострого панкреатиту завжди складає панкреонекроз. Насьогодні відомі більше 100 моделей експериментального панкреатиту. При загальноприйнятих моделях панкреонекрозу важко знайти зону демаркації. Проте, особливість панкреонекрозу патоморфологічна - він виникає ділянками, тому слід створювати локальне вогнище некрозу.

*Метою* нашого дослідження стало створення експериментальної моделі інтоксикаційно-метаболического дрібно-вогнищевого панкреонекрозу.

Дослідження виконане на 6 безпородних статевозрілих собаках, яким під загальним знеболенням вводили в паренхіму підшлункової залози 0,2 мл 1% розчину калію перманганату. Забір препаратів для гістологічного дослідження проводили на 3-тю добу після операції.

На 3-тю добу після операції в ділянці ін'єкції в тканину підшлункової залози утворювалось локальне вогнище некрозу до 1 см в діаметрі.

При мікроскопічному дослідженні зі збільшенням в 100 разів некроз мав демаркаційний характер, що призводить до секвестрації некротичних ділянок. Відмічалось повне порушення структури тканини підшлункової залози і відсутність її часткової будови (гомогенізація тканини); місцями ядра були збережені, місцями зруйновані (каріолізіс, каріорексис), місцями відсутні, не простежувалися ацинуси.

Утворенню демаркаційної лінії сприяла наявність сполучнотканинних прошарків, які поділяють тканини підшлункової залози на частки. У зоні демаркації спостерігалась запальна поліморфно-клітинна інфільтрація з переважанням лімфоцитів, нейтрофілів та еозинофілів лейкоцитів.

Розчин калію перманганату застосовують для фіксації тканин в електронній мікроскопії. Розчин добре фіксує мембрани. Вільні радикали кисню, які утворюються з  $KMnO_4$  не лізують клітину, як ферменти. Для експериментальної моделі панкреонекрозу  $KMnO_4$  раніше не використовувався.

Розчин  $OsO_4$  добре проникає в тканину підшлункової залози, але коштовний і токсичний, що обмежує його застосування, а  $KMnO_4$  широко застосовується в медицині - для обробки гнійних ран, промивання шлунку, тощо.

Скіпідар та інші речовини розповсюджуються в тканині підшлункової залози швидко і дифузно, і локальне вогнище панкреонекрозу вони не створюють. Проникнення  $KMnO_4$  дуже повільне, але тривале.

Висновки: при створенні моделі панкреонекрозу шляхом введення 1% розчину калію перманганату формується локальне вогнище некрозу з мінімальною шириною зони демаркації. Якщо зона демаркації значна, концентрація лікарських речовин, в міру їх проникнення в цю зону, знижується.

Запропонована модель може бути використана для дослідження концентрації лікарських речовин (антибіотиків та ін.) в зонах демаркації та панкреонекрозу з визначенням найбільш оптимального шляху введення цих препаратів.

гіпертрофії правого шлуночка (ПШ), що характеризувалось значно меншим приростом товщини передньої стінки правого шлуночка (ПСПШ) (3,6% проти 21,1%,  $p=0,001$ ), статистично достовірним зменшенням розміру правого передсердя (ПП) (-4,8% проти 2,8%,  $p=0,02$ ) і внаслідок цього формуванням умов для більш оптимального режиму його функціонування.

У пацієнтів, які застосовували варфарин у порівнянні з хворими, які не застосовували непрямі антикоагулянти, спостерігалось поліпшення гемодинаміки малого кола кровообігу за рахунок регресу дилатації діаметра легеневої артерії (дЛА) (-25,9% проти -3,5%,  $p=0,001$ ), зменшення співвідношення діаметра легеневої артерії до розміру правого передсердя (дЛА/ПП) (-24,4% проти -2,8%,  $p=0,001$ ), зменшення систолічного тиску в легеневій артерії (СТЛА) (-27,9% проти -5,5%,  $p=0,002$ ) і систолічного трансстрикуспідального градієнту (-34,7% проти -6,0%,  $p<0,0001$ ), достовірним зменшенням співвідношення швидкості раннього до швидкості пізнього наповнення ПШ ( $V_e/V_a$  ТСК) (-5,0% проти 1,4%,  $p=0,01$ ).

Результати дослідження довели, що тривала терапія варфарином у пацієнтів основної групи асоціюється з достовірним ( $p=0,03$ ) зменшенням найбільш важкого типу перевантаження правого шлуночка - змішаного типу перевантаження правого шлуночка у порівнянні з хворими, які не застосовували варфарин.

Висновок: тривала терапія варфарином ( $23,7\pm 3,1$ ) міс у дозі 3-5 мг асоціюється з позитивним впливом на гемодинаміку лівих і правих відділів серця.

**УДК:** 57:081.4:615.9:577.1:616.37-089:85

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ІНТОКСИКАЦІЙНО-МЕТАБОЛІЧНОГО ДРІБНО-ВОГНИЩЕВОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗУ**

**Чепляка О.М., Седлецький Р.Є., Суходоля С.А., Єрмак А.О.**

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Основу гострого панкреатиту завжди складає панкреонекроз. Насьогодні відомі більше 100 моделей експериментального панкреатиту. При загальноприйнятих моделях панкреонекрозу важко знайти зону демаркації. Проте, особливість панкреонекрозу патоморфологічна - він виникає ділянками, тому слід створювати локальне вогнище некрозу.

*Метою* нашого дослідження стало створення експериментальної моделі інтоксикаційно-метаболического дрібно-вогнищезового панкреонекрозу.

Дослідження виконане на 6 безпородних статевозрілих собаках, яким під загальним знеболенням вводили в паренхіму підшлункової залози 0,2 мл 1% розчину калію перманганату. Забір препаратів для гістологічного дослідження проводили на 3-тю добу після операції.

На 3-тю добу після операції в ділянці ін'єкції в тканину підшлункової залози утворювалось локальне вогнище некрозу до 1 см в діаметрі.

При мікроскопічному дослідженні зі збільшенням в 100 разів некроз мав демаркаційний характер, що призводить до секвестрації некротичних ділянок. Відмічалось повне порушення структури тканини підшлункової залози і відсутність її часткової будови (гомогенізація тканини); місцями ядра були збережені, місцями зруйновані (каріолізіс, каріорексис), місцями відсутні, не простежувалися ацинуси.

Утворенню демаркаційної лінії сприяла наявність сполучнотканинних прошарків, які поділяють тканини підшлункової залози на частки. У зоні демаркації спостерігалась запальна поліморфно-клітинна інфільтрація з переважанням лімфоцитів, нейтрофілів та еозинофілів лейкоцитів.

Розчин калію перманганату застосовують для фіксації тканин в електронній мікроскопії. Розчин добре фіксує мембрани. Вільні радикали кисню, які утворюються з  $KMnO_4$  не лізують клітину, як ферменти. Для експериментальної моделі панкреонекрозу  $KMnO_4$  раніше не використовувалось.

Розчин  $OsO_4$  добре проникає в тканину підшлункової залози, але коштовний і токсичний, що обмежує його застосування, а  $KMnO_4$  широко застосовується в медицині - для обробки гнійних ран, промивання шлунку, тощо.

Скіпідар та інші речовини розповсюджуються в тканині підшлункової залози швидко і дифузно, і локальне вогнище панкреонекрозу вони не створюють. Проникнення  $KMnO_4$  дуже повільне, але тривале.

Висновки: при створенні моделі панкреонекрозу шляхом введення 1% розчину калію перманганату формується локальне вогнище некрозу з мінімальною шириною зони демаркації. Якщо зона демаркації значна, концентрація лікарських речовин, в міру їх проникнення в цю зону, знижується.

Запропонована модель може бути використана для дослідження концентрації лікарських речовин (антибіотиків та ін.) в зонах демаркації та панкреонекрозу з визначенням найбільш оптимального шляху введення цих препаратів.

УДК: 615.281.8:615:015:615.012/014

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ ОФЛОКСАЦИНУ ПРИ ЙОГО ЗМІШУВАННІ З ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНОГО ТРАНСПОРТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ДОСЛІДАХ "IN VITRO"

Чепляка О.М., Жорняк О.І., Трохименко В.Б.

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Рівень летальності при інфекційних ускладненнях гострого панкреатиту сягає 80 %. В профілактиці інфікування зон панкреонекрозу провідна роль належить антибіотикам. Проте, висока концентрація антибактеріальних препаратів в тканині підшлункової залози при набряковому гострому панкреатиті в міру розвитку гострого некротичного панкреатиту зменшується до рівня, нижче бактерицидної.

Створити терапевтичну концентрацію антибіотиків у вогнищі запалення вдалося лише останніми роками завдяки розробці та впровадженню методів направленого транспорту лікарських засобів.

Одним з варіантів ідеї направленого транспорту лікарських засобів є застосування тіней еритроцитів (еритроцитів, позбавлених гемоглобіну) для доставки антибіотиків. Проте, приготування тіней еритроцитів потребує кошового обладнання (ультрацентрифуга). Крім того, загиблий еритроцит захоплюється макрофагом і прямує не у вогнище запалення, а в ділянки скупчення макрофагів - печінку, лімфовузли, тощо.

Враховуючи здатність лейкоцитів мігрувати у вогнище запалення, їх також можна використовувати в якості контейнерів для доставки антибіотиків.

Однак, при видаленні ядер з нейтрофілів під час швидкісного центрифугування пошкоджується рецепторний апарат нейтрофілів, що призводить до зниження їх функціональної активності.

Наступний спосіб передбачає застосування колоїдного розчину антибіотика, який утворюється після змішування антибіотика з реагентом для приготування радіопрепарату Технефіт, <sup>99m</sup>Tc. Реагент є ліофілізатом, що містить препарат фосфору - фітин.

Готовий радіопрепарат Технефіт, <sup>99m</sup>Tc є колоїдним розчином технецію, для приготування якого змішують 5 мл елюату з генератору технецію з ліофілізатом.

Технефіт застосовують в діагностиці пухлин печінки. Препарат після внутрішньовенного введення захоплюється нейтрофілами і прямує в ділянки скупчення макрофагів, в першу чергу - в печінку. Технецій розподіляється в печінці і, в разі наявності пухлини, на скенограмі будуть виявлені вогнищеві зміни.

Якщо в рівнянні ліофілізат + технецій = Технефіт замінити технецій на антибіотик, то ми можемо отримати кон'югату, яка при внутрішньовенному введенні буде захоплюватись нейтрофілами і доставляється у вогнище запалення.

Метою нашого дослідження стало з'ясувати, як змінюється протимікробна активність офлоксацину після його змішування з ліофілізатом (реагентом для отримання радіопрепарату Технефіт, <sup>99m</sup>Tc).

Проведено вивчення чутливості музейного штаму золотистого стафілокока. Чутливість визначали до офлоксацину, офлоксацину, змішаному з ліофілізатом. В якості контролю використовували ліофілізат, розчинений в ізотонічному розчині натрію хлориду.

Чутливість мікроорганізмів визначали методом дифузії препарату в агар (метод "колодязів"). Діаметри зон затримки росту (в мм) вимірювали через 24 години.

Результати. Діаметр зон затримки росту при введенні в лунки 0,2% розчину офлоксацину в середньому становив 25,6±0,8 мм, при введенні розчину офлоксацину з ліофілізатом - 23,2±1,0 мм. При введенні в лунки розчину ліофілізату затримки росту мікроорганізмів не спостерігалось.

Таким чином, до офлоксацину досліджувані мікроорганізми виявили високу чутливість. До розчину офлоксацину з ліофілізатом штаб був чутливий, а до розчину ліофілізату - не чутливий.

При змішуванні офлоксацину з ліофілізатом спостерігається достовірне ( $p \leq 0,05$ ) зниження протимікробної активності антибіотика, що свідчить про утворення кон'югати антибіотик-ліофілізат.

Висновки: 1. При поєднанні офлоксацину з ліофілізатом для приготування радіопрепарату Технефіт відбувається достовірне зниження протимікробної активності офлоксацину в середньому на 2,4 мм. 2. Зниження протимікробної активності антибіотика свідчить про утворення кон'югати антибіотик-ліофілізат.

Якщо ліофілізат насичується антибіотиком, можна припустити, що при внутрішньовенному введенні ця кон'югата буде захоплюватись нейтрофілами і доставляється у вогнище некрозу в підшлунковій залозі. В подальшому слід провести порівняльне дослідження концентрації антибіотиків в зоні панкреонекрозу з і без застосування методу направленого транспорту в дослідях "in vivo".

УДК: 616-08:616-008.7:616.981.57

## **ЛІКУВАННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ НА ГАЗОВУ ГАНГРЕНУ**

**Чепляка О.М., Бушинський В.Є., Хазар'янець О.О.**

Кафедра загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Більшість інфекцій шкіри і м'яких тканин самообмежуються і легко піддаються лікуванню. Інші варіанти перебігу інфекцій м'яких тканин є життєвонебезпечними і вимагають максимально швидкої діагностики, екстреного оперативного втручання і вибору раціональної антибактеріальної терапії. Дефекти в діагностиці і лікуванні важких інфекцій м'яких тканин, що призводять до обширних втрат м'якотканинних утворень, в подальшому істотно впливають на якість життя і вимагають складних реконструктивних операцій.

Летальність при газовій гангрені складає, за даними різних авторів, від 25 до 70 %. Без лікування гинуть всі хворі.

Опис клінічної картини газової гангрені, даний М.І.Пироговим, цілком відповідає сучасному розумінню. Ранніми симптомами є розпираючий біль у рані, відчуття тиску пов'язки. Колір видимих в рані м'язів нагадує варене м'ясо. При натисканні на краї рани з тканин виділяються пухирці газу з неприємним солодкувато-гнильним запахом. При пальпації кінцівки визначається хрускіт газу (крепітація) в підшкірній клітковині. набряк тканин не залишає сліду після натискання пальцем. Визначається позитивний симптом "лігатури", описаний академіком АМН СРСР О.В.Мельниковим.

Біль в рані, висока температура тіла, збільшення об'єму кінцівки - ця триада ознак свідчить про початок газової гангрені і слугує показом до негайної ревізії рани.

Утворення газу починається з глибоких шарів тканин і визначити його наявність клінічними методами в початковий період захворювання важко. В цих випадках може бути застосований рентгенологічний метод, за яким визначається "пористість" м'язових тканин.

У зв'язку з тим, що для виділення і ідентифікації анаеробної мікрофлори при бактеріологічному дослідженні потрібні спеціальне обладнання і термін 7-10 діб на практиці для підтвердження діагнозу доцільно орієнтуватися на результати бактеріоскопії мазків-відбитків рани, забарвлених за Грамом (наявність крупних грам-позитивних паличок).

Бактеріологічне дослідження для термінової діагностики значення не має, але з урахуванням його результатів можна корегувати специфічну терапію.

Клостридії - не єдині збудники інфекцій, що супроводжуються утворенням газу. Проте далеко не всі подібні інфекції мають такий несприятливий прогноз, як газова гангрена. В диференційній діагностиці найголовніше - встановити, чи захоплює інфекція м'язову тканину або ж вона обмежена жировою клітковиною і фасціями. З цією метою можна скористатися пробою Бете - занурений в пробірку, що містить 5% розчин хлориду натрію, шматочок м'язової тканини не тоне, що свідчить на користь клостридіального міозиту.

Диференційний діагноз проводять з епіфасціальною газоутворюючою флегмоною і путридною (гнильною) інфекцією.

В клініці загальної хірургії ВНМУ ім. М.І.Пирогова за останні 5 років знаходились на стаціонарному лікуванні 5 хворих на газову гангрену, з них 2 померло.

Комплексна профілактика анаеробної інфекції ран включає ранню первинну хірургічну обробку ран, абсолютний спокій кінцівки, що є неспецифічною профілактикою.

У разі обширних пошкоджень або вираженого забруднення ран проводять і специфічну профілактику, з цією метою вводять полівалентну протигангренозну сироватку. Середня профілактична доза сироватки - 30 000 АО (по 10 000 АО проти основних збудників (*Clostridium perfringens*, *oedematiens*, *septicum*)).

Основним методом лікування газової гангрені є хірургічний. Показана екстрена операція - широке розсічення рани, фасціальних футлярів, видалення некротичних тканин, особливо м'язів. При залученні в процес сегменту кінцівки (стегна, плеча) виконують 4-6 лампасних розрізи з розсіченням клітковини і фасції уздовж всього сегменту. У важких випадках, при незворотніх змінах, вдаються до ампутації кінцівок з розсіченням фасціальних футлярів кукси. Показом до ампутації або екзартикуляції слугують тотальне ураження всієї кінцівки, з ознаками змертвіння: похолодіння, блідий, ціанотично-багровий і чорний колір пальців, стопи тощо, безуспішність попередніх операцій, поранення магістральних судин.

Специфічне лікування полягає в застосуванні суміші антигангренозних сироваток. Однією лікувальною дозою вважається 10 профілактичних доз сироватки. Під час операції під наркозом вводять в/в краплинно повільно (1 мл за хвилину) лікувальну дозу сироватки (150 000 АО: по 50 000 АО антиперфрінгенс, антисептикум, антидедматієнс) на 400 мл фізіологічного розчину. Одночасно в/м ін'єкують 5 профілактичних доз сироватки.

Антибіотикотерапія повинна проводитися триетапно, так звана деескалація на. Першим етапом а/б терапії є емпіричне призначення високих доз бензилпеніциліну (5-10 млн в/в кожні 6 год.; для пригнічення клостридій і стрептококів) і цефтріаксону (2 г в/в кожні 8-12 год.) для пригнічення кишкових паличок.

Важливим в комплексі заходів при даній патології є місцеве медикаментозне лікування, що передбачає зас-

тосування багатокомпонентних препаратів на гідрофільно-гідрофобній адсорбційній основі з регульованою осмотичною активністю (композиції "Флотоксан" і "Метроксан"), що виготовляються в аптечних умовах за лікарським прописом.

В комплексі лікування є гіпербарична оксигенація - в барокамері при тиску 3 атм.

При неспорутворюючій інфекції м'яких тканин немає необхідності у спеціальному санітарно-гігієнічному режимі. Профілактика розповсюдження анаеробної інфекції згідно наказу №720 направлена проти спорутворюючих анаеробів, а саме газової гангрени.

**УДК: 612.13:576.8:616-002.4:611-018.7:616.76:616.341:616-007.272**

## **ДИНАМІКА БАКТЕРІАЛЬНОЇ КОНТАМІНАЦІЇ ТА АПОПТОЗУ І НЕКРОЗУ КЛІТИН ЕПІТЕЛІУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОНКОЇ КИШКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ЇЇ НЕПРОХІДНОСТІ**

**Шапринський Є.В.**

Кафедра хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Гостра непрохідність тонкої кишки займає одне з провідних місць в структурі невідкладної хірургічної патології. Летальність при даній патології залишається високою і складає від 3 до 20%. Основними причинами летальності при гострій непрохідності тонкої кишки є гнійно-септичні ускладнення, у виникненні яких провідну роль займає інтенсивне розмноження патогенної мікрофлори. На сьогоднішній день у вітчизняній і зарубіжній літературі немає даних щодо особливостей розвитку некрозу та апоптозу у слизовій оболонці в залежності від рівня непрохідності тонкої кишки.

Метою роботи було дослідити в умовах експерименту динаміку бактеріальної контамінації тонкої кишки та вивчити апоптоз і некроз клітин епітелію слизової оболонки в умовах гострої непрохідності тонкої кишки на різних рівнях.

Дослідження проводили на білих щурах. В контролі проводили забір кишкового вмісту та інтактних тканин слизової в асептичних умовах з високих, середніх і низьких відділів тонкої кишки. Після створення моделі гострої непрохідності тонкої кишки на різних рівнях шляхом її перев'язки на високому, середньому та низькому рівні через 12 годин проводили забір кишкового вмісту з привідних та відвідних відділів, а також тканин слизової оболонки тонкої кишки з привідних відділів при кожному виді непрохідності. Для визначення аеробів з пробірки з відповідним розведенням робили посіви на середовища: Ендо, Плоскирева, м'ясо-пептонний і кров'яний агарі. Підрахунок колоній, які вирости, вели кожної доби на чашках Петрі з поживним середовищем. Для визначення присутності анаеробів з пробірок також з певними розведеннями робили посіви уколом в стовпчик на тіогліко-левій середовища, які вирощували в термостаті при  $t$  37°C на протязі двох діб. Дослідження апоптозу і некрозу виконувалось на проточному цитофлуорометрі. Суспензію клітин слизової тонкої кишки отримували шляхом механічної дезагрегації в фосфатно-сольовому буфері (ФСБ) з рН=7,4. Проводили її маркування шляхом застосування Annexin V-FITC (1 мкл) та Propidium Iodide (2,5 мкл) відповідно до протоколу-інструкції використання "Apopstest - FITC" (DAKO, Нідерланди).

При вивченні колоній аеробів в нормі на кров'яному агарі середня кількість мікроорганізмів у верхніх відділах тонкої кишки становить  $5 \times 10^2$  КУО/мл, у середніх та нижніх відповідно  $3,2 \times 10^5$  та  $8 \times 10^6$  КУО/мл. В умовах непрохідності при вивченні росту аеробів на кров'яному агарі встановлено, що у привідному відділі тонкої кишки при непрохідності на високому рівні кількість КУО/мл склала -  $6,7 \times 10^7$  КУО/мл, у відвідному -  $4,2 \times 10^7$  КУО/мл; при непрохідності тонкої кишки на середньому рівні у привідному відділі -  $2,8 \times 10^8$  КУО/мл, у відвідному -  $2,4 \times 10^8$  КУО/мл; при непрохідності на низькому рівні у привідному відділі -  $8,4 \times 10^8$  КУО/мл, у відвідному -  $3,52 \times 10^8$  КУО/мл.

При дослідженні анаеробів на тіогліколевому середовищі встановлено, що при непрохідності на високому рівні у привідному відділі тонкої кишки відмічався помірний ріст (помутніння), у відвідному - росту не було, а при непрохідності на середньому та низькому рівнях у привідних і відвідних відділах тонкої кишки спостерігався дифузний ріст.

Через 12 годин після створення моделі гострої непрохідності тонкої кишки на високому рівні у слизовій привідного відділу відсоток клітин в стадії некрозу та пізнього апоптозу в середньому складає відповідно  $22,63 \pm 0,37\%$  та  $21,86 \pm 0,37\%$ . Відсоток клітин, які ще не стали на шлях апоптозу та клітин, які вже знаходяться в стані апоптозу складає відповідно  $42,15 \pm 0,44\%$  та  $13,36 \pm 0,3\%$ . При непрохідності тонкої кишки, створеній на середньому рівні - відсоток клітин в стадії некрозу та пізнього апоптозу складає в середньому  $34,47 \pm 0,53\%$  та  $20,07 \pm 0,44\%$ ; відсоток клітин, які ще не стали на шлях апоптозу та клітин, які вже знаходяться в стані апоптозу складає відповідно

тосування багатокомпонентних препаратів на гідрофільно-гідрофобній адсорбційній основі з регульованою осмотичною активністю (композиції "Флотоксан" і "Метроксан"), що виготовляються в аптечних умовах за лікарським прописом.

В комплексі лікування є гіпербарична оксигенація - в барокамері при тиску 3 атм.

При неспорутворюючій інфекції м'яких тканин немає необхідності у спеціальному санітарно-гігієнічному режимі. Профілактика розповсюдження анаеробної інфекції згідно наказу №720 направлена проти спорутворюючих анаеробів, а саме газової гангрени.

**УДК: 612.13:576.8:616-002.4:611-018.7:616.76:616.341:616-007.272**

## **ДИНАМІКА БАКТЕРІАЛЬНОЇ КОНТАМІНАЦІЇ ТА АПОПТОЗУ І НЕКРОЗУ КЛІТИН ЕПІТЕЛІУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОНКОЇ КИШКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ЇЇ НЕПРОХІДНОСТІ**

**Шапринський Є.В.**

Кафедра хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Гостра непрохідність тонкої кишки займає одне з провідних місць в структурі невідкладної хірургічної патології. Летальність при даній патології залишається високою і складає від 3 до 20%. Основними причинами летальності при гострій непрохідності тонкої кишки є гнійно-септичні ускладнення, у виникненні яких провідну роль займає інтенсивне розмноження патогенної мікрофлори. На сьогоднішній день у вітчизняній і зарубіжній літературі немає даних щодо особливостей розвитку некрозу та апоптозу у слизовій оболонці в залежності від рівня непрохідності тонкої кишки.

Метою роботи було дослідити в умовах експерименту динаміку бактеріальної контамінації тонкої кишки та вивчити апоптоз і некроз клітин епітелію слизової оболонки в умовах гострої непрохідності тонкої кишки на різних рівнях.

Дослідження проводили на білих щурах. В контролі проводили забір кишкового вмісту та інтактних тканин слизової в асептичних умовах з високих, середніх і низьких відділів тонкої кишки. Після створення моделі гострої непрохідності тонкої кишки на різних рівнях шляхом її перев'язки на високому, середньому та низькому рівні через 12 годин проводили забір кишкового вмісту з привідних та відвідних відділів, а також тканин слизової оболонки тонкої кишки з привідних відділів при кожному виді непрохідності. Для визначення аеробів з пробірки з відповідним розведенням робили посіви на середовища: Ендо, Плоскирева, м'ясо-пептонний і кров'яний агарі. Підрахунок колоній, які вирости, вели кожної доби на чашках Петрі з поживним середовищем. Для визначення присутності анаеробів з пробірок також з певними розведеннями робили посіви уколом в стовпчик на тіогліко-левій середовища, які вирощували в термостаті при  $t$  37°C на протязі двох діб. Дослідження апоптозу і некрозу виконувалось на проточному цитофлуорометрі. Суспензію клітин слизової тонкої кишки отримували шляхом механічної дезагрегації в фосфатно-сольовому буфері (ФСБ) з рН=7,4. Проводили її маркування шляхом застосування Annexin V-FITC (1 мкл) та Propidium Iodide (2,5 мкл) відповідно до протоколу-інструкції використання "Apopstest - FITC" (DAKO, Нідерланди).

При вивченні колоній аеробів в нормі на кров'яному агарі середня кількість мікроорганізмів у верхніх відділах тонкої кишки становить  $5 \times 10^2$  КУО/мл, у середніх та нижніх відповідно  $3,2 \times 10^5$  та  $8 \times 10^6$  КУО/мл. В умовах непрохідності при вивченні росту аеробів на кров'яному агарі встановлено, що у привідному відділі тонкої кишки при непрохідності на високому рівні кількість КУО/мл склала -  $6,7 \times 10^7$  КУО/мл, у відвідному -  $4,2 \times 10^7$  КУО/мл; при непрохідності тонкої кишки на середньому рівні у привідному відділі -  $2,8 \times 10^8$  КУО/мл, у відвідному -  $2,4 \times 10^8$  КУО/мл; при непрохідності на низькому рівні у привідному відділі -  $8,4 \times 10^8$  КУО/мл, у відвідному -  $3,52 \times 10^8$  КУО/мл.

При дослідженні анаеробів на тіогліколевому середовищі встановлено, що при непрохідності на високому рівні у привідному відділі тонкої кишки відмічався помірний ріст (помутніння), у відвідному - росту не було, а при непрохідності на середньому та низькому рівнях у привідних і відвідних відділах тонкої кишки спостерігався дифузний ріст.

Через 12 годин після створення моделі гострої непрохідності тонкої кишки на високому рівні у слизовій привідного відділу відсоток клітин в стадії некрозу та пізнього апоптозу в середньому складає відповідно  $22,63 \pm 0,37\%$  та  $21,86 \pm 0,37\%$ . Відсоток клітин, які ще не стали на шлях апоптозу та клітин, які вже знаходяться в стані апоптозу складає відповідно  $42,15 \pm 0,44\%$  та  $13,36 \pm 0,3\%$ . При непрохідності тонкої кишки, створеній на середньому рівні - відсоток клітин в стадії некрозу та пізнього апоптозу складає в середньому  $34,47 \pm 0,53\%$  та  $20,07 \pm 0,44\%$ ; відсоток клітин, які ще не стали на шлях апоптозу та клітин, які вже знаходяться в стані апоптозу складає відповідно

39,55±0,54% та 5,92±0,26%. При непрохідності на низькому рівні - рівень некрозу та пізнього апоптозу складає відповідно 53,07±0,43% та 25,83±0,38%; відсоток клітин, які ще не стали на шлях апоптозу та клітин, які вже знаходяться в стані апоптозу складають відповідно 13,38±0,3% та 7,72±0,23%.

Таким чином, при гострій непрохідності тонкої кишки, створеній на високому рівні, відмічається найменше розмноження мікроорганізмів (як аеробів, так і анаеробів) в привідному і відвідному відділах тонкої кишки у порівнянні з середнім та низьким рівнями непрохідності.

Рівень потенційно життєздатних клітин епітелію слизової оболонки привідного відділу є достовірно вищим при непрохідності тонкої кишки у проксимальних відділах, ніж у дистальних. Відповідно кількість потенційно нежиттєздатних клітин є достовірно більшою при непрохідності тонкої кишки у дистальних відділах, ніж у проксимальних. Високий рівень потенційно життєздатних клітин епітелію та низький рівень бактеріальної контамінації проксимальних відділів тонкої кишки наводять на думку про можливість накладання (у разі необхідності) первинного анастомозу при високій гострій непрохідності тонкої кишки за умови її адекватної декомпресії, ніж виведення високої тонкокишкової нориці.

**УДК:** 616.831-005:616:15:616.2/24-008.4:616.5-004

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ГОМОЦИСТЕЇНУ В КРОВІ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ДИХАЛЬНИХ М'ЯЗІВ ТА ФУНКЦІЄЮ ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ**

**Швець Л.В., Станіславчук М.А.**

Кафедра внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед можливих факторів пошкодження ендотелію у хворих на системну склеродермію (ССД) обговорюється вплив гомоцистеїну (ГЦ). Встановлено, що у хворих на ССД концентрація в плазмі крові ГЦ вища стосовно здорових осіб. Крім того, встановлений взаємозв'язок між концентрацією в плазмі крові ГЦ та пошкодженням судин мікроциркуляторного русла. Асоціативні зв'язки між рівнем ГЦ та функціональним станом дихальних м'язів (ДМ) та функцією зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих на ССД досі не встановлені.

*Мета:* вивчити функціональний стан ДМ, функцію дихання та оцінити їх зв'язок з вмістом ГЦ в крові у хворих на ССД.

Обстежено 61 хворого на дифузну форму ССД - 52 жінки і 9 чоловіків, середній вік - 47,6±12,9 років. Діагноз ССД встановлювали на підставі критеріїв АРА (1980). Контрольну групу склали 62 особи відповідного віку і статі. Дослідження функціонального стану ДМ проводилося шляхом вимірювання сили інспіраторної (PI(max)) та експіраторної (PE(max)) груп за допомогою спірометра "Respiratory pressure meter" (Великобританія). Функцію зовнішнього дихання (ФЗД) оцінювали за допомогою комп'ютерної спірометрії. Вміст ГЦ визначали імуноферментним методом з використанням стандартного набору "Axis-Shield" (Великобританія).

Встановлено, що хворі на ССД мали достовірно меншу силу (PI(max)) та (PE(max)) стосовно здорових осіб, що дозволяє стверджувати про їх дисфункцію. Аналізуючи концентрацію ГЦ в крові у хворих на ССД виявили, що при посиленні ступеню задишки та прогресуванні рестриктивних змін в легенях відбувається достовірно підвищення рівня ГЦ в крові. Аналіз сили ДМ стосовно ФЗД виявив прямий кореляційний зв'язок між силою обох груп ДМ та показниками спірограми, зокрема, ЖЄЛ, ФЖЄЛ, ПОШ, МОШ<sub>50</sub> (r=0,23-0,48). В той же час, достовірних асоціативних зв'язків між силою ДМ та рівнем ГЦ в крові не встановлено. Однак, виявлений сильний, достовірний зворотній кореляційний зв'язок між усіма показниками ФЗД та рівнем ГЦ в крові (r= -0,23 - (-0,44)).

**Висновок:** у хворих на ССД дисфункція ДМ та рівень ГЦ в крові є незалежними один від одного складовими в формуванні порушення функції дихання.

**УДК:** 378.147:615.717:617.7-007.681

## **МЕТОДИКА ПІДБОРУ МІСЦЕВИХ ГІПОТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ**

**Шепелюк Г.Г.**

Кафедра очних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Глаукома - хронічне нейродегенеративне захворювання, яке об'єднує велику групу захворювань органа зору і характеризується постійним або періодичним підвищенням тиску в середині ока, специфічними дефектами

39,55±0,54% та 5,92±0,26%. При непрохідності на низькому рівні - рівень некрозу та пізнього апоптозу складає відповідно 53,07±0,43% та 25,83±0,38%; відсоток клітин, які ще не стали на шлях апоптозу та клітин, які вже знаходяться в стані апоптозу складають відповідно 13,38±0,3% та 7,72±0,23%.

Таким чином, при гострій непрохідності тонкої кишки, створеній на високому рівні, відмічається найменше розмноження мікроорганізмів (як аеробів, так і анаеробів) в привідному і відвідному відділах тонкої кишки у порівнянні з середнім та низьким рівнями непрохідності.

Рівень потенційно життєздатних клітин епітелію слизової оболонки привідного відділу є достовірно вищим при непрохідності тонкої кишки у проксимальних відділах, ніж у дистальних. Відповідно кількість потенційно нежиттєздатних клітин є достовірно більшою при непрохідності тонкої кишки у дистальних відділах, ніж у проксимальних. Високий рівень потенційно життєздатних клітин епітелію та низький рівень бактеріальної контамінації проксимальних відділів тонкої кишки наводять на думку про можливість накладання (у разі необхідності) первинного анастомозу при високій гострій непрохідності тонкої кишки за умови її адекватної декомпресії, ніж виведення високої тонкокишкової нориці.

**УДК:** 616.831-005:616:15:616.2/24-008.4:616.5-004

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ГОМОЦИСТЕЇНУ В КРОВІ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ДИХАЛЬНИХ М'ЯЗІВ ТА ФУНКЦІЄЮ ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ**

**Швець Л.В., Станіславчук М.А.**

Кафедра внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед можливих факторів пошкодження ендотелію у хворих на системну склеродермію (ССД) обговорюється вплив гомоцистеїну (ГЦ). Встановлено, що у хворих на ССД концентрація в плазмі крові ГЦ вища стосовно здорових осіб. Крім того, встановлений взаємозв'язок між концентрацією в плазмі крові ГЦ та пошкодженням судин мікроциркуляторного русла. Асоціативні зв'язки між рівнем ГЦ та функціональним станом дихальних м'язів (ДМ) та функцією зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих на ССД досі не встановлені.

*Мета:* вивчити функціональний стан ДМ, функцію дихання та оцінити їх зв'язок з вмістом ГЦ в крові у хворих на ССД.

Обстежено 61 хворого на дифузну форму ССД - 52 жінки і 9 чоловіків, середній вік - 47,6±12,9 років. Діагноз ССД встановлювали на підставі критеріїв АРА (1980). Контрольну групу склали 62 особи відповідного віку і статі. Дослідження функціонального стану ДМ проводилося шляхом вимірювання сили інспіраторної (PI(max)) та експіраторної (PE(max)) груп за допомогою спірометра "Respiratory pressure meter" (Великобританія). Функцію зовнішнього дихання (ФЗД) оцінювали за допомогою комп'ютерної спірометрії. Вміст ГЦ визначали імуноферментним методом з використанням стандартного набору "Axis-Shield" (Великобританія).

Встановлено, що хворі на ССД мали достовірно меншу силу (PI(max)) та (PE(max)) стосовно здорових осіб, що дозволяє стверджувати про їх дисфункцію. Аналізуючи концентрацію ГЦ в крові у хворих на ССД виявили, що при посиленні ступеню задишки та прогресуванні рестриктивних змін в легенях відбувається достовірне підвищення рівня ГЦ в крові. Аналіз сили ДМ стосовно ФЗД виявив прямий кореляційний зв'язок між силою обох груп ДМ та показниками спірограми, зокрема, ЖЄЛ, ФЖЄЛ, ПОШ, МОШ<sub>50</sub> (r=0,23-0,48). В той же час, достовірних асоціативних зв'язків між силою ДМ та рівнем ГЦ в крові не встановлено. Однак, виявлений сильний, достовірний зворотній кореляційний зв'язок між усіма показниками ФЗД та рівнем ГЦ в крові (r= -0,23 - (-0,44)).

Висновок: у хворих на ССД дисфункція ДМ та рівень ГЦ в крові є незалежними один від одного складовими в формуванні порушення функції дихання.

**УДК:** 378.147:615.717:617.7-007.681

## **МЕТОДИКА ПІДБОРУ МІСЦЕВИХ ГІПОТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ**

**Шепелюк Г.Г.**

Кафедра очних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Глаукома - хронічне нейродегенеративне захворювання, яке об'єднує велику групу захворювань органа зору і характеризується постійним або періодичним підвищенням тиску в середині ока, специфічними дефектами



39,55±0,54% та 5,92±0,26%. При непрохідності на низькому рівні - рівень некрозу та пізнього апоптозу складає відповідно 53,07±0,43% та 25,83±0,38%; відсоток клітин, які ще не стали на шлях апоптозу та клітин, які вже знаходяться в стані апоптозу складають відповідно 13,38±0,3% та 7,72±0,23%.

Таким чином, при гострій непрохідності тонкої кишки, створеній на високому рівні, відмічається найменше розмноження мікроорганізмів (як аеробів, так і анаеробів) в привідному і відвідному відділах тонкої кишки у порівнянні з середнім та низьким рівнями непрохідності.

Рівень потенційно життєздатних клітин епітелію слизової оболонки привідного відділу є достовірно вищим при непрохідності тонкої кишки у проксимальних відділах, ніж у дистальних. Відповідно кількість потенційно нежиттєздатних клітин є достовірно більшою при непрохідності тонкої кишки у дистальних відділах, ніж у проксимальних. Високий рівень потенційно життєздатних клітин епітелію та низький рівень бактеріальної контамінації проксимальних відділів тонкої кишки наводять на думку про можливість накладання (у разі необхідності) первинного анастомозу при високій гострій непрохідності тонкої кишки за умови її адекватної декомпресії, ніж виведення високої тонкокишкової нориці.

**УДК:** 616.831-005:616:15:616.2/24-008.4:616.5-004

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ГОМОЦИСТЕЇНУ В КРОВІ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ДИХАЛЬНИХ М'ЯЗІВ ТА ФУНКЦІЄЮ ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ**

**Швець Л.В., Станіславчук М.А.**

Кафедра внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед можливих факторів пошкодження ендотелію у хворих на системну склеродермію (ССД) обговорюється вплив гомоцистеїну (ГЦ). Встановлено, що у хворих на ССД концентрація в плазмі крові ГЦ вища стосовно здорових осіб. Крім того, встановлений взаємозв'язок між концентрацією в плазмі крові ГЦ та пошкодженням судин мікроциркуляторного русла. Асоціативні зв'язки між рівнем ГЦ та функціональним станом дихальних м'язів (ДМ) та функцією зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих на ССД досі не встановлені.

*Мета:* вивчити функціональний стан ДМ, функцію дихання та оцінити їх зв'язок з вмістом ГЦ в крові у хворих на ССД.

Обстежено 61 хворого на дифузну форму ССД - 52 жінки і 9 чоловіків, середній вік - 47,6±12,9 років. Діагноз ССД встановлювали на підставі критеріїв АРА (1980). Контрольну групу склали 62 особи відповідного віку і статі. Дослідження функціонального стану ДМ проводилося шляхом вимірювання сили інспіраторної (PI(max)) та експіраторної (PE(max)) груп за допомогою спірометра "Respiratory pressure meter" (Великобританія). Функцію зовнішнього дихання (ФЗД) оцінювали за допомогою комп'ютерної спірометрії. Вміст ГЦ визначали імуноферментним методом з використанням стандартного набору "Axis-Shield" (Великобританія).

Встановлено, що хворі на ССД мали достовірно меншу силу (PI(max)) та (PE(max)) стосовно здорових осіб, що дозволяє стверджувати про їх дисфункцію. Аналізуючи концентрацію ГЦ в крові у хворих на ССД виявили, що при посиленні ступеню задишки та прогресуванні рестриктивних змін в легенях відбувається достовірно підвищення рівня ГЦ в крові. Аналіз сили ДМ стосовно ФЗД виявив прямий кореляційний зв'язок між силою обох груп ДМ та показниками спірограми, зокрема, ЖЄЛ, ФЖЄЛ, ПОШ, МОШ<sub>50</sub> (r=0,23-0,48). В той же час, достовірних асоціативних зв'язків між силою ДМ та рівнем ГЦ в крові не встановлено. Однак, виявлений сильний, достовірний зворотній кореляційний зв'язок між усіма показниками ФЗД та рівнем ГЦ в крові (r= -0,23 - (-0,44)).

**Висновок:** у хворих на ССД дисфункція ДМ та рівень ГЦ в крові є незалежними один від одного складовими в формуванні порушення функції дихання.

**УДК:** 378.147:615.717:617.7-007.681

## **МЕТОДИКА ПІДБОРУ МІСЦЕВИХ ГІПОТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ**

**Шепелюк Г.Г.**

Кафедра очних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Глаукома - хронічне нейродегенеративне захворювання, яке об'єднує велику групу захворювань органа зору і характеризується постійним або періодичним підвищенням тиску в середині ока, специфічними дефектами

поля зору і характерною атрофією зорового нерва.

За даними Вінницького обласного медико-статистичного інформаційно-аналітичного центру, поширеність захворюваності населення Вінницької області на глаукому зросла з 35,18 на 10 тис. населення у 2000 році до 58,62 на 10 тис. населення у 2007 році. В Україні за три останні роки в структурі первинної інвалідності по зору глаукома перемістилась з 4-го на 2-е місце і склала 17,2%.

Доступне на сьогодні лікування спрямоване на зниження ВОТ спершу за допомогою місцевих гіпотензивних засобів у якості монотерапії або у комбінації препаратів. Препаратами першої лінії є  $\beta$ -адреноблокатори і аналоги простагландинів F $2\alpha$ , другої - топічні інгібітори карбоангідрази і симпатоміметики, третьої - міотики антихолінергічної дії. У разі неефективності консервативного лікування показано лазерне і хірургічне втручання. В теперішній час велика увага приділяється нейропротекції, завданням якої є запобігти подальшому апоптозу гангліонарних клітин сітківки, прогресуванню незворотних дефектів поля зору. Нейропротектори застосовують як у якості монотерапії, так і у комбінації з гіпотензивною терапією (так звана стратегія "комплексної терапії"). Комплексна терапія дає надію на покращення прогнозу для хворих завдяки сповільненню нейродегенерації сітківки і зорового нерву.

Зберегти зорові функції можливо лише за умови ранньої діагностики захворювання, ефективної диспансеризації, адекватної гіпотензивної і нейропротекторної терапії, контролюючи її ефективність за допомогою сучасних об'єктивних методів, таких як статична комп'ютерна периметрія і спектральна оптична когерентна томографія.

Сьогодні не існує чітко окресленої методики індивідуального підбору місцевої гіпотензивної терапії для пацієнтів з відкритокутовою глаукомою. У багатьох випадках підбрані місцеві гіпотензивні засоби (високовартісні) не компенсують підвищення ВОТ, про що свідчить прогресування глаукомного процесу. Тому вкрай необхідним є адекватний підбір терапії під час виявлення захворювання.

Метою нашої роботи є підвищення ефективності лікування відкритокутової глаукоми шляхом індивідуального підбору місцевих гіпотензивних препаратів.

Було обстежено 15 чоловік (25 очей) віком від 47 до 77 років. Діагноз відкритокутової глаукоми встановлений на основі стандартних методів офтальмологічного обстеження (візометрія, офтальмоскопія, біомікроскопія, статична комп'ютерна периметрія, проекційна периметрія, безконтактна тонометрія, оптична когерентна томографія). Критеріями діагнозу були: зміни поля зору (за даними комп'ютерної периметрії), асиметрія внутрішньочного тиску (ВОТ) (за даними тонометрії на тонометрі Торсон СТ-80), асиметрія екскавації диску зорового нерву (за даними прямої і непрямої офтальмоскопії та оптичної когерентної томографії).

На безконтактному тонометрі Торсон СТ-80 виконували три послідовних вимірювання ВОТ до початку лікування. Призначались місцеві гіпотензивні засоби першої лінії ( $\beta$ -адреноблокатор 0,5% тімолол і аналог простагландину F $2\alpha$  траватан). Після інстиляції гіпотензивних крапель через одну і дві години, а також через добу тричі вимірювали ВОТ. Всі вимірювання виконував один дослідник. Проводили біомікроскопію і опитування хворих на предмет виявлення побічних реакцій.

У 9 випадках діагностована субкомпенсована початкова ПВКГ, у 5 - субкомпенсована ПВКГ II стадії. Меншу частку (всього 11 випадків) склали інші стадії ПВКГ з різним ступенем компенсації.

0,5% тімолол застосовували у 15 випадках, траватан - у 10. У двох пацієнтів (4 ока) не вдалося досягти цільового тиску за допомогою 0,5% тімололу, тому їм був доданий траватан.

Вихідний рівень ВОТ становив 26,3 мм рт. ст. і 28,3 мм.рт.ст. перед пробою з 0,5% тімололом і траватаном відповідно. Після застосування 0,5% тімололу через годину ВОТ знизився всередньому на 4,7мм рт. ст., через дві години - на 8,5, через добу - на 0,4 від вихідного рівня. Після інстиляції траватану через годину ВОТ зріс всередньому на 0,7 мм рт. ст., через дві години - на 1,5, а через добу знизився на 11,5 від вихідного рівня.

Висновки: підбір місцевих гіпотензивних препаратів при лікуванні відкритокутової глаукоми слід проводити індивідуально. Контроль досягнення толерантного ВОТ слід здійснювати за допомогою безконтактної тонометрії. А динаміку зорових функцій відслідковувати максимально об'єктивними методами, такими як комп'ютерна периметрія і спектральна оптична когерентна томографія, за однакових параметрів.

**УДК: 611:610.62:572**

## **ВПЛИВ СПЕЦИФІЧНИХ ФАКТОРІВ СТРОКОВОЇ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ НА СОМАТОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

**Шпакова Н.А.**

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Оцінка здоров'я людини, його збереження та розвиток є однією з актуальних проблем, котрі постають перед людством. Антропометричні параметри, що характеризують фізичний розвиток, інтенсивність ростових про-

поля зору і характерною атрофією зорового нерва.

За даними Вінницького обласного медико-статистичного інформаційно-аналітичного центру, поширеність захворюваності населення Вінницької області на глаукому зросла з 35,18 на 10 тис. населення у 2000 році до 58,62 на 10 тис. населення у 2007 році. В Україні за три останні роки в структурі первинної інвалідності по зору глаукома перемістилась з 4-го на 2-е місце і склала 17,2%.

Доступне на сьогодні лікування спрямоване на зниження ВОТ спершу за допомогою місцевих гіпотензивних засобів у якості монотерапії або у комбінації препаратів. Препаратами першої лінії є  $\beta$ -адреноблокатори і аналоги простагландинів F $2\alpha$ , другої - топічні інгібітори карбоангідрази і симпатоміметики, третьої - міотики антихолінергічної дії. У разі неефективності консервативного лікування показано лазерне і хірургічне втручання. В теперішній час велика увага приділяється нейропротекції, завданням якої є запобігти подальшому апоптозу гангліонарних клітин сітківки, прогресуванню незворотних дефектів поля зору. Нейропротектори застосовують як у якості монотерапії, так і у комбінації з гіпотензивною терапією (так звана стратегія "комплексної терапії"). Комплексна терапія дає надію на покращення прогнозу для хворих завдяки сповільненню нейродегенерації сітківки і зорового нерву.

Зберегти зорові функції можливо лише за умови ранньої діагностики захворювання, ефективної диспансеризації, адекватної гіпотензивної і нейропротекторної терапії, контролюючи її ефективність за допомогою сучасних об'єктивних методів, таких як статична комп'ютерна периметрія і спектральна оптична когерентна томографія.

Сьогодні не існує чітко окресленої методики індивідуального підбору місцевої гіпотензивної терапії для пацієнтів з відкритокутовою глаукомою. У багатьох випадках підбрані місцеві гіпотензивні засоби (високовартісні) не компенсують підвищення ВОТ, про що свідчить прогресування глаукомного процесу. Тому вкрай необхідним є адекватний підбір терапії під час виявлення захворювання.

Метою нашої роботи є підвищення ефективності лікування відкритокутової глаукоми шляхом індивідуального підбору місцевих гіпотензивних препаратів.

Було обстежено 15 чоловік (25 очей) віком від 47 до 77 років. Діагноз відкритокутової глаукоми встановлений на основі стандартних методів офтальмологічного обстеження (візометрія, офтальмоскопія, біомікроскопія, статична комп'ютерна периметрія, проекційна периметрія, безконтактна тонометрія, оптична когерентна томографія). Критеріями діагнозу були: зміни поля зору (за даними комп'ютерної периметрії), асиметрія внутрішньочного тиску (ВОТ) (за даними тонометрії на тонометрі Торсон СТ-80), асиметрія екскавації диску зорового нерву (за даними прямої і непрямої офтальмоскопії та оптичної когерентної томографії).

На безконтактному тонометрі Торсон СТ-80 виконували три послідовних вимірювання ВОТ до початку лікування. Призначались місцеві гіпотензивні засоби першої лінії ( $\beta$ -адреноблокатор 0,5% тімолол і аналог простагландину F $2\alpha$  траватан). Після інстиляції гіпотензивних крапель через одну і дві години, а також через добу тричі вимірювали ВОТ. Всі вимірювання виконував один дослідник. Проводили біомікроскопію і опитування хворих на предмет виявлення побічних реакцій.

У 9 випадках діагностована субкомпенсована початкова ПВКГ, у 5 - субкомпенсована ПВКГ II стадії. Меншу частку (всього 11 випадків) склали інші стадії ПВКГ з різним ступенем компенсації.

0,5% тімолол застосовували у 15 випадках, траватан - у 10. У двох пацієнтів (4 ока) не вдалося досягти цільового тиску за допомогою 0,5% тімололу, тому їм був доданий траватан.

Вихідний рівень ВОТ становив 26,3 мм рт. ст. і 28,3 мм.рт.ст. перед пробою з 0,5% тімололом і траватаном відповідно. Після застосування 0,5% тімололу через годину ВОТ знизився всередньому на 4,7мм рт. ст., через дві години - на 8,5, через добу - на 0,4 від вихідного рівня. Після інстиляції траватану через годину ВОТ зріс всередньому на 0,7 мм рт. ст., через дві години - на 1,5, а через добу знизився на 11,5 від вихідного рівня.

Висновки: підбір місцевих гіпотензивних препаратів при лікуванні відкритокутової глаукоми слід проводити індивідуально. Контроль досягнення толерантного ВОТ слід здійснювати за допомогою безконтактної тонометрії. А динаміку зорових функцій відслідковувати максимально об'єктивними методами, такими як комп'ютерна периметрія і спектральна оптична когерентна томографія, за однакових параметрів.

**УДК: 611:610.62:572**

## **ВПЛИВ СПЕЦИФІЧНИХ ФАКТОРІВ СТРОКОВОЇ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ НА СОМАТОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

**Шпакова Н.А.**

Кафедра нормальної анатомії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Оцінка здоров'я людини, його збереження та розвиток є однією з актуальних проблем, котрі постають перед людством. Антропометричні параметри, що характеризують фізичний розвиток, інтенсивність ростових про-

цесів та рівень морфофункціональної зрілості є основним для оцінки стану здоров'я будь в якому віці.

Організм людини - це цілісний, генетично зумовлений комплекс взаємопов'язаних і підпорядкованих тканин, органів і систем. Він функціонує під впливом умов зовнішнього і внутрішнього середовищ і нерозривно з ним пов'язаний.

Індивідуальна анатомічна мінливість форми тіла може бути охарактеризована його пропорціями і типом конституції. Конституціологія характеризує організм людини як цілісну систему, виявляє функціональні і морфологічні особливості організму, які склалися на основі спадкових та набутих властивостей та визначає його реакції на різноманітні впливи. Вивчаючи військовослужбовців строкової військової служби ми проводили антропологічне дослідження по 51 соматометричному параметру на початку та при завершенні служби в армії. Контрольну групу склали дорослі люди юнацького віку - студенти ВНМУ та ВМК. Морфологічні портрети кожного обстеженого включали розміри його тіла (загальні - тотальні і окремі - парціальні), співвідношення цих розмірів (пропорції тіла), особливості компонентного складу маси тіла (співвідношення жирового, кісткового та м'язового компонентів) та характер будови тіла (належність до того чи іншого соматотипа). На основі проведеного аналізу було встановлено, що маса і довжина тіла можуть бути ведучими величинами при моделюванні загального плану будови тіла. Результатами обстежень виявлено збільшення маси тіла військовослужбовців у кінці строкової служби, у порівнянні зі студентами цієї вікової групи за той же проміжок часу.

При вивченні змін поперечних і поздовжніх діаметрів тулуба у поєднанні з обхватними розмірами на досліджуваних етапах були визначені різні варіанти форми тіла, які визначають конституційні типи людини. Так у солдат строкової служби значимо збільшився поперечний діаметр тулуба, у студентів він залишився на тому же рівні.

Довжина тіла відображає складні ростові процеси поздовжнього росту різних частин тіла людини і разом з масою тіла відноситься до базисних розмірів тіла людини. Виразеність кісткового компоненту знаходиться під генетичним контролем, відповідна реакція на зовнішній вплив строго індивідуальна як у кількісному стані, так і в якісному аспектах. Доцільність включення оцінки кісткового компонента в соматодіагностику диктується тим, що цей компонент активно реагує на зміну фізичних навантажень не тільки перебудовою внутрішньої структури кісток, а й участю в мінеральному обміні.

Таким чином, антропометричні показники студентів, у порівнянні з військовослужбовцями строкової служби цієї вікової групи, свідчать про тенденцію до астенизації: велика довжина тіла, корпусу і ноги поєднується у них з меншими розмірами грудної клітки і тазу. Ширина плечей також виявляє тенденцію до зменшення. Більшість обхватних розмірів суттєво нижчі, в першу чергу, за рахунок менш розвиненого м'язового компоненту та зниженого жировідкладання.

Для оцінки ступеню фізичного розвитку у Збройних силах України на сьогоднішній день використовується методика, яка заснована на моніторингу таких показників, як окружність грудної клітки, довжина та маса тіла. Разом з тим вона не враховує особливості функціональних резервів організму і його працездатність.

УДК: 616.34-085.327

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ФАКТОРІВ КУОРТУ МОРШИН ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

**Аксентійчук Б.І., Мельник О.В., Злупко М.Л.**

Дочірнє підприємство "Санаторно-курортний комплекс "Моршинкурорт" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця" (Паркова площа 3, м. Моршин, Україна, 82482)

В даний час для питного лікування захворювань органів травлення на курорті Моршин в основному використовують мінеральну лікувальну воду джерела №6 (III тип - сульфатно-натрієво-калієво-магнієвий (СНKM)), яку призначають у розведенні 3,5 г/л, 7г/л, 14г/л. Іонний склад СНKM мінеральної води джерела №6 має виражений позитивний вплив на функціональний стан гепатобіліарної системи, метаболізм у печінкових клітинах, колоїдальний стан жовчі, а катіони магнію та аніони сульфатів сприяють виділенню гормону холецистокініну, що веде до зменшення холестазу. Потенціює дію СНKM мінеральної води джерела №6 комплекс процедур, які проводяться у Бальнеологічній лікарні курорту "Моршин" з використанням природних лікувальних факторів: хлоридно-натрієві і комбіновані ванни; лікувальні душі; кишкові зрошення, гідроклонотерапія, мікрокліми, лікування торфовими грязями, озокеритолікування. Враховуючи переважаючу гастроентерологічну спеціалізацію ліжок ДП "СКК Моршинкурорт", найбільшу питому вагу становлять хвороби органів травлення - 93,83%. В 2008 р. в оздоровницях ДП "СКК Моршинкурорт" пролікувалося 29066 хворих, з них на хронічний вірусний гепатит - 1,02%, хронічні гастрити - 26,13%, виразкову хворобу - 13,82%, захворювання гепатобіліарної системи - 48,3%, захворювання жовчовивідних шляхів - 47%. Покращення наступило у 99,99% пацієнтів. Виписано без покращення - 0,01%. Використання унікальних лікувальних факторів курорту "Моршин" має високу терапевтичну ефективність у пацієнтів з захворюваннями печінки і жовчних шляхів.

УДК: 616.33-008.8:616.33-002.44:579.835.12 -07

## **РН ШЛУНКОВОГО СОКУ ТА HELICOBACTER PYLORI**

**Архій Е.Й., Коваль В.Ю.**

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб Ужгородського національного університету (вул. Підгірна, 46, м. Ужгород, Україна, 88000)

Проведено внутрішньошлункову експрес рН-метрію 195 хворим (виразкова хвороба шлунку - 12 осіб, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки - 38 осіб, хронічний ерозивний гастрит - 78 осіб, хронічний гастрит - 67 осіб). Гіперацидність шлункового соку виявлено у 53 хворих (27,18%), зокрема: гіперацидність виражену - у 21 хворих (10,77%), гіперацидність помірну - у 32 хворих (16,41%). У 66 хворих (33,85%) спостерігалися нормальні показники кислотності шлункового соку. Гіпоацидність шлункового соку виявлено у 76 хворих (39,36%): гіпоацидність помірну - у 48 хворих, гіпоацидність виражену - у 28 хворих. Імунохроматографічним методом у 126 хворих визначали Ag Helicobacter pylori у калі за допомогою тест-системи Cer Test Biotec SL, Іспанія. Позитивний результат отримано у 93 хворих (73,80%). Відсутність Ag Helicobacter pylori у калі виявлено у 33 хворих (26,19%).

Висновки: 1. У хворих на хронічний гастрит та виразкову хворобу спостерігаються різні показники кислотності шлункового соку. 2. Оскільки успішна ерадикація H. pylori забезпечується при підтриманні рН шлункового середовища в межах 4,0-6,0, а відомо, що інгібітори протонної помпи (ІПП) починають діяти не відразу після прийому першої дози, тобто існує певний латентний період, то перед застосуванням антигелікобактерної терапії обов'язково потрібно враховувати рН шлункового соку конкретного хворого. 3. Хворим, що мають гіперацидність шлункового соку потрібно спочатку призначити ІПП для створення належних гіпоацидних умов для більш ефективної дії антибактеріальних препаратів проти хелікобактерної інфекції.

УДК: 616.33.-008.8:612.392.64:546.15 -07

## **ВПЛИВ "ЛАМІДАНУ" НА ПОКАЗНИКИ КИСЛОТНОСТІ ШЛУНКОВОГО СОКУ**

**Ганич О.М., Коваль В.Ю.**

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб Ужгородського національного університету (вул. Підгірна, 46, м. Ужгород, Україна, 88000)

Йодна недостатність спричинює важкі хвороби щитовидної залози - зоб, гіпотиреоз, порушення процесу формування і функції центральної нервової системи, що проявляється у вигляді затримки розумового розвитку, кретинізму у дітей, порушення репродуктивної системи жінок, відхилення в роботі головного мозку у людей старшого віку. Доведено, що існує залежність між рівнем надходження йоду в організм і частотою захворювань на рак шлунку,

УДК: 616.34-085.327

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ФАКТОРІВ КУОРТУ МОРШИН ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

**Аксентійчук Б.І., Мельник О.В., Злупко М.Л.**

Дочірнє підприємство "Санаторно-курортний комплекс "Моршинкурорт" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця" (Паркова площа 3, м. Моршин, Україна, 82482)

В даний час для питного лікування захворювань органів травлення на курорті Моршин в основному використовують мінеральну лікувальну воду джерела №6 (III тип - сульфатно-натрієво-калієво-магнієвий (СНKM)), яку призначають у розведенні 3,5 г/л, 7г/л, 14г/л. Іонний склад СНKM мінеральної води джерела №6 має виражений позитивний вплив на функціональний стан гепатобіліарної системи, метаболізм у печінкових клітинах, колоїдальний стан жовчі, а катіони магнію та аніони сульфатів сприяють виділенню гормону холецистокініну, що веде до зменшення холестазу. Потенціює дію СНKM мінеральної води джерела №6 комплекс процедур, які проводяться у Бальнеологічній лікарні курорту "Моршин" з використанням природних лікувальних факторів: хлоридно-натрієві і комбіновані ванни; лікувальні душі; кишкові зрошення, гідроклонотерапія, мікрокліми, лікування торфовими грязями, озокеритолікування. Враховуючи переважаючу гастроентерологічну спеціалізацію ліжок ДП "СКК Моршинкурорт", найбільшу питому вагу становлять хвороби органів травлення - 93,83%. В 2008 р. в оздоровницях ДП "СКК Моршинкурорт" пролікувалося 29066 хворих, з них на хронічний вірусний гепатит - 1,02%, хронічні гастрити - 26,13%, виразкову хворобу - 13,82%, захворювання гепатобіліарної системи - 48,3%, захворювання жовчовивідних шляхів - 47%. Покращення наступило у 99,99% пацієнтів. Виписано без покращення - 0,01%. Використання унікальних лікувальних факторів курорту "Моршин" має високу терапевтичну ефективність у пацієнтів з захворюваннями печінки і жовчних шляхів.

УДК: 616.33-008.8:616.33-002.44:579.835.12 -07

## **РН ШЛУНКОВОГО СОКУ ТА HELICOBACTER PYLORI**

**Архій Е.Й., Коваль В.Ю.**

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб Ужгородського національного університету (вул. Підгірна, 46, м. Ужгород, Україна, 88000)

Проведено внутрішньошлункову експрес рН-метрію 195 хворим (виразкова хвороба шлунку - 12 осіб, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки - 38 осіб, хронічний ерозивний гастрит - 78 осіб, хронічний гастрит - 67 осіб). Гіперацидність шлункового соку виявлено у 53 хворих (27,18%), зокрема: гіперацидність виражену - у 21 хворих (10,77%), гіперацидність помірну - у 32 хворих (16,41%). У 66 хворих (33,85%) спостерігалися нормальні показники кислотності шлункового соку. Гіпоацидність шлункового соку виявлено у 76 хворих (39,36%): гіпоацидність помірну - у 48 хворих, гіпоацидність виражену - у 28 хворих. Імунохроматографічним методом у 126 хворих визначили Ag Helicobacter pylori у калі за допомогою тест-системи Cer Test Biotec SL, Іспанія. Позитивний результат отримано у 93 хворих (73,80%). Відсутність Ag Helicobacter pylori у калі виявлено у 33 хворих (26,19%).

Висновки: 1. У хворих на хронічний гастрит та виразкову хворобу спостерігаються різні показники кислотності шлункового соку. 2. Оскільки успішна ерадикація H. pylori забезпечується при підтриманні рН шлункового середовища в межах 4,0-6,0, а відомо, що інгібітори протонної помпи (ІПП) починають діяти не відразу після прийому першої дози, тобто існує певний латентний період, то перед застосуванням антигелікобактерної терапії обов'язково потрібно враховувати рН шлункового соку конкретного хворого. 3. Хворим, що мають гіперацидність шлункового соку потрібно спочатку призначити ІПП для створення належних гіпоацидних умов для більш ефективної дії антибактеріальних препаратів проти хелікобактерної інфекції.

УДК: 616.33.-008.8:612.392.64:546.15 -07

## **ВПЛИВ "ЛАМІДАНУ" НА ПОКАЗНИКИ КИСЛОТНОСТІ ШЛУНКОВОГО СОКУ**

**Ганич О.М., Коваль В.Ю.**

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб Ужгородського національного університету (вул. Підгірна, 46, м. Ужгород, Україна, 88000)

Йодна недостатність спричинює важкі хвороби щитовидної залози - зоб, гіпотиреоз, порушення процесу формування і функції центральної нервової системи, що проявляється у вигляді затримки розумового розвитку, кретинізму у дітей, порушення репродуктивної системи жінок, відхилення в роботі головного мозку у людей старшого віку. Доведено, що існує залежність між рівнем надходження йоду в організм і частотою захворювань на рак шлунку,

УДК: 616.34-085.327

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ ФАКТОРІВ КУОРТУ МОРШИН ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

**Аксентійчук Б.І., Мельник О.В., Злупко М.Л.**

Дочірнє підприємство "Санаторно-курортний комплекс "Моршинкурорт" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця" (Паркова площа 3, м. Моршин, Україна, 82482)

В даний час для питного лікування захворювань органів травлення на курорті Моршин в основному використовують мінеральну лікувальну воду джерела №6 (III тип - сульфатно-натрієво-калієво-магнієвий (СНKM)), яку призначають у розведенні 3,5 г/л, 7г/л, 14г/л. Іонний склад СНKM мінеральної води джерела №6 має виражений позитивний вплив на функціональний стан гепатобіліарної системи, метаболізм у печінкових клітинах, колоїдальний стан жовчі, а катіони магнію та аніони сульфатів сприяють виділенню гормону холецистокініну, що веде до зменшення холестазу. Потенціює дію СНKM мінеральної води джерела №6 комплекс процедур, які проводяться у Бальнеологічній лікарні курорту "Моршин" з використанням природних лікувальних факторів: хлоридно-натрієві і комбіновані ванни; лікувальні душі; кишкові зрошення, гідроклонотерапія, мікрокліми, лікування торфовими грязями, озокеритолікування. Враховуючи переважаючу гастроентерологічну спеціалізацію ліжок ДП "СКК Моршинкурорт", найбільшу питому вагу становлять хвороби органів травлення - 93,83%. В 2008 р. в оздоровницях ДП "СКК Моршинкурорт" пролікувалося 29066 хворих, з них на хронічний вірусний гепатит - 1,02%, хронічні гастрити - 26,13%, виразкову хворобу - 13,82%, захворювання гепатобіліарної системи - 48,3%, захворювання жовчовивідних шляхів - 47%. Покращення наступило у 99,99% пацієнтів. Виписано без покращення - 0,01%. Використання унікальних лікувальних факторів курорту "Моршин" має високу терапевтичну ефективність у пацієнтів з захворюваннями печінки і жовчних шляхів.

УДК: 616.33-008.8:616.33-002.44:579.835.12 -07

## **РН ШЛУНКОВОГО СОКУ ТА HELICOBACTER PYLORI**

**Архій Е.Й., Коваль В.Ю.**

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб Ужгородського національного університету (вул. Підгірна, 46, м. Ужгород, Україна, 88000)

Проведено внутрішньошлункову експрес рН-метрію 195 хворим (виразкова хвороба шлунку - 12 осіб, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки - 38 осіб, хронічний ерозивний гастрит - 78 осіб, хронічний гастрит - 67 осіб). Гіперацидність шлункового соку виявлено у 53 хворих (27,18%), зокрема: гіперацидність виражену - у 21 хворих (10,77%), гіперацидність помірну - у 32 хворих (16,41%). У 66 хворих (33,85%) спостерігалися нормальні показники кислотності шлункового соку. Гіпоацидність шлункового соку виявлено у 76 хворих (39,36%): гіпоацидність помірну - у 48 хворих, гіпоацидність виражену - у 28 хворих. Імунохроматографічним методом у 126 хворих визначили Ag Helicobacter pylori у калі за допомогою тест-системи Cer Test Biotec SL, Іспанія. Позитивний результат отримано у 93 хворих (73,80%). Відсутність Ag Helicobacter pylori у калі виявлено у 33 хворих (26,19%).

Висновки: 1. У хворих на хронічний гастрит та виразкову хворобу спостерігаються різні показники кислотності шлункового соку. 2. Оскільки успішна ерадикація H. pylori забезпечується при підтриманні рН шлункового середовища в межах 4,0-6,0, а відомо, що інгібітори протонної помпи (ІПП) починають діяти не відразу після прийому першої дози, тобто існує певний латентний період, то перед застосуванням антигелікобактерної терапії обов'язково потрібно враховувати рН шлункового соку конкретного хворого. 3. Хворим, що мають гіперацидність шлункового соку потрібно спочатку призначити ІПП для створення належних гіпоацидних умов для більш ефективної дії антибактеріальних препаратів проти хелікобактерної інфекції.

УДК: 616.33.-008.8:612.392.64:546.15 -07

## **ВПЛИВ "ЛАМІДАНУ" НА ПОКАЗНИКИ КИСЛОТНОСТІ ШЛУНКОВОГО СОКУ**

**Ганич О.М., Коваль В.Ю.**

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб Ужгородського національного університету (вул. Підгірна, 46, м. Ужгород, Україна, 88000)

Йодна недостатність спричинює важкі хвороби щитовидної залози - зоб, гіпотиреоз, порушення процесу формування і функції центральної нервової системи, що проявляється у вигляді затримки розумового розвитку, кретинізму у дітей, порушення репродуктивної системи жінок, відхилення в роботі головного мозку у людей старшого віку. Доведено, що існує залежність між рівнем надходження йоду в організм і частотою захворювань на рак шлунку,

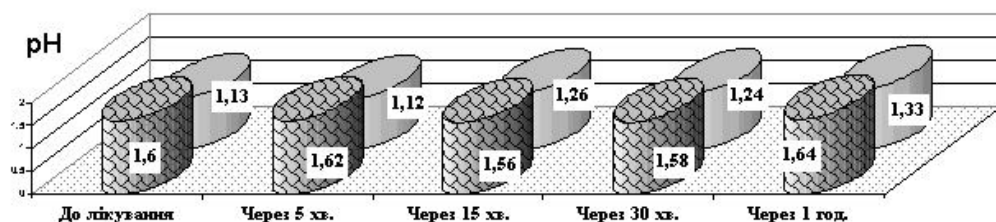


Рис. 1. Вплив "Ламідану" на рН шлункового соку.

ляється шляхом низькотемпературного гідролізу із бурих водоростей "ламіданія японська". Метою даної роботи було вивчення впливу біогелю "Ламідан" на кислотність шлунку у 19 хворих хронічним гастритом (рис. 1).

Отже, у 56,25% хворих із вираженою гіперацидністю та 43,75% хворих із нормаацидністю шлункового соку виявлено помірний гіпоацидний ефект "Ламідану".

атрофічний гастрит. Велика кількість йоду міститься в морських водоростях. Відомо більше 70 видів їстівних водоростей. Заслужує уваги біогель "Ламідан" - джерело макро- та мікроелементів, вітамінів, що виготов-

УДК: 616.24-007.271:616.37-002.2]:616.15

## ЦИТОКІНОВИЙ ДИСБАЛАНС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Христич Т.М., Телекі Я.М., Маркевич Н.М., Лобач П.В.

Кафедра сімейної медицини Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

У період загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) дисбаланс між прозапальними та протизапальними цитокінами в сироватці крові у даних хворих стає особливо відчутним та має безпосередній зв'язок із особливістю та тяжкістю перебігу загострення захворювання, його тривалістю та якістю життя хворих. Наявність супутньої патології при ХОЗЛ - закономірність, яку потрібно враховувати у роботі даним контингентом хворих. Метою нашого дослідження стало визначення цитокинового статусу у хворих на ХОЗЛ II-III ст. загострення із супутнім хронічним панкреатитом (ХП). Обстежено 25 хворих та 19 практично здорових осіб (встановлення діагнозу та стадії ХОЗЛ проводилось згідно з Наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 року). Для досягнення мети нами визначено в сироватці крові рівень прозапального цитокіну інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) та протизапального - інтерлейкіну-10 (ІЛ-10), використано набори фірми "Вектор-Бест" (м. Новосибірськ, Росія) згідно інструкції щодо користування. Так, рівень ІЛ-6 (медіана й інтерпроцентильний розмах) склав 4,95 (від 2,24 до 12,27 нг/мл), що достовірно відрізнялося від здорових осіб ( $p < 0,05$ ). Показник ІЛ-10 склав 14,9 нг/мл та 8,35 - 37,2 нг/мл відповідно.

Висновок: Таким чином, у хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП виявлена гіперпродукція прозапального цитокіну ІЛ-6 та протизапального - ІЛ-10.

УДК: 616-002.78-085.322

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УРИКОЗУРИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ В ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ІЗ СУПУТНИМ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Пішак О.В., Волошин О.І., Арич Г.І.

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, клінічної імунології і алергології Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Мета дослідження була підвищити ефективність лікування хворих на подагру з супутніми ураженнями гепатобіліарної системи (ГБС) із застосуванням фітоліту і холіверу. Обстежено 46 хворих на подагру (44 чоловіки та 2 жінки) під час загострення подагричного артриту віком від 36 до 67 ( $52,21 \pm 1,19$ ) років. Пацієнти групи порівняння (20 осіб) приймали стандартний лікувальний комплекс, хворим дослідної групи (26 осіб) додатково призначали препарат фітоліт і холівер (підгрупи А і Б - по 13 чоловік у кожній) по 2 таблетки 3 рази на добу впродовж 17 днів. Додаткове призначення до лікувального комплексу фітоліту призвело до нормалізації концентрації сечової кислоти в крові та до збільшення концентрації даного показника у сечі. При додатковому включенні до лікувального комплексу фітоліту концентрація сечової кислоти у сечі збільшилася на 29,6%, а холіверу - на 13,5%. Після проведеного лікування виявлено нормалізацію рівня загального білірубину в плазмі крові хворих, які вживали



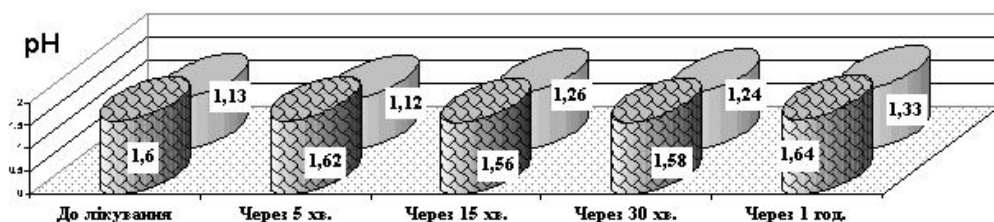


Рис. 1. Вплив "Ламідану" на рН шлункового соку.

атрофічний гастрит. Велика кількість йоду міститься в морських водоростях. Відомо більше 70 видів їстівних водоростей. Заслуговує уваги біогель "Ламідан" - джерело макро- та мікроелементів, вітамінів, що виготов-

ляється шляхом низькотемпературного гідролізу із бурих водоростей "ламідарія японська". Метою даної роботи було вивчення впливу біогелю "Ламідан" на кислотність шлунку у 19 хворих хронічним гастритом (рис. 1).

Отже, у 56,25% хворих із вираженою гіперацидністю та 43,75% хворих із нормаацидністю шлункового соку виявлено помірний гіпоацидний ефект "Ламідану".

УДК: 616.24-007.271:616.37-002.2]:616.15

## ЦИТОКІНОВИЙ ДИСБАЛАНС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Христич Т.М., Телекі Я.М., Маркевич Н.М., Лобач П.В.

Кафедра сімейної медицини Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

У період загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) дисбаланс між прозапальними та протизапальними цитокінами в сироватці крові у даних хворих стає особливо відчутним та має безпосередній зв'язок із особливістю та тяжкістю перебігу загострення захворювання, його тривалістю та якістю життя хворих. Наявність супутньої патології при ХОЗЛ - закономірність, яку потрібно враховувати у роботі даним контингентом хворих. Метою нашого дослідження стало визначення цитокинового статусу у хворих на ХОЗЛ II-III ст. загострення із супутнім хронічним панкреатитом (ХП). Обстежено 25 хворих та 19 практично здорових осіб (встановлення діагнозу та стадії ХОЗЛ проводилось згідно з Наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 року). Для досягнення мети нами визначено в сироватці крові рівень прозапального цитокіну інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) та протизапального - інтерлейкіну-10 (ІЛ-10), використано набори фірми "Вектор-Бест" (м. Новосибірськ, Росія) згідно інструкції щодо користування. Так, рівень ІЛ-6 (медіана й інтерпроцентильний розмах) склав 4,95 (від 2,24 до 12,27 нг/мл), що достовірно відрізнялося від здорових осіб ( $p < 0,05$ ). Показник ІЛ-10 склав 14,9 нг/мл та 8,35 - 37,2 нг/мл відповідно.

Висновок: Таким чином, у хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП виявлена гіперпродукція прозапального цитокіну ІЛ-6 та протизапального - ІЛ-10.

УДК: 616-002.78-085.322

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УРИКОЗУРИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ В ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ІЗ СУПУТНИМ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Пішак О.В., Волошин О.І., Арич Г.І.

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, клінічної імунології і алергології Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Мета дослідження була підвищити ефективність лікування хворих на подагру з супутніми ураженнями гепатобіліарної системи (ГБС) із застосуванням фітоліту і холіверу. Обстежено 46 хворих на подагру (44 чоловіки та 2 жінки) під час загострення подагричного артриту віком від 36 до 67 ( $52,21 \pm 1,19$ ) років. Пацієнти групи порівняння (20 осіб) приймали стандартний лікувальний комплекс, хворим дослідної групи (26 осіб) додатково призначали препарат фітоліт і холівер (підгрупи А і Б - по 13 чоловік у кожній) по 2 таблетки 3 рази на добу впродовж 17 днів. Додаткове призначення до лікувального комплексу фітоліту призвело до нормалізації концентрації сечової кислоти в крові та до збільшення концентрації даного показника у сечі. При додатковому включенні до лікувального комплексу фітоліту концентрація сечової кислоти у сечі збільшилася на 29,6%, а холіверу - на 13,5%. Після проведеного лікування виявлено нормалізацію рівня загального білірубину в плазмі крові хворих, які вживали

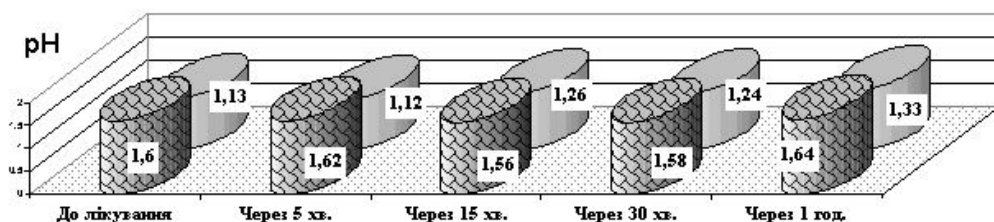


Рис. 1. Вплив "Ламідану" на рН шлункового соку.

атрофічний гастрит. Велика кількість йоду міститься в морських водоростях. Відомо більше 70 видів їстівних водоростей. Заслуговує уваги біогель "Ламідан" - джерело макро- та мікроелементів, вітамінів, що виготов-

ляється шляхом низькотемпературного гідролізу із бурих водоростей "ламідарія японська". Метою даної роботи було вивчення впливу біогелю "Ламідан" на кислотність шлунку у 19 хворих хронічним гастритом (рис. 1).

Отже, у 56,25% хворих із вираженою гіперацидністю та 43,75% хворих із нормаацидністю шлункового соку виявлено помірний гіпоацидний ефект "Ламідану".

УДК: 616.24-007.271:616.37-002.2]:616.15

## ЦИТОКІНОВИЙ ДИСБАЛАНС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Христич Т.М., Телекі Я.М., Маркевич Н.М., Лобач П.В.

Кафедра сімейної медицини Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

У період загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) дисбаланс між прозапальними та протизапальними цитокінами в сироватці крові у даних хворих стає особливо відчутним та має безпосередній зв'язок із особливістю та тяжкістю перебігу загострення захворювання, його тривалістю та якістю життя хворих. Наявність супутньої патології при ХОЗЛ - закономірність, яку потрібно враховувати у роботі даним контингентом хворих. Метою нашого дослідження стало визначення цитокинового статусу у хворих на ХОЗЛ II-III ст. загострення із супутнім хронічним панкреатитом (ХП). Обстежено 25 хворих та 19 практично здорових осіб (встановлення діагнозу та стадії ХОЗЛ проводилось згідно з Наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 року). Для досягнення мети нами визначено в сироватці крові рівень прозапального цитокіну інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) та протизапального - інтерлейкіну-10 (ІЛ-10), використано набори фірми "Вектор-Бест" (м. Новосибірськ, Росія) згідно інструкції щодо користування. Так, рівень ІЛ-6 (медіана й інтерпроцентильний розмах) склав 4,95 (від 2,24 до 12,27 нг/мл), що достовірно відрізнялося від здорових осіб ( $p < 0,05$ ). Показник ІЛ-10 склав 14,9 нг/мл та 8,35 - 37,2 нг/мл відповідно.

Висновок: Таким чином, у хворих на ХОЗЛ із супутнім ХП виявлена гіперпродукція прозапального цитокіну ІЛ-6 та протизапального - ІЛ-10.

УДК: 616-002.78-085.322

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УРИКОЗУРИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ В ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ІЗ СУПУТНИМ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Пішак О.В., Волошин О.І., Арич Г.І.

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, клінічної імунології і алергології Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Мета дослідження була підвищити ефективність лікування хворих на подагру з супутніми ураженнями гепатобіліарної системи (ГБС) із застосуванням фітоліту і холіверу. Обстежено 46 хворих на подагру (44 чоловіки та 2 жінки) під час загострення подагричного артриту віком від 36 до 67 ( $52,21 \pm 1,19$ ) років. Пацієнти групи порівняння (20 осіб) приймали стандартний лікувальний комплекс, хворим дослідної групи (26 осіб) додатково призначали препарат фітоліт і холівер (підгрупи А і Б - по 13 чоловік у кожній) по 2 таблетки 3 рази на добу впродовж 17 днів. Додаткове призначення до лікувального комплексу фітоліту призвело до нормалізації концентрації сечової кислоти в крові та до збільшення концентрації даного показника у сечі. При додатковому включенні до лікувального комплексу фітоліту концентрація сечової кислоти у сечі збільшилася на 29,6%, а холіверу - на 13,5%. Після проведеного лікування виявлено нормалізацію рівня загального білірубину в плазмі крові хворих, які вживали

фітоліт і холівер. Додаткове призначення хворим фітоліту та холіверу сприяло нормалізації активності у плазмі крові таких ферментів як АСТ, АЛТ, ЛДГ та ГГТП. Більш виражена дія притаманна холіверу.

Висновок: Застосування фітоліту і холіверу в комплексному лікуванні хворих на подагру з супутнім ураженням ГБС виявляють урикозуричну і гепатопротекторну властивості і можуть бути рекомендовані для тривалого використання.

**УДК:** 616.367-089:616-072.1-71]-089.168.1-06:616.37-002-036.11-037-085

## **ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ РЕНТГЕНЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ**

**Дронов О.І., Любенко Д.Л., Насташенко І.Л.**

Київський центр хірургії печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози, КМКЛ №10, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (бульвар Шевченка, 17, м. Київ, Україна, 01601)

Не зважаючи на те, що за останні роки зріс досвід спеціалістів та покращилось технічне забезпечення процедури ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ), кількість випадків гострого післяопераційного панкреатиту (ГПП) не зменшується і складає 0,23-3,4%. Медикаментозна профілактика зменшує частоту виникнення ГПП, проте не усуває проблему як таку. *Мета* роботи: розробка прогностичного алгоритму ГПП після рентген-ендоскопічних втручань (РЕВ) та проведення своєчасної профілактики.

В основу роботи покладений аналіз результатів РЕВ у 636 пацієнтів з приводу патології біліопанкреатодуоденальної зони, за період 2005-2008 рік. Хворі контрольної групи (336), яким проводилась стандартна перед- та післяопераційна профілактика ГПП та основна група хворих (300), яким проводились прогнозування та профілактика ГПП запропонованою програмою, яка включала застосування Н2-блокаторів 3-го покоління та синтетичного аналогу соматостатину (октреотид). В контрольній групі хворих частота виникнення ГПП складала 10,7%, післяопераційна летальність - 1,8%. Розроблений прогностичний алгоритм гострого післяопераційного панкреатиту після РЕВ та своєчасно проведена профілактика ГПП після РЕВ зменшили частоту його виникнення до 5% та післяопераційну летальність до 1,3%, що свідчить про ефективність запропонованого комплексу профілактики ГПП після ЕПСТ.

**УДК:** 612.821.8

## **РОЛЬ ОКСИДУ АЗОТУ В МЕХАНІЗМІ ПОСИЛЕННЯ КРОВОПЛИНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПІД ВПЛИВОМ ГЛІПРОЛІНІВ**

**Фалалєєва Т.М.<sup>1</sup>, Берегова Т.В.<sup>1</sup>, Самоніна Г.Є.<sup>2</sup>, Кухарський В.М.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Київський національний університет ім. Т.Шевченка (бульвар Шевченка, 19, м. Київ, Україна, 01601); <sup>2</sup>Московський державний університет ім. М.В.Ломоносова (Москва, Росія)

Гліпроліни - це родина коротких пептидів, які є фрагментами колагену та містять залишки гліцину та проліну. На сьогодні на різних моделях виразкоутворення шлунка виявлені протекторні та лікувальні властивості гліпролінів. Показано, що гліпроліни Pro-Gly-Pro (PGP) та його метаболіти Pro-Gly (PG) і Gly-Pro (GP) посилюють кровоплин в слизовій оболонці шлунка (СОШ) [Самоніна та ін., 2001-2002]. Ми припустили, що посилення кровоплину в СОШ є результатом посиленої генерації оксиду азоту (NO) - відомого вазодилататора. У зв'язку з цим *метою* роботи було вивчити вплив гліпролінів на рівень NO в крові у щурів. Дослідження проведені в умовах гострого експерименту на 28 білих щурах лінії Вістар масою 180-220 г. Пептиди PGP, PG, GP розчинені в фізіологічному розчині, вводили внутрішньоочеревинно за 30 хвилин до забору крові в дозі 3,7 мкмоль/кг (внутрішньоочеревинно). В роботі використані пептиди, синтезовані у лабораторії регуляторних пептидів Інституту молекулярної генетики РАН (Москва, Росія). Вміст аніонів нітриту (NO<sub>2</sub><sup>-</sup>) в плазмі крові визначали за допомогою реактива Грісса. Встановлено, що базальний рівень NO<sub>2</sub><sup>-</sup> в плазмі крові щурів - 2,56±0,05 ммоль/л. Введення PGP призводило до збільшення концентрації NO<sub>2</sub><sup>-</sup> в плазмі крові на 17% (p>0,001). Метаболіти PGP - GP та PG більш інтенсивно збільшували рівень NO<sub>2</sub><sup>-</sup> на 25% (p>0,001) та 28% (p>0,001) відповідно.

Висновок: Отже, можна заключити, що дійсно ефект судиннорозширювання гліпролінів, який є одним з механізмів цитопротекції в СОШ, реалізується за рахунок генерації NO.

**УДК:** 616.36-002:616.12-008.331.1:615.27.52

## **ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ**

фітоліт і холівер. Додаткове призначення хворим фітоліту та холіверу сприяло нормалізації активності у плазмі крові таких ферментів як АСТ, АЛТ, ЛДГ та ГГТП. Більш виражена дія притаманна холіверу.

Висновок: Застосування фітоліту і холіверу в комплексному лікуванні хворих на подагру з супутнім ураженням ГБС виявляють урикозуричну і гепатопротекторну властивості і можуть бути рекомендовані для тривалого використання.

**УДК:** 616.367-089:616-072.1-71]-089.168.1-06:616.37-002-036.11-037-085

## **ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ РЕНТГЕНЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ**

**Дронов О.І., Любенко Д.Л., Насташенко І.Л.**

Київський центр хірургії печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози, КМКЛ №10, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (бульвар Шевченка, 17, м. Київ, Україна, 01601)

Не зважаючи на те, що за останні роки зріс досвід спеціалістів та покращилось технічне забезпечення процедури ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ), кількість випадків гострого післяопераційного панкреатиту (ГПП) не зменшується і складає 0,23-3,4%. Медикаментозна профілактика зменшує частоту виникнення ГПП, проте не усуває проблему як таку. *Мета* роботи: розробка прогностичного алгоритму ГПП після рентген-ендоскопічних втручань (РЕВ) та проведення своєчасної профілактики.

В основу роботи покладений аналіз результатів РЕВ у 636 пацієнтів з приводу патології біліопанкреатодуоденальної зони, за період 2005-2008 рік. Хворі контрольної групи (336), яким проводилась стандартна перед- та післяопераційна профілактика ГПП та основна група хворих (300), яким проводились прогнозування та профілактика ГПП запропонованою програмою, яка включала застосування Н2-блокаторів 3-го покоління та синтетичного аналогу соматостатину (октреотид). В контрольній групі хворих частота виникнення ГПП складала 10,7%, післяопераційна летальність - 1,8%. Розроблений прогностичний алгоритм гострого післяопераційного панкреатиту після РЕВ та своєчасно проведена профілактика ГПП після РЕВ зменшили частоту його виникнення до 5% та післяопераційну летальність до 1,3%, що свідчить про ефективність запропонованого комплексу профілактики ГПП після ЕПСТ.

**УДК:** 612.821.8

## **РОЛЬ ОКСИДУ АЗОТУ В МЕХАНІЗМІ ПОСИЛЕННЯ КРОВОПЛИНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПІД ВПЛИВОМ ГЛІПРОЛІНІВ**

**Фалалєєва Т.М.<sup>1</sup>, Берегова Т.В.<sup>1</sup>, Самоніна Г.Є.<sup>2</sup>, Кухарський В.М.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Київський національний університет ім. Т.Шевченка (бульвар Шевченка, 19, м. Київ, Україна, 01601); <sup>2</sup>Московський державний університет ім. М.В.Ломоносова (Москва, Росія)

Гліпроліни - це родина коротких пептидів, які є фрагментами колагену та містять залишки гліцину та проліну. На сьогодні на різних моделях виразкоутворення шлунка виявлені протекторні та лікувальні властивості гліпролінів. Показано, що гліпроліни Pro-Gly-Pro (PGP) та його метаболіти Pro-Gly (PG) і Gly-Pro (GP) посилюють кровоплин в слизовій оболонці шлунка (СОШ) [Самоніна та ін., 2001-2002]. Ми припустили, що посилення кровоплину в СОШ є результатом посиленої генерації оксиду азоту (NO) - відомого вазодилататора. У зв'язку з цим *метою* роботи було вивчити вплив гліпролінів на рівень NO в крові у щурів. Дослідження проведені в умовах гострого експерименту на 28 білих щурах лінії Вістар масою 180-220 г. Пептиди PGP, PG, GP розчинені в фізіологічному розчині, вводили внутрішньоочеревинно за 30 хвилин до забору крові в дозі 3,7 мкмоль/кг (внутрішньоочеревинно). В роботі використані пептиди, синтезовані у лабораторії регуляторних пептидів Інституту молекулярної генетики РАН (Москва, Росія). Вміст аніонів нітриту (NO<sub>2</sub><sup>-</sup>) в плазмі крові визначали за допомогою реактива Грісса. Встановлено, що базальний рівень NO<sub>2</sub><sup>-</sup> в плазмі крові щурів - 2,56±0,05 ммоль/л. Введення PGP призводило до збільшення концентрації NO<sub>2</sub><sup>-</sup> в плазмі крові на 17% (p>0,001). Метаболіти PGP - GP та PG більш інтенсивно збільшували рівень NO<sub>2</sub><sup>-</sup> на 25% (p>0,001) та 28% (p>0,001) відповідно.

Висновок: Отже, можна заключити, що дійсно ефект судиннорозширювання гліпролінів, який є одним з механізмів цитопротекції в СОШ, реалізується за рахунок генерації NO.

**УДК:** 616.36-002:616.12-008.331.1:615.27.52

## **ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ**

фітоліт і холівер. Додаткове призначення хворим фітоліту та холіверу сприяло нормалізації активності у плазмі крові таких ферментів як АСТ, АЛТ, ЛДГ та ГГТП. Більш виражена дія притаманна холіверу.

Висновок: Застосування фітоліту і холіверу в комплексному лікуванні хворих на подагру з супутнім ураженням ГБС виявляють урикозуричну і гепатопротекторну властивості і можуть бути рекомендовані для тривалого використання.

**УДК:** 616.367-089:616-072.1-71]-089.168.1-06:616.37-002-036.11-037-085

## **ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ РЕНТГЕНЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ**

**Дронов О.І., Любенко Д.Л., Насташенко І.Л.**

Київський центр хірургії печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози, КМКЛ №10, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (бульвар Шевченка, 17, м. Київ, Україна, 01601)

Не зважаючи на те, що за останні роки зріс досвід спеціалістів та покращилось технічне забезпечення процедури ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ), кількість випадків гострого післяопераційного панкреатиту (ГПП) не зменшується і складає 0,23-3,4%. Медикаментозна профілактика зменшує частоту виникнення ГПП, проте не усуває проблему як таку. *Мета* роботи: розробка прогностичного алгоритму ГПП після рентген-ендоскопічних втручань (РЕВ) та проведення своєчасної профілактики.

В основу роботи покладений аналіз результатів РЕВ у 636 пацієнтів з приводу патології біліопанкреатодуоденальної зони, за період 2005-2008 рік. Хворі контрольної групи (336), яким проводилась стандартна перед- та післяопераційна профілактика ГПП та основна група хворих (300), яким проводились прогнозування та профілактика ГПП запропонованою програмою, яка включала застосування Н2-блокаторів 3-го покоління та синтетичного аналогу соматостатину (октреотид). В контрольній групі хворих частота виникнення ГПП складала 10,7%, післяопераційна летальність - 1,8%. Розроблений прогностичний алгоритм гострого післяопераційного панкреатиту після РЕВ та своєчасно проведена профілактика ГПП після РЕВ зменшили частоту його виникнення до 5% та післяопераційну летальність до 1,3%, що свідчить про ефективність запропонованого комплексу профілактики ГПП після ЕПСТ.

**УДК:** 612.821.8

## **РОЛЬ ОКСИДУ АЗОТУ В МЕХАНІЗМІ ПОСИЛЕННЯ КРОВОПЛИНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПІД ВПЛИВОМ ГЛІПРОЛІНІВ**

**Фалалєєва Т.М.<sup>1</sup>, Берегова Т.В.<sup>1</sup>, Самоніна Г.Є.<sup>2</sup>, Кухарський В.М.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Київський національний університет ім. Т.Шевченка (бульвар Шевченка, 19, м. Київ, Україна, 01601); <sup>2</sup>Московський державний університет ім. М.В.Ломоносова (Москва, Росія)

Гліпроліни - це родина коротких пептидів, які є фрагментами колагену та містять залишки гліцину та проліну. На сьогодні на різних моделях виразкоутворення шлунка виявлені протекторні та лікувальні властивості гліпролінів. Показано, що гліпроліни Pro-Gly-Pro (PGP) та його метаболіти Pro-Gly (PG) і Gly-Pro (GP) посилюють кровоплин в слизовій оболонці шлунка (СОШ) [Самоніна та ін., 2001-2002]. Ми припустили, що посилення кровоплину в СОШ є результатом посиленої генерації оксиду азоту (NO) - відомого вазодилататора. У зв'язку з цим *метою* роботи було вивчити вплив гліпролінів на рівень NO в крові у щурів. Дослідження проведені в умовах гострого експерименту на 28 білих щурах лінії Вістар масою 180-220 г. Пептиди PGP, PG, GP розчинені в фізіологічному розчині, вводили внутрішньоочеревинно за 30 хвилин до забору крові в дозі 3,7 мкмоль/кг (внутрішньоочеревинно). В роботі використані пептиди, синтезовані у лабораторії регуляторних пептидів Інституту молекулярної генетики РАН (Москва, Росія). Вміст аніонів нітриту (NO<sub>2</sub><sup>-</sup>) в плазмі крові визначали за допомогою реактива Грісса. Встановлено, що базальний рівень NO<sub>2</sub><sup>-</sup> в плазмі крові щурів - 2,56±0,05 ммоль/л. Введення PGP призводило до збільшення концентрації NO<sub>2</sub><sup>-</sup> в плазмі крові на 17% (p>0,001). Метаболіти PGP - GP та PG більш інтенсивно збільшували рівень NO<sub>2</sub><sup>-</sup> на 25% (p>0,001) та 28% (p>0,001) відповідно.

Висновок: Отже, можна заключити, що дійсно ефект судиннорозширювання гліпролінів, який є одним з механізмів цитопротекції в СОШ, реалізується за рахунок генерації NO.

**УДК:** 616.36-002:616.12-008.331.1:615.27.52

## **ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ**

фітоліт і холівер. Додаткове призначення хворим фітоліту та холіверу сприяло нормалізації активності у плазмі крові таких ферментів як АСТ, АЛТ, ЛДГ та ГГТП. Більш виражена дія притаманна холіверу.

Висновок: Застосування фітоліту і холіверу в комплексному лікуванні хворих на подагру з супутнім ураженням ГБС виявляють урикозуричну і гепатопротекторну властивості і можуть бути рекомендовані для тривалого використання.

**УДК: 616.367-089:616-072.1-71]-089.168.1-06:616.37-002-036.11-037-085**  
**ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ РЕНТГЕНЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ**

**Дронов О.І., Любенко Д.Л., Насташенко І.Л.**

Київський центр хірургії печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози, КМКЛ №10, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (бульвар Шевченка, 17, м. Київ, Україна, 01601)

Не зважаючи на те, що за останні роки зріс досвід спеціалістів та покращилось технічне забезпечення процедури ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ), кількість випадків гострого післяопераційного панкреатиту (ГПП) не зменшується і складає 0,23-3,4%. Медикаментозна профілактика зменшує частоту виникнення ГПП, проте не усуває проблему як таку. *Мета* роботи: розробка прогностичного алгоритму ГПП після рентген-ендоскопічних втручань (РЕВ) та проведення своєчасної профілактики.

В основу роботи покладений аналіз результатів РЕВ у 636 пацієнтів з приводу патології біліопанкреатодуоденальної зони, за період 2005-2008 рік. Хворі контрольної групи (336), яким проводилась стандартна перед- та післяопераційна профілактика ГПП та основна група хворих (300), яким проводились прогнозування та профілактика ГПП запропонованою програмою, яка включала застосування Н2-блокаторів 3-го покоління та синтетичного аналогу соматостатину (октреотид). В контрольній групі хворих частота виникнення ГПП складала 10,7%, післяопераційна летальність - 1,8%. Розроблений прогностичний алгоритм гострого післяопераційного панкреатиту після РЕВ та своєчасно проведена профілактика ГПП після РЕВ зменшили частоту його виникнення до 5% та післяопераційну летальність до 1,3%, що свідчить про ефективність запропонованого комплексу профілактики ГПП після ЕПСТ.

**УДК: 612.821.8**  
**РОЛЬ ОКСИДУ АЗОТУ В МЕХАНІЗМІ ПОСИЛЕННЯ КРОВОПЛИНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПІД ВПЛИВОМ ГЛІПРОЛІНІВ**

**Фалалєєва Т.М.<sup>1</sup>, Берегова Т.В.<sup>1</sup>, Самоніна Г.Є.<sup>2</sup>, Кухарський В.М.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Київський національний університет ім. Т.Шевченка (бульвар Шевченка, 19, м. Київ, Україна, 01601); <sup>2</sup>Московський державний університет ім. М.В.Ломоносова (Москва, Росія)

Гліпроліни - це родина коротких пептидів, які є фрагментами колагену та містять залишки гліцину та проліну. На сьогодні на різних моделях виразкоутворення шлунка виявлені протекторні та лікувальні властивості гліпролінів. Показано, що гліпроліни Pro-Gly-Pro (PGP) та його метаболіти Pro-Gly (PG) і Gly-Pro (GP) посилюють кровоплин в слизовій оболонці шлунка (СОШ) [Самоніна та ін., 2001-2002]. Ми припустили, що посилення кровоплину в СОШ є результатом посиленої генерації оксиду азоту (NO) - відомого вазодилататора. У зв'язку з цим *метою* роботи було вивчити вплив гліпролінів на рівень NO в крові у щурів. Дослідження проведені в умовах гострого експерименту на 28 білих щурах лінії Вістар масою 180-220 г. Пептиди PGP, PG, GP розчинені в фізіологічному розчині, вводили внутрішньоочеревинно за 30 хвилин до забору крові в дозі 3,7 мкмоль/кг (внутрішньоочеревинно). В роботі використані пептиди, синтезовані у лабораторії регуляторних пептидів Інституту молекулярної генетики РАН (Москва, Росія). Вміст аніонів нітриту (NO<sub>2</sub><sup>-</sup>) в плазмі крові визначали за допомогою реактива Грісса. Встановлено, що базальний рівень NO<sub>2</sub><sup>-</sup> в плазмі крові щурів - 2,56±0,05 ммоль/л. Введення PGP призводило до збільшення концентрації NO<sub>2</sub><sup>-</sup> в плазмі крові на 17% (p>0,001). Метаболіти PGP - GP та PG більш інтенсивно збільшували рівень NO<sub>2</sub><sup>-</sup> на 25% (p>0,001) та 28% (p>0,001) відповідно.

Висновок: Отже, можна заключити, що дійсно ефект судиннорозширювання гліпролінів, який є одним з механізмів цитопротекції в СОШ, реалізується за рахунок генерації NO.

**УДК: 616.36-002:616.12-008.331.1:615.27.52**  
**ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ**

## **ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗУ**

**Ганич Т.М., Маркуш Н.В., Ганич О.Т., Скаканді С.І., Павлик Є.С., Папп В.**

Науково-дослідний інститут фітотерапії Ужгородського національного університету (вул. Грибоедова, 20, м. Ужгород, Україна, 88000)

На початку третього тисячоліття спостерігаємо зростання частоти патології печінки, у т.ч. хронічних гепатитів алкогольного ґенезу (ХГАГ) в поєднанні з рядом супутніх хвороб. Метою дослідження була розробка природного профілактичного комплексу і впровадження його в практику для оздоровлення населення. Обстежено 65 осіб з ХГАГ середнього ступеня важкості в поєднанні з хронічним дуоденітом та есенціальною гіпертензією. Всі хворі крім базисної терапії отримували квітковий пилок Bee pollen-natural, виробництва Vega konti s.r.o., 92553 Pata, Slovakia, дозований в капсулах, продукти бджільництва фірми "Мед Карпат": "Вітал", "Кротон-концентрат", "Апі-форте", йодовмісний препарат "Ламідан" (фірма "Ламідан", м. Одеса). В результаті двотижневого комплексного лікування у хворих дослідної групи порівняно з контрольною (30 пацієнтів, які приймали тільки базисну гепатопротекторну терапію) відзначено суттєве покращення суб'єктивних відчуттів, нормалізацію показників функціонального стану печінки і жовчовивідних шляхів (зниження рівня АлАТ, АсАТ, тимолової проби, загального білірубіну), покращення функції паренхіми печінки, зменшення її розмірів (з 12 2,5 до 9 1,5 см), товщини стінок жовчного міхура і об'єму, підвищення екскреції йоду з сечею.

Висновок: апробовані харчові добавки природного походження покращують результати базисного лікування хронічних захворювань і можуть бути рекомендовані для профілактики прогресуючої печінкової патології.

**УДК:** 616.72-007.24:616.33/.342

## **КИСЛОТОПРОДУКУЮЧА ФУНКЦІЯ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ СУПУТНИМИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯМИ, ІНДУКОВАНИМИ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Гресько Л.М., Федів О.І., Бойко Л.Д., Гресько С.О.**

Кафедра внутрішньої медицини та ендокринології Буковинського державного медичного університету (Театральна пл., 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є основними в лікуванні хворих на остеоартроз (ОА). Однак, тривалий прийом НПЗП спричиняє низку побічних ефектів, особливо з боку шлунково-кишкового тракту. Важливе місце в ульцерогенезі відводять підсиленню впливу на слизову оболонку шлунка, пов'язаного із збільшенням продукції хлористоводневої кислоти. Мета роботи: встановити залежність гастродуоденопатій, індукованих нестероїдними протизапальними препаратами, у хворих на остеоартроз від кислотопродукуючої функції шлунка. Обстежено 34 хворих на остеоартроз із супутньою гастродуоденопатією, індукованою нестероїдними протизапальними препаратами (27 жінок та 7 чоловіків; середній вік 59,7±11,6 років) та 30 практично здорових осіб (9 жінок та 21 чоловік; середній вік 41,9±11,3 років). Досліджували кислотопродукуючу функцію шлунка шляхом внутрішньошлункової рН-метрії під час проведення фіброгастродуоденоскопії.

Характеризуючи кислотопродукуючу функцію шлунка, необхідно відмітити, що у 13 обстежуваних хворих була виявлена базальна нормаацидність. У 16 хворих із НПЗП-гастродуоденопатіями виявлено базальну гіперацидність. Базальну гіпоацидність встановлено у 5 хворих на остеоартроз із супутніми гастродуоденопатіями.

Висновок: У хворих на ОА із супутніми гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП, переважали підвищення кислотопродукуючої функції шлунка (47,06%) та нормаацидність (38,24%).

**УДК:** 615.244+616.08+616.833+616.36+616.379-008.64

## **ЗАСТОСУВАННЯ ГЛУТАРГІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОЛІНЕВРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З ПРОЯВАМИ ГЕПАТОПАТІЇ**

**Гриб В.А., Герасимчук Р.Д.**

Кафедра неврології №1 Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

Враховуючи, що провідну роль у виникненні важких метаболічних розладів при цукровому діабеті (ЦД) відіграє функціональний стан печінки, метою роботи було дослідити ефективність застосування глутаргіну в комплексно-

## **ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗУ**

**Ганич Т.М., Маркуш Н.В., Ганич О.Т., Скаканді С.І., Павлик Є.С., Папп В.**

Науково-дослідний інститут фітотерапії Ужгородського національного університету (вул. Грибоедова, 20, м. Ужгород, Україна, 88000)

На початку третього тисячоліття спостерігаємо зростання частоти патології печінки, у т.ч. хронічних гепатитів алкогольного ґенезу (ХГАГ) в поєднанні з рядом супутніх хвороб. Метою дослідження була розробка природного профілактичного комплексу і впровадження його в практику для оздоровлення населення. Обстежено 65 осіб з ХГАГ середнього ступеня важкості в поєднанні з хронічним дуоденітом та есенціальною гіпертензією. Всі хворі крім базисної терапії отримували квітковий пилок Bee pollen-natural, виробництва Vega konti s.r.o., 92553 Pata, Slovakia, дозований в капсулах, продукти бджільництва фірми "Мед Карпат": "Вітал", "Кротон-концентрат", "Апі-форте", йодовмісний препарат "Ламідан" (фірма "Ламідан", м. Одеса). В результаті двотижневого комплексного лікування у хворих дослідної групи порівняно з контрольною (30 пацієнтів, які приймали тільки базисну гепатопротекторну терапію) відзначено суттєве покращення суб'єктивних відчуттів, нормалізацію показників функціонального стану печінки і жовчовивідних шляхів (зниження рівня АлАТ, АсАТ, тимолової проби, загального білірубіну), покращення функції паренхіми печінки, зменшення її розмірів (з 12 2,5 до 9 1,5 см), товщини стінок жовчного міхура і об'єму, підвищення екскреції йоду з сечею.

Висновок: апробовані харчові добавки природного походження покращують результати базисного лікування хронічних захворювань і можуть бути рекомендовані для профілактики прогресуючої печінкової патології.

**УДК:** 616.72-007.24:616.33/.342

## **КИСЛОТОПРОДУКУЮЧА ФУНКЦІЯ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ СУПУТНИМИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯМИ, ІНДУКОВАНИМИ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Гресько Л.М., Федів О.І., Бойко Л.Д., Гресько С.О.**

Кафедра внутрішньої медицини та ендокринології Буковинського державного медичного університету (Театральна пл., 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є основними в лікуванні хворих на остеоартроз (ОА). Однак, тривалий прийом НПЗП спричиняє низку побічних ефектів, особливо з боку шлунково-кишкового тракту. Важливе місце в ульцерогенезі відводять підсиленню впливу на слизову оболонку шлунка, пов'язаного із збільшенням продукції хлористоводневої кислоти. Мета роботи: встановити залежність гастродуоденопатій, індукованих нестероїдними протизапальними препаратами, у хворих на остеоартроз від кислотопродукуючої функції шлунка. Обстежено 34 хворих на остеоартроз із супутньою гастродуоденопатією, індукованою нестероїдними протизапальними препаратами (27 жінок та 7 чоловіків; середній вік 59,7±11,6 років) та 30 практично здорових осіб (9 жінок та 21 чоловік; середній вік 41,9±11,3 років). Досліджували кислотопродукуючу функцію шлунка шляхом внутрішньошлункової рН-метрії під час проведення фіброгастродуоденоскопії.

Характеризуючи кислотопродукуючу функцію шлунка, необхідно відмітити, що у 13 обстежуваних хворих була виявлена базальна нормаацидність. У 16 хворих із НПЗП-гастродуоденопатіями виявлено базальну гіперацидність. Базальну гіпоацидність встановлено у 5 хворих на остеоартроз із супутніми гастродуоденопатіями.

Висновок: У хворих на ОА із супутніми гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП, переважали підвищення кислотопродукуючої функції шлунка (47,06%) та нормаацидність (38,24%).

**УДК:** 615.244+616.08+616.833+616.36+616.379-008.64

## **ЗАСТОСУВАННЯ ГЛУТАРГІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОЛІНЕВРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З ПРОЯВАМИ ГЕПАТОПАТІЇ**

**Гриб В.А., Герасимчук Р.Д.**

Кафедра неврології №1 Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

Враховуючи, що провідну роль у виникненні важких метаболічних розладів при цукровому діабеті (ЦД) відіграє функціональний стан печінки, метою роботи було дослідити ефективність застосування глутаргіну в комплексно-



## **ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗУ**

**Ганич Т.М., Маркуш Н.В., Ганич О.Т., Скаканді С.І., Павлик Є.С., Папп В.**

Науково-дослідний інститут фітотерапії Ужгородського національного університету (вул. Грибоедова, 20, м. Ужгород, Україна, 88000)

На початку третього тисячоліття спостерігаємо зростання частоти патології печінки, у т.ч. хронічних гепатитів алкогольного ґенезу (ХГАГ) в поєднанні з рядом супутніх хвороб. Метою дослідження була розробка природного профілактичного комплексу і впровадження його в практику для оздоровлення населення. Обстежено 65 осіб з ХГАГ середнього ступеня важкості в поєднанні з хронічним дуоденітом та есенціальною гіпертензією. Всі хворі крім базисної терапії отримували квітковий пилок Bee pollen-natural, виробництва Vega konti s.r.o., 92553 Pata, Slovakia, дозований в капсулах, продукти бджільництва фірми "Мед Карпат": "Вітал", "Кротон-концентрат", "Апі-форте", йодовмісний препарат "Ламідан" (фірма "Ламідан", м. Одеса). В результаті двотижневого комплексного лікування у хворих дослідної групи порівняно з контрольною (30 пацієнтів, які приймали тільки базисну гепатопротекторну терапію) відзначено суттєве покращення суб'єктивних відчуттів, нормалізацію показників функціонального стану печінки і жовчовивідних шляхів (зниження рівня АлАТ, АсАТ, тимолової проби, загального білірубіну), покращення функції паренхіми печінки, зменшення її розмірів (з 12 2,5 до 9 1,5 см), товщини стінок жовчного міхура і об'єму, підвищення екскреції йоду з сечею.

Висновок: апробовані харчові добавки природного походження покращують результати базисного лікування хронічних захворювань і можуть бути рекомендовані для профілактики прогресуючої печінкової патології.

УДК: 616.72-007.24:616.33/.342

## **КИСЛОТОПРОДУКУЮЧА ФУНКЦІЯ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ СУПУТНИМИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯМИ, ІНДУКОВАНИМИ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Гресько Л.М., Федів О.І., Бойко Л.Д., Гресько С.О.**

Кафедра внутрішньої медицини та ендокринології Буковинського державного медичного університету (Театральна пл., 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є основними в лікуванні хворих на остеоартроз (ОА). Однак, тривалий прийом НПЗП спричиняє низку побічних ефектів, особливо з боку шлунково-кишкового тракту. Важливе місце в ульцерогенезі відводять підсиленню впливу на слизову оболонку шлунка, пов'язаного із збільшенням продукції хлористоводневої кислоти. Мета роботи: встановити залежність гастродуоденопатій, індукованих нестероїдними протизапальними препаратами, у хворих на остеоартроз від кислотопродукуючої функції шлунка. Обстежено 34 хворих на остеоартроз із супутньою гастродуоденопатією, індукованою нестероїдними протизапальними препаратами (27 жінок та 7 чоловіків; середній вік 59,7±11,6 років) та 30 практично здорових осіб (9 жінок та 21 чоловік; середній вік 41,9±11,3 років). Досліджували кислотопродукуючу функцію шлунка шляхом внутрішньошлункової рН-метрії під час проведення фіброгастродуоденоскопії.

Характеризуючи кислотопродукуючу функцію шлунка, необхідно відмітити, що у 13 обстежуваних хворих була виявлена базальна нормаацидність. У 16 хворих із НПЗП-гастродуоденопатіями виявлено базальну гіперацидність. Базальну гіпоацидність встановлено у 5 хворих на остеоартроз із супутніми гастродуоденопатіями.

Висновок: У хворих на ОА із супутніми гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП, переважали підвищення кислотопродукуючої функції шлунка (47,06%) та нормаацидність (38,24%).

УДК: 615.244+616.08+616.833+616.36+616.379-008.64

## **ЗАСТОСУВАННЯ ГЛУТАРГІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОЛІНЕВРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З ПРОЯВАМИ ГЕПАТОПАТІЇ**

**Гриб В.А., Герасимчук Р.Д.**

Кафедра неврології №1 Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

Враховуючи, що провідну роль у виникненні важких метаболічних розладів при цукровому діабеті (ЦД) відіграє функціональний стан печінки, метою роботи було дослідити ефективність застосування глутаргіну в комплексно-

му лікуванні діабетичної дистальної симетричної поліневропатії у хворих на ЦД 2 типу з гепатопатією. 72 хворих були розділені на 2 групи в залежності від призначеного лікування (I група - загальноприйняте, II - із включенням глутаргіну протягом 6 тижнів). Обстеження проводили тричі: до лікування, через 10-12 днів та через 3 місяці. Проводили електронейроміографічне (ЕНМГ) тестування сенсорних нервів нижніх кінцівок та вивчали функціональний стан печінки методом визначення активності її органоспецифічних ферментів (аргіназу, СДГ, ЛДГ, ЛФ, ХЕ, АсАТ, АлАТ), проводили УЗД. При аналізі показників функціонального стану печінки та сенсорних нервів на 10-12 добу лікування у хворих обох груп суттєвої позитивної динаміки не відмічено ( $p > 0,05$ ). Через 3 місяці відмічались значимі зміни функціонального стану печінки в II групі із зниженням цитолітичного синдрому, покращенням дезінтоксикаційної функції гепатоцитів та позитивною динамікою показників ЕНМГ ( $p < 0,05$ ).

Висновок: Відновлення функціонального стану печінки шляхом застосування глутаргіну опосередковано сприяє покращенню провідності по сенсорних нервах за даними ЕНМГ тестування, забезпечуючи попередження прогресування діабетичної поліневропатії та виникнення синдрому діабетичної стопи.

**УДК:** 616.36-004-085.214-24

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ "ВІТА-МЕЛАТОНІН" У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

*Присяжнюк В.П., Кондревич М.І.*

Буковинський державний медичний університет (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Метою дослідження була оптимізація комплексного лікування хворих на цироз печінки (ЦП) за допомогою препарату "Віта-мелатонін" (ЗАТ "Київський вітамінний завод"). Обстежено 23 хворих на активний субкомпенсований ЦП невірусного походження, у віці від 38 до 67 ( $54,2 \pm 8,3$ ) років. Групу порівняння склали 11 хворих на ЦП, які отримували базисну терапію. Основну групу склали 12 хворих на цироз печінки, яким до базисного лікування призначали віта-мелатонін у дозі 0,006 г за 30 хвилин до сну впродовж перших 5-7 днів перебування в стаціонарі з наступним зменшенням дози до 0,003 г впродовж 14-16 днів. Групу контролю склали 11 практично здорових осіб. У пацієнтів, які отримували віта-мелатонін відзначали швидший регрес проявів астено-вегетативного синдрому відносно хворих контрольної групи. Підвищений вміст малонового альдегіду після проведеного лікування значніше ( $p < 0,05$ ) знижувався у хворих, яким призначали віта-мелатонін. Після проведеного лікування у хворих дослідної групи на 48,8% зростала концентрація відновленого глутатіону у порівнянні із показниками до лікування ( $p < 0,05$ ). Концентрація церулоплазміну у крові таких хворих знижувалась на 47,4%. Достовірне зниження активності глутатіонпероксидази після проведеного лікування спостерігали у обох групах ( $p < 0,05$ ). Активність каталази після лікування найбільше (на 27,8%) зростала у пацієнтів, які приймали віта-мелатонін.

Висновок: застосування "Віта-мелатоніну" у комплексному лікуванні хворих на цироз печінки сприяє швидшому усуненню проявів астено-вегетативного синдрому та вагомо підвищує антиоксидантну активність крові і дозволяє рекомендувати віта-мелатонін у комплексному лікуванні, як засіб оптимізації терапії.

**УДК:** [615.035.1(612.327+612.337)]:616.3

## **АЕРОІОННІ ТЕХНОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

*Решетілов Ю.І.*

Кафедра терапії і гастроентерології Запорізької медичної академії післядипломної освіти (бульвар Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

Сучасні клінічні протоколи містять алгоритми клініко-лабораторних та інструментальних обстежень хворих на хронічну запальну патологію травної системи. Визначення аероіонних маркерів патології сприяє підвищенню якості діагностики та забезпечує динамічний неінвазивний контроль ефективності лікування захворювань травної системи.

Використання неінвазивних технологій за акторськими методами комп'ютерної аероіонної діагностики, що розроблені на кафедрі терапії та гастроентерології ЗМАПО, дає можливість проведення добової аероіонної рН-метрії шлунка, визначення шлунково-стравохідного рефлюксу, діагностики хелікобактеріозу та якості ерадикації *H. pylori*, а також вивчення дії препаратів, що впливають на кислотність шлунка. Додатково оцінюються параметри, які забезпечують скринінг-діагностику патології печінки; виявлення функціональної недостатності підшлункової залози; визначення синдромів мальабсорбції та дисбіозу кишок за методом аероіонного аналізу кала, а також динамічний контроль ефективності лікування захворювань органів травлення. Для забезпечення комплексної діагностики патології органів травлення конструкцією передбачено підключення ультразвукової, ендоскопічної або відеоапаратури. За необхідністю проведення внутрішньопорожнинних досліджень комплекс може працювати в інвазивному режимі.

му лікуванні діабетичної дистальної симетричної поліневропатії у хворих на ЦД 2 типу з гепатопатією. 72 хворих були розділені на 2 групи в залежності від призначеного лікування (I група - загальноприйняте, II - із включенням глутаргіну протягом 6 тижнів). Обстеження проводили тричі: до лікування, через 10-12 днів та через 3 місяці. Проводили електронейроміографічне (ЕНМГ) тестування сенсорних нервів нижніх кінцівок та вивчали функціональний стан печінки методом визначення активності її органоспецифічних ферментів (аргіназу, СДГ, ЛДГ, ЛФ, ХЕ, АсАТ, АлАТ), проводили УЗД. При аналізі показників функціонального стану печінки та сенсорних нервів на 10-12 добу лікування у хворих обох груп суттєвої позитивної динаміки не відмічено ( $p > 0,05$ ). Через 3 місяці відмічались значимі зміни функціонального стану печінки в II групі із зниженням цитолітичного синдрому, покращенням дезінтоксикаційної функції гепатоцитів та позитивною динамікою показників ЕНМГ ( $p < 0,05$ ).

Висновок: Відновлення функціонального стану печінки шляхом застосування глутаргіну опосередковано сприяє покращенню провідності по сенсорних нервах за даними ЕНМГ тестування, забезпечуючи попередження прогресування діабетичної поліневропатії та виникнення синдрому діабетичної стопи.

**УДК:** 616.36-004-085.214-24

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ "ВІТА-МЕЛАТОНІН" У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

*Присяжнюк В.П., Кондревич М.І.*

Буковинський державний медичний університет (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Метою дослідження була оптимізація комплексного лікування хворих на цироз печінки (ЦП) за допомогою препарату "Віта-мелатонін" (ЗАТ "Київський вітамінний завод"). Обстежено 23 хворих на активний субкомпенсований ЦП невірусного походження, у віці від 38 до 67 ( $54,2 \pm 8,3$ ) років. Групу порівняння склали 11 хворих на ЦП, які отримували базисну терапію. Основну групу склали 12 хворих на цироз печінки, яким до базисного лікування призначали віта-мелатонін у дозі 0,006 г за 30 хвилин до сну впродовж перших 5-7 днів перебування в стаціонарі з наступним зменшенням дози до 0,003 г впродовж 14-16 днів. Групу контролю склали 11 практично здорових осіб. У пацієнтів, які отримували віта-мелатонін відзначали швидший регрес проявів астено-вегетативного синдрому відносно хворих контрольної групи. Підвищений вміст малонового альдегіду після проведеного лікування значніше ( $p < 0,05$ ) знижувався у хворих, яким призначали віта-мелатонін. Після проведеного лікування у хворих дослідної групи на 48,8% зростала концентрація відновленого глутатіону у порівнянні із показниками до лікування ( $p < 0,05$ ). Концентрація церулоплазміну у крові таких хворих знижувалась на 47,4%. Достовірне зниження активності глутатіонпероксидази після проведеного лікування спостерігали у обох групах ( $p < 0,05$ ). Активність каталази після лікування найбільше (на 27,8%) зростала у пацієнтів, які приймали віта-мелатонін.

Висновок: застосування "Віта-мелатоніну" у комплексному лікуванні хворих на цироз печінки сприяє швидшому усуненню проявів астено-вегетативного синдрому та вагомо підвищує антиоксидантну активність крові і дозволяє рекомендувати віта-мелатонін у комплексному лікуванні, як засіб оптимізації терапії.

**УДК:** [615.035.1(612.327+612.337)]:616.3

## **АЕРОІОННІ ТЕХНОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

*Решетілов Ю.І.*

Кафедра терапії і гастроентерології Запорізької медичної академії післядипломної освіти (бульвар Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

Сучасні клінічні протоколи містять алгоритми клініко-лабораторних та інструментальних обстежень хворих на хронічну запальну патологію травної системи. Визначення аероіонних маркерів патології сприяє підвищенню якості діагностики та забезпечує динамічний неінвазивний контроль ефективності лікування захворювань травної системи.

Використання неінвазивних технологій за акторськими методами комп'ютерної аероіонної діагностики, що розроблені на кафедрі терапії та гастроентерології ЗМАПО, дає можливість проведення добової аероіонної рН-метрії шлунка, визначення шлунково-стравохідного рефлюксу, діагностики хелікобактеріозу та якості ерадикації *H. pylori*, а також вивчення дії препаратів, що впливають на кислотність шлунка. Додатково оцінюються параметри, які забезпечують скринінг-діагностику патології печінки; виявлення функціональної недостатності підшлункової залози; визначення синдромів мальабсорбції та дисбіозу кишок за методом аероіонного аналізу кала, а також динамічний контроль ефективності лікування захворювань органів травлення. Для забезпечення комплексної діагностики патології органів травлення конструкцією передбачено підключення ультразвукової, ендоскопічної або відеоапаратури. За необхідністю проведення внутрішньопорожнинних досліджень комплекс може працювати в інвазивному режимі.

му лікуванні діабетичної дистальної симетричної поліневропатії у хворих на ЦД 2 типу з гепатопатією. 72 хворих були розділені на 2 групи в залежності від призначеного лікування (I група - загальноприйняте, II - із включенням глутаргіну протягом 6 тижнів). Обстеження проводили тричі: до лікування, через 10-12 днів та через 3 місяці. Проводили електронейроміографічне (ЕНМГ) тестування сенсорних нервів нижніх кінцівок та вивчали функціональний стан печінки методом визначення активності її органоспецифічних ферментів (аргіназу, СДГ, ЛДГ, ЛФ, ХЕ, АсАТ, АлАТ), проводили УЗД. При аналізі показників функціонального стану печінки та сенсорних нервів на 10-12 добу лікування у хворих обох груп суттєвої позитивної динаміки не відмічено ( $p > 0,05$ ). Через 3 місяці відмічались значимі зміни функціонального стану печінки в II групі із зниженням цитолітичного синдрому, покращенням дезінтоксикаційної функції гепатоцитів та позитивною динамікою показників ЕНМГ ( $p < 0,05$ ).

Висновок: Відновлення функціонального стану печінки шляхом застосування глутаргіну опосередковано сприяє покращенню провідності по сенсорних нервах за даними ЕНМГ тестування, забезпечуючи попередження прогресування діабетичної поліневропатії та виникнення синдрому діабетичної стопи.

**УДК:** 616.36-004-085.214-24

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ "ВІТА-МЕЛАТОНІН" У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

*Присяжнюк В.П., Кондревич М.І.*

Буковинський державний медичний університет (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Метою дослідження була оптимізація комплексного лікування хворих на цироз печінки (ЦП) за допомогою препарату "Віта-мелатонін" (ЗАТ "Київський вітамінний завод"). Обстежено 23 хворих на активний субкомпенсований ЦП невірусного походження, у віці від 38 до 67 ( $54,2 \pm 8,3$ ) років. Групу порівняння склали 11 хворих на ЦП, які отримували базисну терапію. Основну групу склали 12 хворих на цироз печінки, яким до базисного лікування призначали віта-мелатонін у дозі 0,006 г за 30 хвилин до сну впродовж перших 5-7 днів перебування в стаціонарі з наступним зменшенням дози до 0,003 г впродовж 14-16 днів. Групу контролю склали 11 практично здорових осіб. У пацієнтів, які отримували віта-мелатонін відзначали швидший регрес проявів астено-вегетативного синдрому відносно хворих контрольної групи. Підвищений вміст малонового альдегіду після проведеного лікування значніше ( $p < 0,05$ ) знижувався у хворих, яким призначали віта-мелатонін. Після проведеного лікування у хворих дослідної групи на 48,8% зростала концентрація відновленого глутатіону у порівнянні із показниками до лікування ( $p < 0,05$ ). Концентрація церулоплазміну у крові таких хворих знижувалась на 47,4%. Достовірне зниження активності глутатіонпероксидази після проведеного лікування спостерігали у обох групах ( $p < 0,05$ ). Активність каталази після лікування найбільше (на 27,8%) зростала у пацієнтів, які приймали віта-мелатонін.

Висновок: застосування "Віта-мелатоніну" у комплексному лікуванні хворих на цироз печінки сприяє швидшому усуненню проявів астено-вегетативного синдрому та вагомо підвищує антиоксидантну активність крові і дозволяє рекомендувати віта-мелатонін у комплексному лікуванні, як засіб оптимізації терапії.

**УДК:** [615.035.1(612.327+612.337)]:616.3

## **АЕРОІОННІ ТЕХНОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

*Решетілов Ю.І.*

Кафедра терапії і гастроентерології Запорізької медичної академії післядипломної освіти (бульвар Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

Сучасні клінічні протоколи містять алгоритми клініко-лабораторних та інструментальних обстежень хворих на хронічну запальну патологію травної системи. Визначення аероіонних маркерів патології сприяє підвищенню якості діагностики та забезпечує динамічний неінвазивний контроль ефективності лікування захворювань травної системи.

Використання неінвазивних технологій за акторськими методами комп'ютерної аероіонної діагностики, що розроблені на кафедрі терапії та гастроентерології ЗМАПО, дає можливість проведення добової аероіонної рН-метрії шлунка, визначення шлунково-стравохідного рефлюксу, діагностики хелікобактеріозу та якості ерадикації *H. pylori*, а також вивчення дії препаратів, що впливають на кислотність шлунка. Додатково оцінюються параметри, які забезпечують скринінг-діагностику патології печінки; виявлення функціональної недостатності підшлункової залози; визначення синдромів мальабсорбції та дисбіозу кишок за методом аероіонного аналізу кала, а також динамічний контроль ефективності лікування захворювань органів травлення. Для забезпечення комплексної діагностики патології органів травлення конструкцією передбачено підключення ультразвукової, ендоскопічної або відеоапаратури. За необхідністю проведення внутрішньопорожнинних досліджень комплекс може працювати в інвазивному режимі.

Висновок: Чутливість та специфічність запропонованих технологій дозволяє рекомендувати їх до впровадження в широку клінічну практику.

**УДК:** 614.252.2:616.3

## **ПРИОРІТЕТИ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

*Решетілов Ю.І., Дмитрієва С.М., Васильченко О.Ю., Кузнєцова Л.П., Сурмило М.М., Проценко Н.М., Богослав Т.В.*

Кафедра терапії і гастроентерології Запорізької медичної академії післядипломної освіти (бульвар Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

Поширеність захворювань органів травлення, специфічність вікових та епідеміологічних аспектів патології травної системи, дефекти первинної діагностики та низка ефективність базового лікування в амбулаторній ланці ставлять задачу посилення підготовки лікарів загальної практики - сімейних лікарів з актуальних питань гастроентерології.

На кафедрі терапії та гастроентерології ЗМАПО активно впроваджуються технології сучасного клінічного навчання за принципами досягнення компетентності лікарів на підставі методів професійної підготовки дорослих. Для лікарів первинної ланки охорони здоров'я проводяться цикли удосконалення за темою: "Клінічна гастроентерологія в амбулаторній практиці". Впроваджуються сучасні організаційні форми навчання (курси стажування та інформативні, телемедичні консультації і майстер-класи).

Важливою складовою змісту навчання є опанування слухачами сучасних клінічних протоколів та знайомство з інноваційними лікувально-діагностичними технологіями, такими як неінвазивний скринінг та інтегрований моніторинг функціонального стану органів травлення із застосуванням комп'ютерної аероїонної діагностики.

Висновок: Побудова учбового процесу на підставі чітко визначених пріоритетів сприяє формуванню спрямованої мотивації лікарів до навчання, та, як наслідок, підвищенню якості їх практичної підготовки з формуванням чітких уявлень про міру компетенції лікаря загальної практики в умовах сімейної амбулаторії.

**УДК:** 616-08+616.329

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ**

*Скробач Н.В., Вишиванюк В.Ю., Шаповал О.А., Герич П.Р., Герич О.М.*

Кафедра внутрішньої медицини №1 Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

ГЕРХ є однією з найбільш поширених хвороб шлунково-кишкового тракту (ШКТ). З часом розвиваються запально-ерозивні зміни стравоходу, які мають прогресуючий характер і можуть ускладнюватися. Головною небезпекою ГЕРХ є прихований перебіг, оскільки у 25% випадків захворювання перебігає виключно з позастравохідними симптомами. Вибір терапії визначається формою ГЕРХ і важкістю рефлюкс-езофагіту. Основними її засобами є інгібітори протонної помпи (ІПП) та прокінетики. Найбільш часто вживаним ІПП у світі є омепразол. Щоденне його застосування у стандартній дозі 20 мг знижує інтрагастральну кислотність на 80%, він забезпечує ефективне пригнічення як базальної, так і стимульованої секреції HCl незалежно від виду стимулятора. Для лікування хворих на ГЕРХ ми застосовували лорсек-омепразол (ФарсіФарм). Він знижує рівень як базальної, так і стимульованої секреції. Препарат пригнічує як нічну, так і денну секрецію HCl, діє бактеріостатично на *Helicobacter pylori*. Ефект настає протягом 1 год. і зберігається 24 год. Вплив ІПП на кислотопродукцію дозозалежний, тому доза препарату підбиралася індивідуально. У період загострення лорсек призначався у дозі 40 мг (2 рази/добу), через що виникає виражене пригнічення секреції HCl і швидке полегшення симптомів недуги. При покращенні стану його дозу знижують до 20 мг/добу. У період ремісії ГЕРХ призначають різноманітні схеми підтримуючої терапії лорсеком - "терапія вихідного дня" або "лікування за потребою", або перманентний прийом.

Висновок: Таким чином, лорсек можна рекомендувати як ефективний препарат для лікування загострень ГЕРХ та для тривалої підтримуючої терапії.

**УДК:** 616.12-008.315+616-092+57.083.3

## **ЗМІНА ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ ЗА ТРИВАЛОГО ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ**

*Вірстюк Н.Г., Соляник М.М., Циган Н.М., Паливода Є.П.*

Висновок: Чутливість та специфічність запропонованих технологій дозволяє рекомендувати їх до впровадження в широку клінічну практику.

**УДК:** 614.252.2:616.3

## **ПРИОРІТЕТИ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

*Решетілов Ю.І., Дмитрієва С.М., Васильченко О.Ю., Кузнєцова Л.П., Сурмило М.М., Проценко Н.М., Богослав Т.В.*

Кафедра терапії і гастроентерології Запорізької медичної академії післядипломної освіти (бульвар Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

Поширеність захворювань органів травлення, специфічність вікових та епідеміологічних аспектів патології травної системи, дефекти первинної діагностики та низка ефективність базового лікування в амбулаторній ланці ставлять задачі посилення підготовки лікарів загальної практики - сімейних лікарів з актуальних питань гастроентерології.

На кафедрі терапії та гастроентерології ЗМАПО активно впроваджуються технології сучасного клінічного навчання за принципами досягнення компетентності лікарів на підставі методів професійної підготовки дорослих. Для лікарів первинної ланки охорони здоров'я проводяться цикли удосконалення за темою: "Клінічна гастроентерологія в амбулаторній практиці". Впроваджуються сучасні організаційні форми навчання (курси стажування та інформатії, телемедичні консультації і майстер-класи).

Важливою складовою змісту навчання є опанування слухачами сучасних клінічних протоколів та знайомство з інноваційними лікувально-діагностичними технологіями, такими як неінвазивний скринінг та інтегрований моніторинг функціонального стану органів травлення із застосуванням комп'ютерної аероїонної діагностики.

Висновок: Побудова учбового процесу на підставі чітко визначених пріоритетів сприяє формуванню спрямованої мотивації лікарів до навчання, та, як наслідок, підвищенню якості їх практичної підготовки з формуванням чітких уявлень про міру компетенції лікаря загальної практики в умовах сімейної амбулаторії.

**УДК:** 616-08+616.329

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ**

*Скробач Н.В., Вишиванюк В.Ю., Шаповал О.А., Герич П.Р., Герич О.М.*

Кафедра внутрішньої медицини №1 Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

ГЕРХ є однією з найбільш поширених хвороб шлунково-кишкового тракту (ШКТ). З часом розвиваються запально-ерозивні зміни стравоходу, які мають прогресуючий характер і можуть ускладнюватися. Головною небезпекою ГЕРХ є прихований перебіг, оскільки у 25% випадків захворювання перебігає виключно з позастравохідними симптомами. Вибір терапії визначається формою ГЕРХ і важкістю рефлюкс-езофагіту. Основними її засобами є інгібітори протонної помпи (ІПП) та прокінетики. Найбільш часто вживаним ІПП у світі є омепразол. Щоденне його застосування у стандартній дозі 20 мг знижує інтрагастральну кислотність на 80%, він забезпечує ефективне пригнічення як базальної, так і стимульованої секреції HCl незалежно від виду стимулятора. Для лікування хворих на ГЕРХ ми застосовували лорсек-омепразол (ФарсіФарм). Він знижує рівень як базальної, так і стимульованої секреції. Препарат пригнічує як нічну, так і денну секрецію HCl, діє бактеріостатично на *Helicobacter pylori*. Ефект настає протягом 1 год. і зберігається 24 год. Вплив ІПП на кислотопродукцію дозозалежний, тому доза препарату підбиралася індивідуально. У період загострення лорсек призначався у дозі 40 мг (2 рази/добу), через що виникає виражене пригнічення секреції HCl і швидке полегшення симптомів недуги. При покращенні стану його дозу знижують до 20 мг/добу. У період ремісії ГЕРХ призначають різноманітні схеми підтримуючої терапії лорсеком - "терапія вихідного дня" або "лікування за потребою", або перманентний прийом.

Висновок: Таким чином, лорсек можна рекомендувати як ефективний препарат для лікування загострень ГЕРХ та для тривалої підтримуючої терапії.

**УДК:** 616.12-008.315+616-092+57.083.3

## **ЗМІНА ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ ЗА ТРИВАЛОГО ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ**

*Вірстюк Н.Г., Соляник М.М., Циган Н.М., Паливода Є.П.*

Висновок: Чутливість та специфічність запропонованих технологій дозволяє рекомендувати їх до впровадження в широку клінічну практику.

**УДК:** 614.252.2:616.3

## **ПРИОРІТЕТИ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

*Решетілов Ю.І., Дмитрієва С.М., Васильченко О.Ю., Кузнєцова Л.П., Сурмило М.М., Проценко Н.М., Богослав Т.В.*

Кафедра терапії і гастроентерології Запорізької медичної академії післядипломної освіти (бульвар Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

Поширеність захворювань органів травлення, специфічність вікових та епідеміологічних аспектів патології травної системи, дефекти первинної діагностики та низка ефективність базового лікування в амбулаторній ланці ставлять задачу посилення підготовки лікарів загальної практики - сімейних лікарів з актуальних питань гастроентерології.

На кафедрі терапії та гастроентерології ЗМАПО активно впроваджуються технології сучасного клінічного навчання за принципами досягнення компетентності лікарів на підставі методів професійної підготовки дорослих. Для лікарів первинної ланки охорони здоров'я проводяться цикли удосконалення за темою: "Клінічна гастроентерологія в амбулаторній практиці". Впроваджуються сучасні організаційні форми навчання (курси стажування та інформативні, телемедичні консультації і майстер-класи).

Важливою складовою змісту навчання є опанування слухачами сучасних клінічних протоколів та знайомство з інноваційними лікувально-діагностичними технологіями, такими як неінвазивний скринінг та інтегрований моніторинг функціонального стану органів травлення із застосуванням комп'ютерної аероїонної діагностики.

Висновок: Побудова учбового процесу на підставі чітко визначених пріоритетів сприяє формуванню спрямованої мотивації лікарів до навчання, та, як наслідок, підвищенню якості їх практичної підготовки з формуванням чітких уявлень про міру компетенції лікаря загальної практики в умовах сімейної амбулаторії.

**УДК:** 616-08+616.329

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ**

*Скробач Н.В., Вишиванюк В.Ю., Шаповал О.А., Герич П.Р., Герич О.М.*

Кафедра внутрішньої медицини №1 Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

ГЕРХ є однією з найбільш поширених хвороб шлунково-кишкового тракту (ШКТ). З часом розвиваються запально-ерозивні зміни стравоходу, які мають прогресуючий характер і можуть ускладнюватися. Головною небезпекою ГЕРХ є прихований перебіг, оскільки у 25% випадків захворювання перебігає виключно з позастравохідними симптомами. Вибір терапії визначається формою ГЕРХ і важкістю рефлюкс-езофагіту. Основними її засобами є інгібітори протонної помпи (ІПП) та прокінетики. Найбільш часто вживаним ІПП у світі є омепразол. Щоденне його застосування у стандартній дозі 20 мг знижує інтрагастральну кислотність на 80%, він забезпечує ефективне пригнічення як базальної, так і стимульованої секреції HCl незалежно від виду стимулятора. Для лікування хворих на ГЕРХ ми застосовували лорсек-омепразол (ФарсіФарм). Він знижує рівень як базальної, так і стимульованої секреції. Препарат пригнічує як нічну, так і денну секрецію HCl, діє бактеріостатично на *Helicobacter pylori*. Ефект настає протягом 1 год. і зберігається 24 год. Вплив ІПП на кислотопродукцію дозозалежний, тому доза препарату підбиралася індивідуально. У період загострення лорсек призначався у дозі 40 мг (2 рази/добу), через що виникає виражене пригнічення секреції HCl і швидке полегшення симптомів недуги. При покращенні стану його дозу знижують до 20 мг/добу. У період ремісії ГЕРХ призначають різноманітні схеми підтримуючої терапії лорсеком - "терапія вихідного дня" або "лікування за потребою", або перманентний прийом.

Висновок: Таким чином, лорсек можна рекомендувати як ефективний препарат для лікування загострень ГЕРХ та для тривалої підтримуючої терапії.

**УДК:** 616.12-008.315+616-092+57.083.3

## **ЗМІНА ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ ЗА ТРИВАЛОГО ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ**

*Вірстюк Н.Г., Соляник М.М., Циган Н.М., Паливода Є.П.*

Висновок: Чутливість та специфічність запропонованих технологій дозволяє рекомендувати їх до впровадження в широку клінічну практику.

**УДК:** 614.252.2:616.3

## **ПРИОРІТЕТИ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ З ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

*Решетілов Ю.І., Дмитрієва С.М., Васильченко О.Ю., Кузнєцова Л.П., Сурмило М.М., Проценко Н.М., Богослав Т.В.*

Кафедра терапії і гастроентерології Запорізької медичної академії післядипломної освіти (бульвар Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096)

Поширеність захворювань органів травлення, специфічність вікових та епідеміологічних аспектів патології травної системи, дефекти первинної діагностики та низка ефективність базового лікування в амбулаторній ланці ставлять задачу посилення підготовки лікарів загальної практики - сімейних лікарів з актуальних питань гастроентерології.

На кафедрі терапії та гастроентерології ЗМАПО активно впроваджуються технології сучасного клінічного навчання за принципами досягнення компетентності лікарів на підставі методів професійної підготовки дорослих. Для лікарів первинної ланки охорони здоров'я проводяться цикли удосконалення за темою: "Клінічна гастроентерологія в амбулаторній практиці". Впроваджуються сучасні організаційні форми навчання (курси стажування та інформативні, телемедичні консультації і майстер-класи).

Важливою складовою змісту навчання є опанування слухачами сучасних клінічних протоколів та знайомство з інноваційними лікувально-діагностичними технологіями, такими як неінвазивний скринінг та інтегрований моніторинг функціонального стану органів травлення із застосуванням комп'ютерної аероїонної діагностики.

Висновок: Побудова учбового процесу на підставі чітко визначених пріоритетів сприяє формуванню спрямованої мотивації лікарів до навчання, та, як наслідок, підвищенню якості їх практичної підготовки з формуванням чітких уявлень про міру компетенції лікаря загальної практики в умовах сімейної амбулаторії.

**УДК:** 616-08+616.329

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ**

*Скробач Н.В., Вишиванюк В.Ю., Шаповал О.А., Герич П.Р., Герич О.М.*

Кафедра внутрішньої медицини №1 Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

ГЕРХ є однією з найбільш поширених хвороб шлунково-кишкового тракту (ШКТ). З часом розвиваються запально-ерозивні зміни стравоходу, які мають прогресуючий характер і можуть ускладнюватися. Головною небезпекою ГЕРХ є прихований перебіг, оскільки у 25% випадків захворювання перебігає виключно з позастравохідними симптомами. Вибір терапії визначається формою ГЕРХ і важкістю рефлюкс-езофагіту. Основними її засобами є інгібітори протонної помпи (ІПП) та прокінетики. Найбільш часто вживаним ІПП у світі є омепразол. Щоденне його застосування у стандартній дозі 20 мг знижує інтрагастральну кислотність на 80%, він забезпечує ефективне пригнічення як базальної, так і стимульованої секреції НСІ незалежно від виду стимулятора. Для лікування хворих на ГЕРХ ми застосовували лорсек-омепразол (ФарсіФарм). Він знижує рівень як базальної, так і стимульованої секреції. Препарат пригнічує як нічну, так і денну секрецію НСІ, діє бактеріостатично на *Helicobacter pylori*. Ефект настає протягом 1 год. і зберігається 24 год. Вплив ІПП на кислотопродукцію дозозалежний, тому доза препарату підбиралася індивідуально. У період загострення лорсек призначався у дозі 40 мг (2 рази/добу), через що виникає виражене пригнічення секреції НСІ і швидке полегшення симптомів недуги. При покращенні стану його дозу знижують до 20 мг/добу. У період ремісії ГЕРХ призначають різноманітні схеми підтримуючої терапії лорсеком - "терапія вихідного дня" або "лікування за потребою", або перманентний прийом.

Висновок: Таким чином, лорсек можна рекомендувати як ефективний препарат для лікування загострень ГЕРХ та для тривалої підтримуючої терапії.

**УДК:** 616.12-008.315+616-092+57.083.3

## **ЗМІНА ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ ЗА ТРИВАЛОГО ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ**

*Вірстюк Н.Г., Соляник М.М., Циган Н.М., Паливода Є.П.*



Кафедра внутрішніх хвороб стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018); Центральна міська клінічна лікарня (вул. Мазепа, 114, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

*Метою* роботи було вивчення змін ліпідного спектру крові у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК), асоційовану з *Helicobacter pylori* за тривалого перебігу захворювання. Було обстежено 32 хворих на ВХ ДПК: 25 чоловіків і 7 (31,2%) жінок віком 32-56 років з тривалістю захворювання більше 10 років. *Helicobacter pylori* визначали швидким уреазним та дихальним тестом з сечовиною (13С-УДТ). Оцінювали вміст у крові загального холестеролу (ЗХС), тригліцеролів (ТГ), ліпопротеїдів високої (ХС ЛПВГ), низької (ЛПНГ) та дуже низької густини (ЛПДНГ).

Отримані наступні результати: у 23 (71,9%) обстежених хворих виявлено дисліпідемію зі збільшенням вмісту у крові ЗХС ( $p<0,05$ ), ТГ ( $p<0,05$ ), ЛПНГ ( $p<0,05$ ), ЛНДНГ ( $p<0,05$ ) і зменшенням вмісту ЛПВГ ( $p<0,05$ ), що супроводжувалось збільшенням коефіцієнта атерогенності (КА). Встановлена позитивна кореляція між рівнем інфікування *Hp* у хворих на ВХ ДПК з тривалістю більше 10-ти років та показником КА ( $r=+0,55$ ;  $p<0,05$ ). Виявлені зміни ліпідного профілю крові можуть бути зумовлені високою афіністю *Helicobacter pylori* до холестеролу, що сприяє його виживанню та колонізації.

**Висновок:** Таким чином, у хворих на ВХ ДПК тривале інфікування *Helicobacter pylori* сприяє розвитку дисліпідемії, що вимагає своєчасної ерадикації *Hp* і зменшення ризику атерогенезу.

**УДК:** 616.61-002.2: 616.33/.342]-092-08

## **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТУПЕНЯ З НАЯВНІСТЮ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ**

**Вівсяник В.В., Зуб Л.О.**

Кафедра внутрішньої медицини та ендокринології Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Актуальним є вивчення клінічного статусу хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) II-III ступеня у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки, що стало *метою* нашого дослідження. Нами було вивчено та проаналізовано 57 історій хвороб пацієнтів з ХХН II-III ступеня, які лікувалися у гастроентерологічному та нефрологічному відділеннях обласної клінічної лікарні м. Чернівці у 2007-2008 р. Аналізу підлягали хворі з наявністю ХХН, що розвинулася внаслідок неімуніопосередкованих захворювань нирок. Встановлено, що за наявності ерозивно-виразкових уражень шлунка та дванадцятипалої кишки у 17 (29,82%) із зазначених хворих спостерігалися диспепсичні прояви зокрема - відрижка кислим та зниження апетиту. У 5 (8,77 %) пацієнтів - блювання, у 3 (5,26%) - нудота та печія. У 32 хворих больовий синдром переважав над диспепсичним, але у 28 з них - (49,12%) періодичний біль локалізувався в поперековій ділянці і лише у 4 пацієнтів спостерігався біль в епігастральній зоні. У 7 хворих спостерігалось поєднання больового синдрому в поперековій ділянці з диспепсичними проявами, у 3 - больового синдрому в епігастрії з диспепсією.

**Висновок:** Отже, аналіз клінічного статусу хворих на ХХН II-III ступеня у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки показав, що найпоширенішими причинами погіршення самопочуття даних пацієнтів є болі в поперековій ділянці, що є проявом патології нирок. Другорядне значення у нашому дослідженні мали диспепсичні явища, які можуть бути як проявами патології нирок, так і патології шлунково-кишкового тракту, що часто є ускладненням ХХН.

**УДК:** 616.13.002.2-004.6:616.136.46/5

## **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ**

**Волошин О.І., Васюк В.Л., Кондревич М.І.**

Буковинський державний медичний університет (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Хронічна абдомінальна ішемічна хвороба (ХАІХ) на початковому етапі не має надійних клінічних та лабораторно-інструментальних методів діагностики. Клінічна діагностика її здійснюється на підставі наявних в анамнезі виражених кардіальних, церебральних подій та виявлених системних уражень травного тракту, швидкого немотивованого схуднення, анорексії, депресії, доплерографії судин черевної порожнини, коли ефективність терапії є незвично низькою. *Метою* дослідження було підвищення ефективності лікування хворих на ХАІХ. Обсте-

Кафедра внутрішніх хвороб стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018); Центральна міська клінічна лікарня (вул. Мазепа, 114, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

*Метою* роботи було вивчення змін ліпідного спектру крові у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК), асоційовану з *Helicobacter pylori* за тривалого перебігу захворювання. Було обстежено 32 хворих на ВХ ДПК: 25 чоловіків і 7 (31,2%) жінок віком 32-56 років з тривалістю захворювання більше 10 років. *Helicobacter pylori* визначали швидким уреазним та дихальним тестом з сечовиною (13С-УДТ). Оцінювали вміст у крові загального холестеролу (ЗХС), тригліцеролів (ТГ), ліпопротеїдів високої (ХС ЛПВГ), низької (ЛПНГ) та дуже низької густини (ЛПДНГ).

Отримані наступні результати: у 23 (71,9%) обстежених хворих виявлено дисліпідемію зі збільшенням вмісту у крові ЗХС ( $p < 0,05$ ), ТГ ( $p < 0,05$ ), ЛПНГ ( $p < 0,05$ ), ЛНДНГ ( $p < 0,05$ ) і зменшенням вмісту ЛПВГ ( $p < 0,05$ ), що супроводжувалось збільшенням коефіцієнта атерогенності (КА). Встановлена позитивна кореляція між рівнем інфікування *Hp* у хворих на ВХ ДПК з тривалістю більше 10-ти років та показником КА ( $r = +0,55$ ;  $p < 0,05$ ). Виявлені зміни ліпідного профілю крові можуть бути зумовлені високою афінністю *Helicobacter pylori* до холестеролу, що сприяє його виживанню та колонізації.

**Висновок:** Таким чином, у хворих на ВХ ДПК тривале інфікування *Helicobacter pylori* сприяє розвитку дисліпідемії, що вимагає своєчасної ерадикації *Hp* і зменшення ризику атерогенезу.

**УДК:** 616.61-002.2: 616.33/.342]-092-08

## **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТУПЕНЯ З НАЯВНІСТЮ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ**

**Вівсяник В.В., Зуб Л.О.**

Кафедра внутрішньої медицини та ендокринології Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Актуальним є вивчення клінічного статусу хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) II-III ступеня у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки, що стало *метою* нашого дослідження. Нами було вивчено та проаналізовано 57 історій хвороб пацієнтів з ХХН II-III ступеня, які лікувалися у гастроентерологічному та нефрологічному відділеннях обласної клінічної лікарні м. Чернівці у 2007-2008 р. Аналізу підлягали хворі з наявністю ХХН, що розвинулася внаслідок неімуніопосередкованих захворювань нирок. Встановлено, що за наявності ерозивно-виразкових уражень шлунка та дванадцятипалої кишки у 17 (29,82%) із зазначених хворих спостерігалися диспепсичні прояви зокрема - відрижка кислим та зниження апетиту. У 5 (8,77 %) пацієнтів - блювання, у 3 (5,26%) - нудота та печія. У 32 хворих больовий синдром переважав над диспепсичним, але у 28 з них - (49,12%) періодичний біль локалізувався в поперековій ділянці і лише у 4 пацієнтів спостерігався біль в епігастральній зоні. У 7 хворих спостерігалось поєднання больового синдрому в поперековій ділянці з диспепсичними проявами, у 3 - больового синдрому в епігастрії з диспепсією.

**Висновок:** Отже, аналіз клінічного статусу хворих на ХХН II-III ступеня у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки показав, що найпоширенішими причинами погіршення самопочуття даних пацієнтів є болі в поперековій ділянці, що є проявом патології нирок. Другорядне значення у нашому дослідженні мали диспепсичні явища, які можуть бути як проявами патології нирок, так і патології шлунково-кишкового тракту, що часто є ускладненням ХХН.

**УДК:** 616.13.002.2-004.6:616.136.46/5

## **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ**

**Волошин О.І., Васюк В.Л., Кондревич М.І.**

Буковинський державний медичний університет (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Хронічна абдомінальна ішемічна хвороба (ХАІХ) на початковому етапі не має надійних клінічних та лабораторно-інструментальних методів діагностики. Клінічна діагностика її здійснюється на підставі наявних в анамнезі виражених кардіальних, церебральних подій та виявлених системних уражень травного тракту, швидкого немотивованого схуднення, анорексії, депресії, доплерографії судин черевної порожнини, коли ефективність терапії є незвично низькою. *Метою* дослідження було підвищення ефективності лікування хворих на ХАІХ. Обсте-

Кафедра внутрішніх хвороб стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018); Центральна міська клінічна лікарня (вул. Мазепа, 114, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

*Метою* роботи було вивчення змін ліпідного спектру крові у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК), асоційовану з *Helicobacter pylori* за тривалого перебігу захворювання. Було обстежено 32 хворих на ВХ ДПК: 25 чоловіків і 7 (31,2%) жінок віком 32-56 років з тривалістю захворювання більше 10 років. *Helicobacter pylori* визначали швидким уреазним та дихальним тестом з сечовиною (13С-УДТ). Оцінювали вміст у крові загального холестеролу (ЗХС), тригліцеролів (ТГ), ліпопротеїдів високої (ХС ЛПВГ), низької (ЛПНГ) та дуже низької густини (ЛПДНГ).

Отримані наступні результати: у 23 (71,9%) обстежених хворих виявлено дисліпідемію зі збільшенням вмісту у крові ЗХС ( $p < 0,05$ ), ТГ ( $p < 0,05$ ), ЛПНГ ( $p < 0,05$ ), ЛНДНГ ( $p < 0,05$ ) і зменшенням вмісту ЛПВГ ( $p < 0,05$ ), що супроводжувалось збільшенням коефіцієнта атерогенності (КА). Встановлена позитивна кореляція між рівнем інфікування *Hp* у хворих на ВХ ДПК з тривалістю більше 10-ти років та показником КА ( $r = +0,55$ ;  $p < 0,05$ ). Виявлені зміни ліпідного профілю крові можуть бути зумовлені високою афіністю *Helicobacter pylori* до холестеролу, що сприяє його виживанню та колонізації.

**Висновок:** Таким чином, у хворих на ВХ ДПК тривале інфікування *Helicobacter pylori* сприяє розвитку дисліпідемії, що вимагає своєчасної ерадикації *Hp* і зменшення ризику атерогенезу.

**УДК:** 616.61-002.2: 616.33/.342]-092-08

## **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТУПЕНЯ З НАЯВНІСТЮ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ**

**Вівсяник В.В., Зуб Л.О.**

Кафедра внутрішньої медицини та ендокринології Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Актуальним є вивчення клінічного статусу хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) II-III ступеня у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки, що стало *метою* нашого дослідження. Нами було вивчено та проаналізовано 57 історій хвороб пацієнтів з ХХН II-III ступеня, які лікувалися у гастроентерологічному та нефрологічному відділеннях обласної клінічної лікарні м. Чернівці у 2007-2008 р. Аналізу підлягали хворі з наявністю ХХН, що розвинулася внаслідок неімуніопосередкованих захворювань нирок. Встановлено, що за наявності ерозивно-виразкових уражень шлунка та дванадцятипалої кишки у 17 (29,82%) із зазначених хворих спостерігалися диспепсичні прояви зокрема - відрижка кислим та зниження апетиту. У 5 (8,77 %) пацієнтів - блювання, у 3 (5,26%) - нудота та печія. У 32 хворих больовий синдром переважав над диспепсичним, але у 28 з них - (49,12%) періодичний біль локалізувався в поперековій ділянці і лише у 4 пацієнтів спостерігався біль в епігастральній зоні. У 7 хворих спостерігалось поєднання больового синдрому в поперековій ділянці з диспепсичними проявами, у 3 - больового синдрому в епігастрії з диспепсією.

**Висновок:** Отже, аналіз клінічного статусу хворих на ХХН II-III ступеня у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки показав, що найпоширенішими причинами погіршення самопочуття даних пацієнтів є болі в поперековій ділянці, що є проявом патології нирок. Другорядне значення у нашому дослідженні мали диспепсичні явища, які можуть бути як проявами патології нирок, так і патології шлунково-кишкового тракту, що часто є ускладненням ХХН.

**УДК:** 616.13.002.2-004.6:616.136.46/5

## **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ**

**Волошин О.І., Васюк В.Л., Кондревич М.І.**

Буковинський державний медичний університет (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

Хронічна абдомінальна ішемічна хвороба (ХАІХ) на початковому етапі не має надійних клінічних та лабораторно-інструментальних методів діагностики. Клінічна діагностика її здійснюється на підставі наявних в анамнезі виражених кардіальних, церебральних подій та виявлених системних уражень травного тракту, швидкого немотивованого схуднення, анорексії, депресії, доплерографії судин черевної порожнини, коли ефективність терапії є незвично низькою. *Метою* дослідження було підвищення ефективності лікування хворих на ХАІХ. Обсте-

жено 19 хворих на ХАХ у віці 65-82 (74,3 ± 2,9) роки. В анамнезі у всіх зафіксовані судинні події (інфаркт міокарда, інсульт), у 6 з них - повторні. Характерними були швидке схуднення на 7-15 кг за 3-6 місяців, знесилення, анорексія, депресія, стійкі закрепи, грубі доплерографічні зміни судин черевної порожнини. Онкологічні захворювання були виключені. Стандартний комплекс (поліферментні, судиннорозширюючі, нітрати, рослинні антидепресанти, антиоксиданти, послаблюючі) отримували всі хворі. Десяти з них (основна група) в стартовій терапії додатково призначали латрен по 200 мл довенно №7-8 з переходом на актовегін 5-10 мл довенно №5 з подальшим дом'язовим його введенням до №25 та одночасним призначенням пентоксифіліну по 200 мг тричі на день впродовж одного місяця; наступні два місяці - вазавітал по 1 капсулі тричі на день. Переваги запропонованого методу за 14 днів стаціонарного лікування були маловагомими, під кінець першого місяця лікування - суттєвими, до третього місяця - переконливими (зниження болювого синдрому, закрепи, депресії, покращення апетиту, у 7 з 10 - прибавка у вазі від 3 до 6 кг).

Висновок: Вважаємо необхідним проведення подальших вислідів ефективності підтримуючої терапії та її вдосконалення.

**УДК:** 616.33-002:616-053.9:615.035.1

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ Й РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ У ЛІТНЬОМУ ТА СТАРЕЧОМУ ВІЦІ**

**Волошин О.І.**

Буковинський державний медичний університет (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

За останні 35 років під нашим спостереженням знаходилося більше 1,5 тисячі хворих на хронічні гастродуоденіти (ХГД) віком від 60 до 87 років. Клінічними особливостями були стертість клініки, торпідність перебігу ХГД, поліморбідний фон у межах системи травлення та інших систем. Ендоскопічними рисами були обширні поля атрофії гастродуоденальної слизової оболонки (ГДСО), підвищена її ранимість та схильність до ерозивних процесів, висока (до 90%) частота обсіювання Н.р., збіднення судинного русла підслизового шару при помірних явищах запалення. У віці 70 років ХГД протікає як мінімум на тлі 3 захворювань системи травлення, 2-3 - серцево-судинної, опорно-рухового апарату, рідше бронхолегеневої системи з формуванням феномену взаємного обстеження перебігу захворювань. Досвід показує, що антихелікобактерна терапія необхідна не зважаючи на високу (до 65%) частоту побічних ефектів. Її треба здійснювати на тлі, а також після ірадикації Н.р. поліферментних судиннорозширювальних, метаболічних препаратів, коректорів мікробіоценозу кишечника. В постеродикаційному періоді особливо цінні полікомпонентні ліки рослинного походження системної дії (іберогаст, холівер, поліфітол, гепа-бене, А-дістон, гастроліт, гепатофіт тощо). Оскільки атрофічна слизова ГДСО особливо чутлива до гастротоксичних ліків та огріхів у харчуванні, доцільні цитопротективні засоби. Процес реабілітації затягується до 4-6 тижнів з ненадійними критеріями одужання. На цьому етапі відмічається високий комплайєнс хворих до ліків рослинного походження та їх вища ефективність.

жено 19 хворих на ХАХ у віці 65-82 (74,3 ± 2,9) роки. В анамнезі у всіх зафіксовані судинні події (інфаркт міокарда, інсульт), у 6 з них - повторні. Характерними були швидке схуднення на 7-15 кг за 3-6 місяців, знесилення, анорексія, депресія, стійкі закрепи, грубі доплерографічні зміни судин черевної порожнини. Онкологічні захворювання були виключені. Стандартний комплекс (поліферментні, судиннорозширюючі, нітрати, рослинні антидепресанти, антиоксиданти, послаблюючі) отримували всі хворі. Десяти з них (основна група) в стартовій терапії додатково призначали латрен по 200 мл довенно №7-8 з переходом на актовегін 5-10 мл довенно №5 з подальшим дом'язовим його введенням до №25 та одночасним призначенням пентоксифіліну по 200 мг тричі на день впродовж одного місяця; наступні два місяці - вазавітал по 1 капсулі тричі на день. Переваги запропонованого методу за 14 днів стаціонарного лікування були маловагомими, під кінець першого місяця лікування - суттєвими, до третього місяця - переконливими (зниження больового синдрому, закріпів, депресії, покращення апетиту, у 7 з 10 - прибавка у вазі від 3 до 6 кг).

Висновок: Вважаємо необхідним проведення подальших вислідів ефективності підтримуючої терапії та її вдосконалення.

---

**УДК:** 616.33-002:616-053.9:615.035.1

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ Й РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ У ЛІТНЬОМУ ТА СТАРЕЧОМУ ВІЦІ**

**Волошин О.І.**

Буковинський державний медичний університет (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58000)

---

За останні 35 років під нашим спостереженням знаходилось більше 1,5 тисячі хворих на хронічні гастродуоденіти (ХГД) віком від 60 до 87 років. Клінічними особливостями були стертість клініки, торпідність перебігу ХГД, поліморбідний фон у межах системи травлення та інших систем. Ендоскопічними рисами були обширні поля атрофії гастродуоденальної слизової оболонки (ГДСО), підвищена її ранимість та схильність до ерозивних процесів, висока (до 90%) частота обсіювання Н.р., збіднення судинного русла підслизового шару при помірних явищах запалення. У віці 70 років ХГД протікає як мінімум на тлі 3 захворювань системи травлення, 2-3 - серцево-судинної, опорно-рухового апарату, рідше бронхолегеневої системи з формуванням феномену взаємного обстеження перебігу захворювань. Досвід показує, що антихелікобактерна терапія необхідна не зважаючи на високу (до 65%) частоту побічних ефектів. Її треба здійснювати на тлі, а також після ірадикації Н.р. поліферментних судиннорозширювальних, метаболічних препаратів, коректорів мікробіоценозу кишечника. В постеродикаційному періоді особливо цінні полікомпонентні ліки рослинного походження системної дії (іберогаст, холівер, поліфітол, гепа-бене, А-дістон, гастроліт, гепатофіт тощо). Оскільки атрофічна слизова ГДСО особливо чутлива до гастротоксичних ліків та огріхів у харчуванні, доцільні цитопротективні засоби. Процес реабілітації затягується до 4-6 тижнів з ненадійними критеріями одужання. На цьому етапі відмічається високий комплайєнс хворих до ліків рослинного походження та їх вища ефективність.

---

УДК: 616.379-008.64:612.3:637.146

## ЗАСТОСУВАННЯ МОЛОЧНОКИСЛИХ ПРОДУКТІВ У ХАРЧУВАННІ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

*Абатуров О.Є., Агафонова О.О., Логвінов Д.В., Загребіна Я.В.*

Державна медична академія (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044), Міська клінічна дитяча лікарня №1 (пр. Воронцова, 29-а, м. Дніпропетровськ, Україна, 40023)

Раціональне харчування для хворих на інсулінозалежний цукровий діабет (ІЗЦД) є важливою частиною терапії. Мета раціонального планування харчування полягає в тому, щоб збалансувати раціон дитини, рівень фізичної активності та дозу інсуліну, а також підтримувати коливання концентрації глюкози крові в мінімальному діапазоні, уникаючи гіперглікемії та гіпоглікемії. Тим самим знижується небезпека розвитку ускладнень (мікроангіопатії, ретинопатії, нефропатії і т.д.) (Greene, 1997) Збалансоване харчування забезпечує нормальний зріст і розвиток дитини, а також нормальне функціонування органів і систем. Планування харчування дитині з ІЗЦД передбачає: певне співвідношення в харчовому раціоні основних харчових субстратів (вуглеводи, білки, жири, вітаміни, мінерали, клітковина, вода); вибір продуктів з низьким глікемічним індексом; раціональний розподіл харчового навантаження протягом дня; еквівалентну заміну продуктів при складанні плану харчування; компетентність пацієнта щодо цукрового діабету в питаннях планування харчування (Magrath, 1993).

Загальновизнане правило традиційної дієтотерапії при цукровому діабеті І типу - прийом їжі 6-7 разів на день невеликими порціями. Це необхідно для пристосування харчування до дії інсуліну подовженої дії, бо пропуск прийому їжі призводить до гіпоглікемії, а при споживанні великої кількості вуглеводів спостерігається пікове підвищення цукру крові, яке не покривається дією пролонгованого інсуліну. Продукти, що підвищують цукор крові і вимагають підрахунку, поділяються на чотири групи: 1. зернові (злакові) - хліб і хлібобулочні вироби, макаронні вироби, крупи, кукурудза; 2. фрукти; 3. картопля; 4. молоко і рідкі молочні продукти; 5. продукти, що містять чистий цукор, так звані легкозасвоювані вуглеводи (Николайчук, 2003).

Харчування дитини, хворої на цукровий діабет І типу, повинно бути як відповідним за якісним і кількісним складом продуктів, так і різноманітним. Планувати харчування хворого ІЗЦД під час підбору дози інсуліну, а також проводити навчання хворого найкраще із застосуванням продукту, який відповідає всім вищезгаданим вимогам. Одним з цих продуктів є йогурти, розроблені компанією Nutana. Даний продукт не містить кристалічного цукру і може використовуватись у харчуванні хворих ІЗЦД. Основні характеристики - 100г продукту містять 3,2г протеїнів, 2,8г - жирів (в т.ч. ненасичених - 1,7г), вуглеводів - 14,6-15,1г. Енергетична цінність - 96-98 ккал. Харчові волокна, що містяться у продукті сповільнюють всмоктування глюкози, сприяють формуванню здорової мікрофлори, нормалізують процеси травлення. Нормальний ріст і розвиток дитини забезпечують також вітаміни та мікроелементи (віт.С, віт.В2, магній, залізо). Йогурт може використовуватись як добавка до звичайної їжі. До незаперечних переваг йогуртів відносяться: а) автоматичний контроль порції препарату; б) контрольована точність калоражу та утримання харчових інгредієнтів; в) можливість контрольованого зниження ваги (якщо ІЗЦД супроводжується ожирінням); г) доповнення основного раціону необхідними харчовими інгредієнтами; д) відповідність сучасного стилю життя - "швидко і легко".

Завдяки своїм характеристикам йогурт Nutana також може використовуватись для харчування дітей в умовах, коли неможлива кулінарна обробка продуктів (наприклад, при переїзді, під час подорожей, під час підвищеного фізичного навантаження і т.д.), якщо у дитини з ІЗЦД відзначається синдром мальабсорції та / або мальдігестії (інтоксикація на тлі інфекційних захворювань, кишечні інфекції і т.д.).

З метою визначення переносимості йогуртів Nutana, а також для оцінки їх впливу на постпрандіальну глікемію, ми застосували йогурт у харчуванні дітей з ІЗЦД, що перебували на стаціонарному лікуванні в обласному ендокринологічному відділенні.

Групу дослідження склали 85 дітей з цукровим діабетом І типу віком від 5 до 15 років (табл. 1).

Усі діти перебували на адекватній інсулінотерапії, не мали ознак кетоацидозу.

Йогурт Nutana був використаний нами для додаткового прийому їжі (перекус) між сніданком і обідом. Всі діти отримували по 150 мл йогурту, що відповідало 2 хлібним одиницям. У всіх хворих визначався рівень глюкози крові натще та рівень глікемії через 90 хвилин після додаткового прийому їжі. Рівень постпрандіальної глікемії порівнювали з рівнем базальної. Крім того, визначали медіану базальної і постпрандіальної глікемії ( $\Sigma 1 + 2 + n$ ; n, де n - кількість обстежених дітей). Медіана базальної глікемії залишилась 7,8 ммоль/л, медіана постпрандіальної глікемії - 7,6 ммоль/л. Ці дані свідчать про те, що через 90 хвилин після прийому

**Таблиця 1.** Розподіл дітей ІЗЦД за віком і статтю.

Стать \ Вік (р.)	5-6	7-8	9-10	11-12	12-14	14-16
дівчатка	4	6	9	12	6	10
хлопчики	3	4	6	4	9	12

**Таблиця 2.** Оцінка смакових якостей йогуртів Humana.

	0	1	2	3
Смакові характеристики	20	59	5	1

**Примітка.** 0 - відмінно, 1 - добре, 2 - задовільно, 3 - незадовільно.

о може використовуватися як добавка до звичайної їжі; о може використовуватися для харчування дітей в умовах, коли не можлива кулінарна обробка продуктів

йогурту рівень цукру нормалізувався в усіх дітей.

Оцінювалися смакові якості йогурту Humana. Дані представлені в таблиці 2.

Після прийому йогурту Humana у дітей не відзначено алергічних проявів, диспепсичних реакцій.

Висновки: йогурт Humana: о може використовуватися дітьми, що мають ІЗЦД для додаткових прийомів їжі (перекусів);

**УДК:** 616.334-036.1-053.2:579.842.1/.2

## **ОСОБЛИВОСТІ ХЕЛІКОБАКТЕР-АСОЦІЙОВАНИХ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНО-ЕРОЗИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ**

**Абатуров О.Є., Герасименко О.М., Петренко Л.Л.**

Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

Активне вивчення *Helicobacter Pylori* (HP) в останні роки виявило численні факти його участі в розвитку, прогресуванні та виникненні рецидивів захворювань гастроудоденальної зони. Бактерія HP має розвинені складні захисні механізми, що дозволяють їй уникати бактерицидного впливу кислоти в шлунку, виживати в ньому, прикріплюватися до шлункового епітелію і взаємодіяти як з ним, так і з імунною системою господаря. Інфікування HP зазвичай відбувається в ранньому дитинстві. Для визначення причини патогенності HP було проведено багато клінічних і фундаментальних досліджень, в яких було доведено, що вона обумовлена як вірулентністю бактерій, так і сприйнятливістю макроорганізму. Найбільш значимими факторами вірулентності HP є вакуолізуючий цитотоксин A (VacA) та "острівець" патогенності генів Cag-PAI та його маркер цитотоксин-асоційований ген A (cytotoxic-associated gene - CagA).

Метою дослідження було вивчення особливостей хелікобактерної інфекції, асоційованої з CagA-позитивними (CagA(+)) штамми HP, у дітей з хронічними запально-ерозивними гастроудоденальними захворюваннями. Під спостереженням перебували 141 дитина у віці від 7 до 17 років з хронічною гастроудоденальною патологією в стадії загострення. Окрім з'ясування скарг і анамнезу захворювання, фізикального огляду, лабораторного обстеження, всім хворим дітям проведено ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки (апарат Pentax FG-15W, Японія), визначення в сироватці венозної крові сумарних імуноглобулінів (IgM, IgA, IgG) до антигену (Ag) CagA білка HP методом імуноферментного аналізу з використанням діагностичних тест-систем "ХелікоБест-антитіла" компанії "Вектор-Бест" (Росія). На основі анамнестичних та клініко-ендоскопічних даних у 60 (42,6%) пацієнтів діагностовано хронічний гастрит (ХГ), у 81 (57,4%) - хронічний гастроудоденіт (ХГД). Проведене нами дослідження сумарних анти-CagA-Ig A, M, G показало, що 77 (54,6%) хворих дітей на різні форми запально-ерозивних гастроудоденальних захворювань, які спостерігались, інфіковані токсигенними CagA(+) штамми HP. Частота виявлення CagA(+) та CagA(-) штамів *H.pylori* при різних формах гастроудоденальної патології у дітей була наступною: ХГ - 33 (23,4%) CagA(+) та 27 (19,2%) CagA(-), ХГД - 44 (31,2%) та 37 (26,2%) відповідно. За наявності CagA(+) або CagA(-) штаму HP всі діти були розподілені на дві групи: основну - 77 дітей, які інфіковані токсигенними, асоційованими з CagA(+) штамми HP (при цьому, 39 дітей мали різко позитивний титр сумарних анти-CagA-Ig A, M, G ? 1:40) та групу порівняння - 64 дітей, які інфіковані нетоксигенними CagA(-) штамми HP (титр антитіл < 1:5). Клінічними особливостями хелікобактер-асоційованої з CagA(+) штамми HP гастроудоденальної патології у дітей була більш виражена інтенсивність больового синдрому (дуже виразний біль у 49 (63,6%) на відміну від групи порівняння у 21 (32,8%) дітей), та наявність виразко-подібного характеру болю навіть при відсутності ерозивного ураження СОШ або ДПК. У дітей з CagA-позитивними штамми HP частіше зустрічались такі ознаки диспепсії, як зниження апетиту, відрижка кислим і нестійкість стільця - чергування закрепи з проносом. Ендоскопічними особливостями хелікобактер-асоційованої з CagA(+) штамми HP гастроудоденальної патології у дітей можливо вважати наявність каламутного слизу в просвіті шлунку, поширений гастрит (у 35 дітей проти 8 дітей з CagA(-) штамми HP). У більшості дітей обох груп гастрит протікав без атрофії слизової оболонки на тлі нормальної або підвищеної секреції шлунку.

**УДК:** 616.34-022.1-036.1:616.98:615.874.3-053.3

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ**

**Таблиця 2.** Оцінка смакових якостей йогуртів Humana.

	0	1	2	3
Смакові характеристики	20	59	5	1

**Примітка.** 0 - відмінно, 1 - добре, 2 - задовільно, 3 - незадовільно.

о може використовуватися як добавка до звичайної їжі; о може використовуватися для харчування дітей в умовах, коли не можлива кулінарна обробка продуктів

йогурту рівень цукру нормалізувався в усіх дітей.

Оцінювалися смакові якості йогурту Humana. Дані представлені в таблиці 2.

Після прийому йогурту Humana у дітей не відзначено алергічних проявів, диспепсичних реакцій.

Висновки: йогурт Humana: о може використовуватися дітьми, що мають ІЗЦД для додаткових прийомів їжі (перекусів);

о може використовуватися як добавка до звичайної їжі; о полегшує контроль рівню глюкози крові; о може використовуватися для харчування дітей в умовах, коли не можлива кулінарна обробка продуктів

**УДК:** 616.334-036.1-053.2:579.842.1/.2

## **ОСОБЛИВОСТІ ХЕЛІКОБАКТЕР-АСОЦІЙОВАНИХ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНО-ЕРОЗИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ**

**Абатуров О.Є., Герасименко О.М., Петренко Л.Л.**

Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

Активне вивчення *Helicobacter Pylori* (HP) в останні роки виявило численні факти його участі в розвитку, прогресуванні та виникненні рецидивів захворювань гастроудоденальної зони. Бактерія HP має розвинені складні захисні механізми, що дозволяють їй уникати бактерицидного впливу кислоти в шлунку, виживати в ньому, прикріплюватися до шлункового епітелію і взаємодіяти як з ним, так і з імунною системою господаря. Інфікування HP зазвичай відбувається в ранньому дитинстві. Для визначення причини патогенності HP було проведено багато клінічних і фундаментальних досліджень, в яких було доведено, що вона обумовлена як вірулентністю бактерій, так і сприйнятливістю макроорганізму. Найбільш значимими факторами вірулентності HP є вакуолізуючий цитотоксин A (VacA) та "острівець" патогенності генів Cag-PAI та його маркер цитотоксин-асоційований ген A (cytotoxic-associated gene - CagA).

Метою дослідження було вивчення особливостей хелікобактерної інфекції, асоційованої з CagA-позитивними (CagA(+)) штамми HP, у дітей з хронічними запально-ерозивними гастроудоденальними захворюваннями. Під спостереженням перебували 141 дитина у віці від 7 до 17 років з хронічною гастроудоденальною патологією в стадії загострення. Окрім з'ясування скарг і анамнезу захворювання, фізикального огляду, лабораторного обстеження, всім хворим дітям проведено ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки (апарат Pentax FG-15W, Японія), визначення в сироватці венозної крові сумарних імуноглобулінів (IgM, IgA, IgG) до антигену (Ag) CagA білка HP методом імуноферментного аналізу з використанням діагностичних тест-систем "ХелікоБест-антитіла" компанії "Вектор-Бест" (Росія). На основі анамнестичних та клініко-ендоскопічних даних у 60 (42,6%) пацієнтів діагностовано хронічний гастрит (ХГ), у 81 (57,4%) - хронічний гастроудоденіт (ХГД). Проведене нами дослідження сумарних анти-CagA-Ig A, M, G показало, що 77 (54,6%) хворих дітей на різні форми запально-ерозивних гастроудоденальних захворювань, які спостерігались, інфіковані токсигенними CagA(+) штамми HP. Частота виявлення CagA(+) та CagA(-) штамів *H.pylori* при різних формах гастроудоденальної патології у дітей була наступною: ХГ - 33 (23,4%) CagA(+) та 27 (19,2%) CagA(-), ХГД - 44 (31,2%) та 37 (26,2%) відповідно. За наявності CagA(+) або CagA(-) штаму HP всі діти були розподілені на дві групи: основну - 77 дітей, які інфіковані токсигенними, асоційованими з CagA(+) штамми HP (при цьому, 39 дітей мали різко позитивний титр сумарних анти-CagA-Ig A, M, G ? 1:40) та групу порівняння - 64 дітей, які інфіковані нетоксигенними CagA(-) штамми HP (титр антитіл < 1:5). Клінічними особливостями хелікобактер-асоційованої з CagA(+) штамми HP гастроудоденальної патології у дітей була більш виражена інтенсивність больового синдрому (дуже виразний біль у 49 (63,6%) на відміну від групи порівняння у 21 (32,8%) дітей), та наявність виразко-подібного характеру болю навіть при відсутності ерозивного ураження СОШ або ДПК. У дітей з CagA-позитивними штамми HP частіше зустрічались такі ознаки диспепсії, як зниження апетиту, відрижка кислим і нестійкість стільця - чергування закрепи з проносом. Ендоскопічними особливостями хелікобактер-асоційованої з CagA(+) штамми HP гастроудоденальної патології у дітей можливо вважати наявність каламутного слизу в просвіті шлунку, поширений гастрит (у 35 дітей проти 8 дітей з CagA(-) штамми HP). У більшості дітей обох груп гастрит протікав без атрофії слизової оболонки на тлі нормальної або підвищеної секреції шлунку.

**УДК:** 616.34-022.1-036.1:616.98:615.874.3-053.3

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ**



**Таблиця 2.** Оцінка смакових якостей йогуртів Humana.

	0	1	2	3
Смакові характеристики	20	59	5	1

**Примітка.** 0 - відмінно, 1 - добре, 2 - задовільно, 3 - незадовільно.

о може використовуватися як добавка до звичайної їжі; о може використовуватися для харчування дітей в умовах, коли не можлива кулінарна обробка продуктів

йогурту рівень цукру нормалізувався в усіх дітей.

Оцінювалися смакові якості йогурту Humana. Дані представлені в таблиці 2.

Після прийому йогурту Humana у дітей не відзначено алергічних проявів, диспепсичних реакцій.

Висновки: йогурт Humana: о може використовуватися дітьми, що мають ІЗЦД для додаткових прийомів їжі (перекусів);

о може використовуватися як добавка до звичайної їжі; о полегшує контроль рівню глюкози крові; о може використовуватися для харчування дітей в умовах, коли не можлива кулінарна обробка продуктів

**УДК:** 616.334-036.1-053.2:579.842.1/.2

## **ОСОБЛИВОСТІ ХЕЛІКОБАКТЕР-АСОЦІЙОВАНИХ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНО-ЕРОЗИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ**

**Абатуров О.Є., Герасименко О.М., Петренко Л.Л.**

Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

Активне вивчення *Helicobacter Pylori* (HP) в останні роки виявило численні факти його участі в розвитку, прогресуванні та виникненні рецидивів захворювань гастроудоденальної зони. Бактерія HP має розвинені складні захисні механізми, що дозволяють їй уникати бактерицидного впливу кислоти в шлунку, виживати в ньому, прикріплюватися до шлункового епітелію і взаємодіяти як з ним, так і з імунною системою господаря. Інфікування HP зазвичай відбувається в ранньому дитинстві. Для визначення причини патогенності HP було проведено багато клінічних і фундаментальних досліджень, в яких було доведено, що вона обумовлена як вірулентністю бактерій, так і сприйнятливістю макроорганізму. Найбільш значимими факторами вірулентності HP є вакуолізуючий цитотоксин A (VacA) та "острівець" патогенності генів Cag-PAI та його маркер цитотоксин-асоційований ген A (cytotoxic-associated gene - CagA).

Метою дослідження було вивчення особливостей хелікобактерної інфекції, асоційованої з CagA-позитивними (CagA(+)) штамми HP, у дітей з хронічними запально-ерозивними гастроудоденальними захворюваннями. Під спостереженням перебували 141 дитина у віці від 7 до 17 років з хронічною гастроудоденальною патологією в стадії загострення. Окрім з'ясування скарг і анамнезу захворювання, фізикального огляду, лабораторного обстеження, всім хворим дітям проведено ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки (апарат Pentax FG-15W, Японія), визначення в сироватці венозної крові сумарних імуноглобулінів (IgM, IgA, IgG) до антигену (Ag) CagA білка HP методом імуноферментного аналізу з використанням діагностичних тест-систем "ХелікоБест-антитіла" компанії "Вектор-Бест" (Росія). На основі анамнестичних та клініко-ендоскопічних даних у 60 (42,6%) пацієнтів діагностовано хронічний гастрит (ХГ), у 81 (57,4%) - хронічний гастроудоденіт (ХГД). Проведене нами дослідження сумарних анти-CagA-Ig A, M, G показало, що 77 (54,6%) хворих дітей на різні форми запально-ерозивних гастроудоденальних захворювань, які спостерігались, інфіковані токсигенними CagA(+) штамми HP. Частота виявлення CagA(+) та CagA(-) штамів *H.pylori* при різних формах гастроудоденальної патології у дітей була наступною: ХГ - 33 (23,4%) CagA(+) та 27 (19,2%) CagA(-), ХГД - 44 (31,2%) та 37 (26,2%) відповідно. За наявності CagA(+) або CagA(-) штаму HP всі діти були розподілені на дві групи: основну - 77 дітей, які інфіковані токсигенними, асоційованими з CagA(+) штамми HP (при цьому, 39 дітей мали різко позитивний титр сумарних анти-CagA-Ig A, M, G ? 1:40) та групу порівняння - 64 дітей, які інфіковані нетоксигенними CagA(-) штамми HP (титр антитіл < 1:5). Клінічними особливостями хелікобактер-асоційованої з CagA(+) штамми HP гастроудоденальної патології у дітей була більш виражена інтенсивність больового синдрому (дуже виразний біль у 49 (63,6%) на відміну від групи порівняння у 21 (32,8%) дітей), та наявність виразко-подібного характеру болю навіть при відсутності ерозивного ураження СОШ або ДПК. У дітей з CagA-позитивними штамми HP частіше зустрічались такі ознаки диспепсії, як зниження апетиту, відрижка кислим і нестійкість стільця - чергування закрепи з проносом. Ендоскопічними особливостями хелікобактер-асоційованої з CagA(+) штамми HP гастроудоденальної патології у дітей можливо вважати наявність каламутного слизу в просвіті шлунку, поширений гастрит (у 35 дітей проти 8 дітей з CagA(-) штамми HP). У більшості дітей обох груп гастрит протікав без атрофії слизової оболонки на тлі нормальної або підвищеної секреції шлунку.

**УДК:** 616.34-022.1-036.1:616.98:615.874.3-053.3

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ**

## **ІНФЕКЦІЙ РОТАВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ**

**Абатуров О.Є., Кривуша О.Л., Івашина В.І., Гірина І.О.**

Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044), Миська клінічна дитяча лікарня №1 (пр. Воронцова, 29-а, м. Дніпропетровськ, Україна, 40023)

Частота захворюваності на ротавірусну інфекцію в Україні складає від 35 до 73% серед гострих кишкових інфекцій (ГКІ) різної етіології і має тенденцію до зростання. Найчастіше хворіють на ГКІ ротавірусної етіології діти перших років життя. Особливістю ротавірусних гастроентеритів є тривалий діарейний синдром, який разом з іншими проявами ГКІ призводить до значних патологічних витрат рідини і обумовлює розвиток ексикозу різного ступеня тяжкості. Діарея при ротавірусній інфекції носить осмотичний характер, що пов'язано з розвитком вторинної лактазної недостатності і може зменшуватися при вилученні відповідного дисахариду.

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності різних видів дієтотерапії при лікуванні ротавірусних діарей у дітей раннього віку, які знаходились на штучному вигодовуванні адаптованими молочними сумішами у зв'язку з гіпогалакцією матері. Під наглядом знаходилась 51 дитина першого року життя з діагнозом ГКІ ротавірусної етіології. Діагноз було встановлено на підставі клінічних даних та підтверджено визначенням антигенів ротавіруса групи А у калі хворих дітей. Середньо-тяжка форма хвороби визначалась у 29 дітей, тяжка - у 22 дітей. У більшості обстежених (78,4%) захворювання почалося гостро. Першою проявою хвороби у 50% випадків була блювота, у багатьох дітей - багаторазова. У 25 дітей реєструвалось підвищення температури до фебрильних цифр, з'являлись ознаки млявості, адинамії, загального неспокою. У абсолютної більшості дітей вже з першого дня захворювання домінував діарейний синдром у вигляді рідких випорожнень, водянистих, пінистих, слабо забарвлених, без патологічних домішок або з незначною кількістю слизу, з різким запахом. Частота випорожнень коливалась від 6-7 до 15-18 разів на добу. При дослідженні копроцитограми показник рН калу не перевищував 5,5. У більшості випадків ротавірусна інфекція перебігала з ведучим синдромом гастроентериту, у частини дітей визначались прояви гастроентероколіту. У 9 дітей тяжкість стану була обумовлена розвитком синдрому ацетонемічного блювання. Базисна терапія передбачала використання протівірусних препаратів (Віферон, Лаферон), ферментних препаратів та пробіотиків. За показаннями проводилась оральна або парентеральна регідратаційна терапія. Особливу увагу ми приділили дієтотерапії хворих дітей. З першої доби стаціонарного лікування, в залежності від призначеної дієтотерапії, діти були розподілені на 2 групи. Діти I групи (24 дитини - 47,1% спостережень) з першого дня лікування отримували тільки НАН-безлактозний, діти II групи (27 дітей - 52,9%) продовжували вигодовуватися адаптованими сумішами, такими, як і до початку захворювання. Для визначення ефективності дієтотерапії враховувалась тривалість основних синдромів хвороби. Дослідження показало, що дієтотерапія з використанням суміші НАН-безлактозний призводить до загального скорочення тривалості діарейного синдрому до 4,6±0,3 днів у порівнянні з дітьми II групи - 5,8±0,3 (p<0,05), зменшення кратності стільця у розпал хвороби (6,5±0,4 рази на добу проти 7,5±0,6 (p<0,05)), що нівелює патологічні витрати рідини та перешкоджає розвитку ексикозу. У дітей I групи зареєстровано скорочення тривалості інтоксикаційного синдрому - 3,3±0,3 дні проти 5,1±0,3 (p<0,05) у II групі, що проявлялось відновленням апетиту, підвищенням емоційного стану дитини, нормалізацією періодів сну та бадьорості.

Висновок: дієтотерапія ротавірусних гастроентеритів із використанням суміші НАН-безлактозний сприяє скороченню тривалості перебування дитини на стаціонарному лікуванні за рахунок скорочення тривалості основних синдромів захворювання.

**УДК: 615.23:616.23/.25-053.32**

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛИПИНА В ПОСТЭКСТУБАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ**

**Безкаравайный Б.А., Когутницкая М.И., Баутина Т.В., Репина Г.И.**

Кафедра педиатрии с детскими инфекциями и детской хирургией Луганского государственного медицинского университета (ул. 50 лет Оборона Луганска, 1в, г. Луганск, Украина, 91000)

Хронические заболевания легких (ХЗЛ) остаются серьезной и распространенной патологией у недоношенных детей, несмотря на применение стероидов в антенатальном периоде, заместительной терапии сурфактантом и другими вмешательствами в отделении интенсивной терапии. На основании цитологических и биохимических исследований накапливается все больше данных, что важную роль в патогенезе ХЗЛ играет воспаление. Вмешательства, направленные на снижение или регулирование воспалительного процесса могут снизить частоту

## **ІНФЕКЦІЙ РОТАВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ**

**Абатуров О.Є., Кривуша О.Л., Івашина В.І., Гірина І.О.**

Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044), Миська клінічна дитяча лікарня №1 (пр. Воронцова, 29-а, м. Дніпропетровськ, Україна, 40023)

Частота захворюваності на ротавірусну інфекцію в Україні складає від 35 до 73% серед гострих кишкових інфекцій (ГКІ) різної етіології і має тенденцію до зростання. Найчастіше хворіють на ГКІ ротавірусної етіології діти перших років життя. Особливістю ротавірусних гастроентеритів є тривалий діарейний синдром, який разом з іншими проявами ГКІ призводить до значних патологічних витрат рідини і обумовлює розвиток ексикозу різного ступеня тяжкості. Діарея при ротавірусній інфекції носить осмотичний характер, що пов'язано з розвитком вторинної лактазної недостатності і може зменшуватися при вилученні відповідного дисахариду.

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності різних видів дієтотерапії при лікуванні ротавірусних діарей у дітей раннього віку, які знаходились на штучному вигодовуванні адаптованими молочними сумішами у зв'язку з гіпогалакцією матері. Під наглядом знаходилась 51 дитина першого року життя з діагнозом ГКІ ротавірусної етіології. Діагноз було встановлено на підставі клінічних даних та підтверджено визначенням антигенів ротавіруса групи А у калі хворих дітей. Середньо-тяжка форма хвороби визначалась у 29 дітей, тяжка - у 22 дітей. У більшості обстежених (78,4%) захворювання почалося гостро. Першою проявою хвороби у 50% випадків була блювота, у багатьох дітей - багаторазова. У 25 дітей реєструвалось підвищення температури до фебрильних цифр, з'являлись ознаки млявості, адинамії, загального неспокою. У абсолютної більшості дітей вже з першого дня захворювання домінував діарейний синдром у вигляді рідких випорожнень, водянистих, пінистих, слабо забарвлених, без патологічних домішок або з незначною кількістю слизу, з різким запахом. Частота випорожнень коливалась від 6-7 до 15-18 разів на добу. При дослідженні копроцитограми показник рН калу не перевищував 5,5. У більшості випадків ротавірусна інфекція перебігала з ведучим синдромом гастроентериту, у частини дітей визначались прояви гастроентероколіту. У 9 дітей тяжкість стану була обумовлена розвитком синдрому ацетонемічного блювання. Базисна терапія передбачала використання протівірусних препаратів (Віферон, Лаферон), ферментних препаратів та пробіотиків. За показаннями проводилась оральна або парентеральна регідратаційна терапія. Особливу увагу ми приділили дієтотерапії хворих дітей. З першої доби стаціонарного лікування, в залежності від призначеної дієтотерапії, діти були розподілені на 2 групи. Діти I групи (24 дитини - 47,1% спостережень) з першого дня лікування отримували тільки НАН-безлактозний, діти II групи (27 дітей - 52,9%) продовжували вигодовуватися адаптованими сумішами, такими, як і до початку захворювання. Для визначення ефективності дієтотерапії враховувалась тривалість основних синдромів хвороби. Дослідження показало, що дієтотерапія з використанням суміші НАН-безлактозний призводить до загального скорочення тривалості діарейного синдрому до 4,6±0,3 днів у порівнянні з дітьми II групи - 5,8±0,3 (p<0,05), зменшення кратності стільця у розпал хвороби (6,5±0,4 рази на добу проти 7,5±0,6 (p<0,05)), що нівелиє патологічні витрати рідини та перешкоджає розвитку ексикозу. У дітей I групи зареєстровано скорочення тривалості інтоксикаційного синдрому - 3,3±0,3 дні проти 5,1±0,3 (p<0,05) у II групі, що проявлялось відновленням апетиту, підвищенням емоційного стану дитини, нормалізацією періодів сну та бадьорості.

Висновок: дієтотерапія ротавірусних гастроентеритів із використанням суміші НАН-безлактозний сприяє скороченню тривалості перебування дитини на стаціонарному лікуванні за рахунок скорочення тривалості основних синдромів захворювання.

**УДК:** 615.23:616.23/.25-053.32

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛИПИНА В ПОСТЭКСТУБАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС СИНДРОМОМ**

**Безкаравайный Б.А., Когутницкая М.И., Баутина Т.В., Репина Г.И.**

Кафедра педиатрии с детскими инфекциями и детской хирургией Луганского государственного медицинского университета (ул. 50 лет Оборона Луганска, 1в, г. Луганск, Украина, 91000)

Хронические заболевания легких (ХЗЛ) остаются серьезной и распространенной патологией у недоношенных детей, несмотря на применение стероидов в антенатальном периоде, заместительной терапии сурфактантом и другими вмешательствами в отделении интенсивной терапии. На основании цитологических и биохимических исследований накапливается все больше данных, что важную роль в патогенезе ХЗЛ играет воспаление. Вмешательства, направленные на снижение или регулирование воспалительного процесса могут снизить частоту

или тяжесть ХЗЛ. Для недоношенных детей, которых экстубируют после вентиляции, осуществляемой через эндотрахеальную трубку, существует риск развития дыхательной недостаточности в результате апноэ, респираторного ацидоза и гипоксии. Эндотрахеальная трубка является инородным телом, которое может травмировать верхние дыхательные пути и вызвать отек гортани. Для уменьшения отека верхних дыхательных путей и облегчения экстубации профилактически используются кортикостероиды. Теоретически применение ингаляционных кортикостероидов может оказывать на дыхательную систему положительные эффекты без сопутствующих высоких концентраций в системах и с меньшим риском негативных побочных эффектов. Благодаря интенсивному противовоспалительному эффекту кортикостероиды применяются для профилактики или лечения ХЗЛ. Хотя терапия стероидами на ранних сроках облегчает экстубацию и уменьшает риск возникновения хронических заболеваний легких, она сопровождается краткосрочными негативными эффектами, включая желудочно-кишечное кровотечение, повреждение кишечника, гипергликемию, повышенное кровяное давление, гипертрофическую кардиомиопатию и отставание в развитии. Одним из наиболее эффективных и безопасных способов введения лекарственных препаратов при лечении ХЗЛ является их введение с помощью небулайзера. Цель селективной доставки препаратов - депонировать адекватную дозу специфического лечебного средства в дыхательные пути для достижения высокого локального клинического эффекта, избегая тяжелых системных побочных эффектов. Липин оказывает антигипоксическое действие, содействует повышению скорости диффузии кислорода из легких в кровь и из крови в ткани, нормализует процессы тканевого дыхания. Восстанавливает функциональную активность эндотелиальных клеток, синтез и выделение эндотелиального фактора расслабления, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови. Липин ингибирует процессы перекисного окисления липидов в крови и тканях, поддерживает активность антиоксидантных систем организма, проявляет мембранопротекторный эффект, повышает неспецифический иммунитет. При ингаляционном введении Липин оказывает положительное влияние на легочной сурфактант, улучшает легочную и альвеолярную вентиляцию, увеличивает скорость транспорта кислорода через биологические мембраны. Липин не оказывает негативного влияния на функциональное состояние органов и систем организма, нетоксичен.

Под наблюдением находились 11 недоношенных новорожденных детей с РДС, находившихся на ИВЛ, которым после экстубации вводили препарат Липин через небулайзер в дозе 100мг/кг/сутки. На фоне лечения липосомальными формами лецитина отмечалось улучшение дренажной функции трахеобронхиального дерева, также отмечался выраженный бронхолитический эффект, постепенное уменьшение степени тяжести постэкстубационного периода. В этой группе детей отсутствовали реинтубация, показатели сатурации в более короткие сроки достигали 87-92% при отмене дотации кислорода.

**УДК:** 616.441-097.3+572.7.

## **АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПАТОЛОГІЇ ШИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Вернигородський В. С., \*Огороднік С. О.**

Кафедра ендокринології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), \*Вінницький клінічний обласний ендокринологічний диспансер (вул. Мічурина, 32, м. Вінниця, Україна, 21010)

Захворювання щитоподібної залози у дітей - найчастіша ендокринна патологія. Рання діагностика, профілактика та лікування цих захворювань має важливе значення для гармонічного і правильного фізичного та розумового розвитку дитини.

*Мета* дослідження: проаналізувати захворюваність та розповсюдженість патології щитоподібної залози серед дитячого населення Вінницької області за останні 5 років.

Проведено аналіз показників захворюваності за статистичними звітами серед дітей за період з 2004 по 2008 рік із розрахунку на 10 тис. населення.

Проведені дослідження сумарної патології щитоподібної залози показали, що як розповсюдженість, так і захворюваність в цілому по Вінницькій області мали тенденцію до незначного зниження (відповідно 880,4 та 174,5 в 2004 р. і 773,1 та 157,1 в 2008 р.).

Серед патології щитоподібної залози частіше всього зустрічається дифузний нетоксичний зоб І ст. (розповсюдженість в 2004 р. 838,8, захворюваність 164,4, в 2008 р. відповідно 736,7 та 147,0. Дещо збільшилась розповсюдженість вузлового еутиреоїдного зобу від 4,5 в 2004 р. до 5,16 в 2008 р., але за останні 3 роки вона залишається стабільною. Звертає на себе увагу також захворюваність на гіпотиреоз, яка зросла від 0,3 в 2004 р. до 0,54 в 2008 р. Разом з тим розповсюдженість аутоімунного тиреоїдиту зменшилась з 8,5 до 6,6, а тиреотоксикозу залишається стабільною: 0,6 в 2004 р. та 0,58 в 2008 р. Особливої уваги заслуговує аналіз патології

или тяжесть ХЗЛ. Для недоношенных детей, которых экстубируют после вентиляции, осуществляемой через эндотрахеальную трубку, существует риск развития дыхательной недостаточности в результате апноэ, респираторного ацидоза и гипоксии. Эндотрахеальная трубка является инородным телом, которое может травмировать верхние дыхательные пути и вызвать отек гортани. Для уменьшения отека верхних дыхательных путей и облегчения экстубации профилактически используются кортикостероиды. Теоретически применение ингаляционных кортикостероидов может оказывать на дыхательную систему положительные эффекты без сопутствующих высоких концентраций в системах и с меньшим риском негативных побочных эффектов. Благодаря интенсивному противовоспалительному эффекту кортикостероиды применяются для профилактики или лечения ХЗЛ. Хотя терапия стероидами на ранних сроках облегчает экстубацию и уменьшает риск возникновения хронических заболеваний легких, она сопровождается краткосрочными негативными эффектами, включая желудочно-кишечное кровотечение, повреждение кишечника, гипергликемию, повышенное кровяное давление, гипертрофическую кардиомиопатию и отставание в развитии. Одним из наиболее эффективных и безопасных способов введения лекарственных препаратов при лечении ХЗЛ является их введение с помощью небулайзера. Цель селективной доставки препаратов - депонировать адекватную дозу специфического лечебного средства в дыхательные пути для достижения высокого локального клинического эффекта, избегая тяжелых системных побочных эффектов. Липин оказывает антигипоксическое действие, содействует повышению скорости диффузии кислорода из легких в кровь и из крови в ткани, нормализует процессы тканевого дыхания. Восстанавливает функциональную активность эндотелиальных клеток, синтез и выделение эндотелиального фактора расслабления, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови. Липин ингибирует процессы перекисного окисления липидов в крови и тканях, поддерживает активность антиоксидантных систем организма, проявляет мембранопротекторный эффект, повышает неспецифический иммунитет. При ингаляционном введении Липин оказывает положительное влияние на легочной сурфактант, улучшает легочную и альвеолярную вентиляцию, увеличивает скорость транспорта кислорода через биологические мембраны. Липин не оказывает негативного влияния на функциональное состояние органов и систем организма, нетоксичен.

Под наблюдением находились 11 недоношенных новорожденных детей с РДС, находившихся на ИВЛ, которым после экстубации вводили препарат Липин через небулайзер в дозе 100мг/кг/сутки. На фоне лечения липосомальными формами лецитина отмечалось улучшение дренажной функции трахеобронхиального дерева, также отмечался выраженный бронхолитический эффект, постепенное уменьшение степени тяжести постэкстубационного периода. В этой группе детей отсутствовали реинтубация, показатели сатурации в более короткие сроки достигали 87-92% при отмене дотации кислорода.

**УДК:** 616.441-097.3+572.7.

## **АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПАТОЛОГІЇ ШИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

**Вернигородський В. С., \*Огороднік С. О.**

Кафедра ендокринології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), \*Вінницький клінічний обласний ендокринологічний диспансер (вул. Мічурина, 32, м. Вінниця, Україна, 21010)

Захворювання щитоподібної залози у дітей - найчастіша ендокринна патологія. Рання діагностика, профілактика та лікування цих захворювань має важливе значення для гармонічного і правильного фізичного та розумового розвитку дитини.

*Мета* дослідження: проаналізувати захворюваність та розповсюдженість патології щитоподібної залози серед дитячого населення Вінницької області за останні 5 років.

Проведено аналіз показників захворюваності за статистичними звітами серед дітей за період з 2004 по 2008 рік із розрахунку на 10 тис. населення.

Проведені дослідження сумарної патології щитоподібної залози показали, що як розповсюдженість, так і захворюваність в цілому по Вінницькій області мали тенденцію до незначного зниження (відповідно 880,4 та 174,5 в 2004 р. і 773,1 та 157,1 в 2008 р.).

Серед патології щитоподібної залози частіше всього зустрічається дифузний нетоксичний зоб І ст. (розповсюдженість в 2004 р. 838,8, захворюваність 164,4, в 2008 р. відповідно 736,7 та 147,0. Дещо збільшилась розповсюдженість вузлового еутиреоїдного зобу від 4,5 в 2004 р. до 5,16 в 2008 р., але за останні 3 роки вона залишається стабільною. Звертає на себе увагу також захворюваність на гіпотиреоз, яка зросла від 0,3 в 2004 р. до 0,54 в 2008 р. Разом з тим розповсюдженість аутоімунного тиреоїдиту зменшилась з 8,5 до 6,6, а тиреотоксикозу залишається стабільною: 0,6 в 2004 р. та 0,58 в 2008 р. Особливої уваги заслуговує аналіз патології

щитоподібної залози у дітей в окремих районах Вінницької області. Із року в рік найбільша розповсюдженість патології щитоподібної залози спостерігається в Іллінецькому (від 2962,7 в 2004 р. до 2611,7 в 2008 р), Піщанському (від 2587,0 в 2004 р. до 1732,5 в 2008 р.) та Тиврівському районах (від 1953,1 в 2004 р. до 1825 в 2008 р.). Разом з тим ці ж показники в Шаргородському, Вінницькому та Липовецькому районах були в декілька разів нижчі і коливались від 290,3 до 314,8, що на нашу думку свідчить про низьку виявляемість патології щитоподібної залози у дітей цих районів.

Висновок: у дітей Вінницької області відмічається різноманітна патологія щитоподібної залози, але за останні роки різкого зростання її немає. Необхідно також звернути увагу на райони з низькою виявляемістю і враховуючи, що більшість районів області мають легку ступінь йоддефіциту, необхідно проводити активну профілактику йоддефіцитних захворювань.

**УДК: 616-056.3:37.018.3:37.011.32:330.59**

## **ПСИХОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ - ВИХОВАНЦІВ ДІТЯЧИХ БУДИНКІВ ТА ДІТЕЙ ШКІЛ-ІНТЕРНАТІВ**

**Височина І.Л., Абатуров О.Є.**

Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

За даними спеціалістів із охорони здоров'я, педіатрів та гігієністів показано, що одними з найбільш суттєвих критеріїв індивідуального та колективного здоров'я дітей є досягнутий фізичний, нервово-психічний та інтелектуальний розвиток дитини, який відповідає її хронологічному віку та достатня функціональна та соціальна адаптація дитини у досить широкому діапазоні пристосування (Моїсеєнко та ін., 2008). Оцінка якості життя дитини на сьогодні розглядається як інтегральна характеристика її стану та складається з фізичного, психологічного та соціального компонентів (Ковтюк, 2009).

Значущість вивчення питання стану здоров'я дітей з груп соціального ризику обумовлена наявністю значно гіршого стану психічного та фізичного здоров'я цих дітей та фактом того, що кількість дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування та дітей із соціально неблагополучних сімей в Україні постійно зростає та на сьогодні становить понад 2,5% від загальної кількості дитячого населення (Сіротченко та ін., 2008; Коренев та ін., 2003).

Тому метою дійсного дослідження було вивчення стану здоров'я з оцінкою рівня психологічної адаптації дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які устатковані в дитячих будинках та школах-інтернатах.

Нами проведено психофізіологічне обстеження 55 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які в залежності від ступеня соціальної недостатності та за характером державного устаткування були поділені на дві групи. До першої групи увійшли 19 дітей віком від 7 до 9 років, які опікувались у дитячих будинках, а до другої групи - 36 дітей аналогічного віку, які навчалися у загальноосвітній школі-інтернаті. Треба зазначити, що в другій групі дітей у 77% випадків (n=28) діти були з неповних або соціонегативних сімей. Всі діти, включені до психофізіологічного обстеження, навчалися в першому та другому класах загально-освітніх шкіл міста.

Проведене нами психофізіологічне дослідження дозволило визначити тип темпераменту обстежених дітей та оцінити стійкі індивідуальні особливості їх поведінки, емоційного реагування (тест Айзенка (Горбатов, 2003; Райгородський, 2002)) та виявити особливості характеру, як базової стійкої характеристики особистості, які сформувалися під впливом життєвої ситуації у дітей з дефіцитом батьківського піклування (опитувальник Шмішека (Горбатов, 2003; Леонгард, 1989; Райгородський, 2002)). Тип, працездатність та стійкість нервової системи у обстежених дітей визначали за допомогою темпінг-тесту за авторством Є.П.Ільїна (Ільїн, 1981), а для виявлення субклінічних та донозологічних феноменів, які виступають факторами ризику формування межових нервово-психічних та психо-соматичних розладів, ми використовували дитячий опитувальник неврозів (ДОН), методика В.В.Седнева (1994). Оцінювання методик узгоджувалось із загальноприйнятими інструкціями та ключами. Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використанням пара- та непараметричних методів статистичної обробки, кореляційні взаємозв'язки між параметрами визначались з використанням коефіцієнту рангової кореляції  $r$  Спірмена [Лапач и др., 2000].

За результатами проведеного нами психофізіологічного обстеження дітей в залежності від ступеня соціальної недостатності показано, що характер розподілу показників за всіма шкалами за тестом Айзенка в обох групах дітей був однаковий: у переважній більшості випадків темперамент дітей молодшого шкільного віку можна охарактеризувати як сильний (77% та 66,7% спостережень у дітей 1 та 2 груп), невірноважений та емоційно нестабільний (92,3% та 71,4% відповідно) ( $p < 0,03$ ). Превалювання екстравертів в обох групах обстежених дітей свідчить про їх високу соціальну пристосованість, що корелює з зареєстрованим нами результатом, вищим за п'ять балів, за шкалою брехні в тесті Айзенка (61,5% і 54,7% в 1 та 2 групі;  $p < 0,05$ ) та, на нашу думку, скоріш за все свідчить про наявність прагнення цих дітей до соціальної конформності. Високий показник нейротизму в

щитоподібної залози у дітей в окремих районах Вінницької області. Із року в рік найбільша розповсюдженість патології щитоподібної залози спостерігається в Іллінецькому (від 2962,7 в 2004 р. до 2611,7 в 2008 р), Піщанському (від 2587,0 в 2004 р. до 1732,5 в 2008 р.) та Тиврівському районах (від 1953,1 в 2004 р. до 1825 в 2008 р.). Разом з тим ці ж показники в Шаргородському, Вінницькому та Липовецькому районах були в декілька разів нижчі і коливались від 290,3 до 314,8, що на нашу думку свідчить про низьку виявляемість патології щитоподібної залози у дітей цих районів.

Висновок: у дітей Вінницької області відмічається різноманітна патологія щитоподібної залози, але за останні роки різкого зростання її немає. Необхідно також звернути увагу на райони з низькою виявляемістю і враховуючи, що більшість районів області мають легку ступінь йоддефіциту, необхідно проводити активну профілактику йоддефіцитних захворювань.

**УДК: 616-056.3:37.018.3:37.011.32:330.59**

## **ПСИХОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ - ВИХОВАНЦІВ ДІТЯЧИХ БУДИНКІВ ТА ДІТЕЙ ШКІЛ-ІНТЕРНАТІВ**

**Височина І.Л., Абатуров О.Є.**

Кафедра факультетської педіатрії та медичної генетики Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

За даними спеціалістів із охорони здоров'я, педіатрів та гігієністів показано, що одними з найбільш суттєвих критеріїв індивідуального та колективного здоров'я дітей є досягнутий фізичний, нервово-психічний та інтелектуальний розвиток дитини, який відповідає її хронологічному віку та достатня функціональна та соціальна адаптація дитини у досить широкому діапазоні пристосування (Моїсеєнко та ін., 2008). Оцінка якості життя дитини на сьогодні розглядається як інтегральна характеристика її стану та складається з фізичного, психологічного та соціального компонентів (Ковтюк, 2009).

Значущість вивчення питання стану здоров'я дітей з груп соціального ризику обумовлена наявністю значно гіршого стану психічного та фізичного здоров'я цих дітей та фактом того, що кількість дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування та дітей із соціально неблагополучних сімей в Україні постійно зростає та на сьогодні становить понад 2,5% від загальної кількості дитячого населення (Сіротченко та ін., 2008; Коренев та ін., 2003).

Тому метою дійсного дослідження було вивчення стану здоров'я з оцінкою рівня психологічної адаптації дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які устатковані в дитячих будинках та школах-інтернатах.

Нами проведено психофізіологічне обстеження 55 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які в залежності від ступеня соціальної недостатності та за характером державного устаткування були поділені на дві групи. До першої групи увійшли 19 дітей віком від 7 до 9 років, які опікувались у дитячих будинках, а до другої групи - 36 дітей аналогічного віку, які навчалися у загальноосвітній школі-інтернаті. Треба зазначити, що в другій групі дітей у 77% випадків (n=28) діти були з неповних або соціонегативних сімей. Всі діти, включені до психофізіологічного обстеження, навчалися в першому та другому класах загально-освітніх шкіл міста.

Проведене нами психофізіологічне дослідження дозволило визначити тип темпераменту обстежених дітей та оцінити стійкі індивідуальні особливості їх поведінки, емоційного реагування (тест Айзенка (Горбатов, 2003; Райгородський, 2002)) та виявити особливості характеру, як базової стійкої характеристики особистості, які сформувалися під впливом життєвої ситуації у дітей з дефіцитом батьківського піклування (опитувальник Шмішека (Горбатов, 2003; Леонгард, 1989; Райгородський, 2002)). Тип, працездатність та стійкість нервової системи у обстежених дітей визначали за допомогою темпінг-тесту за авторством Є.П.Ільїна (Ільїн, 1981), а для виявлення субклінічних та донозологічних феноменів, які виступають факторами ризику формування межових нервово-психічних та психо-соматичних розладів, ми використовували дитячий опитувальник неврозів (ДОН), методика В.В.Седнева (1994). Оцінювання методик узгоджувалось із загальноприйнятими інструкціями та ключами. Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використанням пара- та непараметричних методів статистичної обробки, кореляційні взаємозв'язки між параметрами визначались з використанням коефіцієнту рангової кореляції  $r$  Спірмена [Лапач и др., 2000].

За результатами проведеного нами психофізіологічного обстеження дітей в залежності від ступеня соціальної недостатності показано, що характер розподілу показників за всіма шкалами за тестом Айзенка в обох групах дітей був однаковий: у переважній більшості випадків темперамент дітей молодшого шкільного віку можна охарактеризувати як сильний (77% та 66,7% спостережень у дітей 1 та 2 груп), невірноважений та емоційно нестабільний (92,3% та 71,4% відповідно) ( $p < 0,03$ ). Превалювання екстравертів в обох групах обстежених дітей свідчить про їх високу соціальну пристосованість, що корелює з зареєстрованим нами результатом, вищим за п'ять балів, за шкалою брехні в тесті Айзенка (61,5% і 54,7% в 1 та 2 групі;  $p < 0,05$ ) та, на нашу думку, скоріш за все свідчить про наявність прагнення цих дітей до соціальної конформності. Високий показник нейротизму в

обох групах обстежених дітей, можливо, свідчить про зниження рівня їх адаптованості та схильності цих дітей до виникнення неврозу та може виступати як предикат формування неврозу у цих дітей в майбутньому, що співпадає з результатами, отриманими нами за методикою ДОН. Так, ризик формування невротичних розладів мали 68% обстежених дітей 1 групи за рахунок порушень поведінки та 19,4% дітей 2 групи, що реєструвалось на фоні високої тривожності. Ризик формування вегетативних розладів мали 63% дітей з дитячого будинку та 44,5% дітей школи-інтернату, а ризик формування депресивного симптомокомплексу мали 68% дітей 1 групи і 19,5% 2 групи відповідно ( $p < 0,05$ ). Також, за нашими даними, ризик формування симптомокомплексу порушень сну був однаковим (по 60%) в групах обстежених дітей.

За результатами темпінг-тесту більшість дітей з першої групи (57,9%) мали середньо-слабку нервову систему, в той час, як половина учнів другої групи (52,8%) мали слабку нервову систему. Сильний тип нервової системи частіше зустрічався у дітей 1 групи (15,8%), в той час як середня сила нервової системи частіше реєструвалась у дітей 2 групи (19,4%) ( $p < 0,05$ ).

Аналіз результатів підліткового варіанту опитувальника Шмішека, показав, що в першій групі у 57,9% випадків нами зареєстрована циклотімічна акцентуація, в той час, як у дітей другої групи спостереження на першому місці реєструвався екзальтований тип акцентуації (52,8%), на другому місці - збудлива акцентуація (44,5%), на третьому - циклотімічна та гіпертімна типи акцентуації (47%) ( $p < 0,05$ ). Кореляційний аналіз отриманих нами даних дозволив виявити найбільш інформативні та значущі зв'язки між показниками психічного темпу, темпераменту, акцентуації характеру та наявності ризиків формування невротичних розладів серед вихованців дитячого будинку і дітей школи-інтернату. Так, показники нейротизму та брехні за шкалою Айзенка мали прямий кореляційний зв'язок з показниками тривожності, чутливості, демонстративності та циклотімії за опитувальником Шмішека як у дітей першої, так і другої груп спостереження. А показник екстраверсії-інтроверсії у дітей з дитячого будинку мав високий вірогідний зв'язок із показником активності цих дітей за опитувальником Шмішека ( $p < 0,05$ ).

У дітей з дитячого будинку показники темпінг-тесту найбільш щільно корелювали з типологічними характеристиками обстежених дітей і всі ці кореляції мали досить високий ранг ( $r \geq 0,57$ ,  $p < 0,05$ ), хоча й різну спрямованість. Так, за нашими даними, в 1 групі спостереження діти з високим рівнем збудливості та захопленості мали сильний тип нервової системи, що підтверджувалось наявністю максимально високих результатів за рівнем суми балів темпінгу у цих дітей. Слабку силу нервової системи продемонстрували лише ті діти 1 групи, які мали вегетативні розлади або демонстративні діти.

У дітей школи-інтернату характер кореляцій психічного темпу відрізнявся переважанням прямих видів зв'язків ( $r \geq 0,51$ ,  $p < 0,05$ ); а відсутність зворотних кореляцій у другій, третій та четвертій фазах темпінгу дозволяє стверджувати про вірогідність реалізації слабкої нервової системи серед дітей другої групи. За результатами кореляційного аналізу показано, що в 2 групі спостереження сильну нервову систему продемонстрували переважно ті діти, які мали високий рівень захопленості та високі показники нейротизму.

Узагальнюючи результати темпінг-тесту можна сказати, що притаманний обстеженим дітям дитячих будинків рівень адаптованості формується за рахунок усереднення показників чутливості нервової системи, як проявів прямого зв'язку з виразністю сили (середньо-сильний та середньо-слабкий) нервової системи, в той час як діти зі школи-інтернату, у більшості випадків, демонстрували низьку лабільність нервової системи у поєднанні з наявністю переважно слабкої або середньо-слабкої сили нервової системи, що, можливо, свідчить про більш складності та напруження пристосувальних механізмів цих дітей на момент обстеження.

Отримані нами результати кореляційного аналізу дозволяють визначити значущість отриманих результатів у дітей з різним рівнем соціальної недостатності в контексті їх зростання (від 6 до 9 років) за рахунок наявності сильних кореляцій між показником віку обстежених дітей та результатів їх психофізіологічного обстеження. Також нами показано, що вірогідність формування неврозу збільшується з віком дитини та подовженням періоду навчання в школі, що визначає період навчання в початковій школі як критичний період щодо можливості зриву компенсації пристосувальних механізмів адаптації серед дітей з різним рівнем соціальної недостатності.

Висновок: проведене нами психофізіологічне обстеження вихованців дитячого будинку і дітей школи-інтернату дозволило констатувати наявність різного рівня психологічної адаптованості у цих дітей та показало, що притаманний їм рівень психологічної адаптованості відрізняється в залежності від ступеня їх соціальної недостатності. Беручи до уваги, що психологічна складова є лише одним з критеріїв якості життя людини, перспективою подальших розробок є комплексне вивчення та аналіз даної проблеми.

**УДК:** 616.248+613.95+612.75+616-076.5

## **ЕПІГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ АКТИВНОСТІ ГЕНІВ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ**



обох групах обстежених дітей, можливо, свідчить про зниження рівня їх адаптованості та схильності цих дітей до виникнення неврозу та може виступати як предикат формування неврозу у цих дітей в майбутньому, що співпадає з результатами, отриманими нами за методикою ДОН. Так, ризик формування невротичних розладів мали 68% обстежених дітей 1 групи за рахунок порушень поведінки та 19,4% дітей 2 групи, що реєструвалось на фоні високої тривожності. Ризик формування вегетативних розладів мали 63% дітей з дитячого будинку та 44,5% дітей школи-інтернату, а ризик формування депресивного симптомокомплексу мали 68% дітей 1 групи і 19,5% 2 групи відповідно ( $p < 0,05$ ). Також, за нашими даними, ризик формування симптомокомплексу порушень сну був однаковим (по 60%) в групах обстежених дітей.

За результатами темпінг-тесту більшість дітей з першої групи (57,9%) мали середньо-слабку нервову систему, в той час, як половина учнів другої групи (52,8%) мали слабку нервову систему. Сильний тип нервової системи частіше зустрічався у дітей 1 групи (15,8%), в той час як середня сила нервової системи частіше реєструвалась у дітей 2 групи (19,4%) ( $p < 0,05$ ).

Аналіз результатів підліткового варіанту опитувальника Шмішека, показав, що в першій групі у 57,9% випадків нами зареєстрована циклотімічна акцентуація, в той час, як у дітей другої групи спостереження на першому місці реєструвався екзальтований тип акцентуації (52,8%), на другому місці - збудлива акцентуація (44,5%), на третьому - циклотімічна та гіпертімна типи акцентуації (47%) ( $p < 0,05$ ). Кореляційний аналіз отриманих нами даних дозволив виявити найбільш інформативні та значущі зв'язки між показниками психічного темпу, темпераменту, акцентуації характеру та наявності ризиків формування невротичних розладів серед вихованців дитячого будинку і дітей школи-інтернату. Так, показники нейротизму та брехні за шкалою Айзенка мали прямий кореляційний зв'язок з показниками тривожності, чутливості, демонстративності та циклотімії за опитувальником Шмішека як у дітей першої, так і другої груп спостереження. А показник екстраверсії-інтроверсії у дітей з дитячого будинку мав високий вірогідний зв'язок із показником активності цих дітей за опитувальником Шмішека ( $p < 0,05$ ).

У дітей з дитячого будинку показники темпінг-тесту найбільш щільно корелювали з типологічними характеристиками обстежених дітей і всі ці кореляції мали досить високий ранг ( $r \geq 0,57$ ,  $p < 0,05$ ), хоча й різну спрямованість. Так, за нашими даними, в 1 групі спостереження діти з високим рівнем збудливості та захопленості мали сильний тип нервової системи, що підтверджувалось наявністю максимально високих результатів за рівнем суми балів темпінгу у цих дітей. Слабку силу нервової системи продемонстрували лише ті діти 1 групи, які мали вегетативні розлади або демонстративні діти.

У дітей школи-інтернату характер кореляцій психічного темпу відрізнявся переважанням прямих видів зв'язків ( $r \geq 0,51$ ,  $p < 0,05$ ); а відсутність зворотних кореляцій у другій, третій та четвертій фазах темпінгу дозволяє стверджувати про вірогідність реалізації слабкої нервової системи серед дітей другої групи. За результатами кореляційного аналізу показано, що в 2 групі спостереження сильну нервову систему продемонстрували переважно ті діти, які мали високий рівень захопленості та високі показники нейротизму.

Узагальнюючи результати темпінг-тесту можна сказати, що притаманний обстеженим дітям дитячих будинків рівень адаптованості формується за рахунок усереднення показників чутливості нервової системи, як проявів прямого зв'язку з виразністю сили (середньо-сильний та середньо-слабкий) нервової системи, в той час як діти зі школи-інтернату, у більшості випадків, демонстрували низьку лабільність нервової системи у поєднанні з наявністю переважно слабкої або середньо-слабкої сили нервової системи, що, можливо, свідчить про більші складності та напруження пристосувальних механізмів цих дітей на момент обстеження.

Отримані нами результати кореляційного аналізу дозволяють визначити значущість отриманих результатів у дітей з різним рівнем соціальної недостатності в контексті їх зростання (від 6 до 9 років) за рахунок наявності сильних кореляцій між показником віку обстежених дітей та результатів їх психофізіологічного обстеження. Також нами показано, що вірогідність формування неврозу збільшується з віком дитини та подовженням періоду навчання в школі, що визначає період навчання в початковій школі як критичний період щодо можливості зриву компенсації пристосувальних механізмів адаптації серед дітей з різним рівнем соціальної недостатності.

Висновок: проведене нами психофізіологічне обстеження вихованців дитячого будинку і дітей школи-інтернату дозволило констатувати наявність різного рівня психологічної адаптованості у цих дітей та показало, що притаманний їм рівень психологічної адаптованості відрізняється в залежності від ступеня їх соціальної недостатності. Беручи до уваги, що психологічна складова є лише одним з критеріїв якості життя людини, перспективою подальших розробок є комплексне вивчення та аналіз даної проблеми.

**УДК:** 616.248+613.95+612.75+616-076.5

## **ЕПІГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ АКТИВНОСТІ ГЕНІВ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ**

## АСТМУ НА ФОНІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

*Цимбаліста О.Л., Ковальчук Л.Є., Дехтяр В.Б., Ястребова О.С., Багринович Р.І.*

Кафедри дитячих хвороб факультету післядипломної освіти та медичної біології з курсом медичної генетики Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

Обстежено 67 дітей (6-11 років), хворих на бронхіальну астму (БА). І групу склали 20 хлопчиків і 15 дівчаток, хворих на БА з проявами НДСТ; II - 15 хлопчиків і 17 дівчаток без проявів НДСТ. Контрольну - практично здорових 6 хлопчиків і 7 дівчаток. Мета - встановлення особливостей функціонального стану геному нейтрофілів у дітей, хворих на БА на фоні НДСТ. Аналізували індекси: хроматизації (IX), ядерцевий (ЯІ), патологічно змінених ядер (ПЗЯ), статевого хроматину (СХ). Виявлено зниження IX у всіх дітей, хворих на БА, порівняно з контрольною групою у 1,17 раз ( $p < 0,001$ ). Також, зменшився ЯІ: у I групі - у 1,88 і у II - у 1,4 рази ( $p < 0,001$ ), більше у дітей з проявами НДСТ ( $p < 0,01$ ), що свідчить про зменшення у них метаболічної активності нейтрофілів. У дівчаток I групи СХ зменшився у 2,38 і у II - у 1,46 рази ( $p < 0,001$ ) порівняно з контролем. У хлопчиків величина СХ зростала у 1,63 та у 1,49 рази (I і II групи відповідно). Паралельно зріс ПЗЯ у дітей I групи - у 2,82 ( $p < 0,001$ ) порівняно з контролем і у 1,28 рази ( $p < 0,001$ ) порівняно з дітьми II групи. Окрім того, у дівчаток доведено прямий кореляційний зв'язок між ЯІ-Х та ЯІ-СХ ( $r = 0,43-0,58$ ;  $p < 0,05$ ); обернений - між ПЗЯ-ІХ, ПЗЯ-ЯІ та ПЗЯ-СХ ( $r = -0,59-0,69$ ;  $p < 0,01$ ). У хлопчиків прямі кореляції між ІХ-ЯІ, ПЗЯ-СХ ( $r = 0,62-0,7$ ;  $p < 0,001$ ); обернені - між СХ-ІХ, СХ-ЯІ, ПЗЯ-ІХ ( $r = -0,51-0,63$ ;  $p < 0,05$ ). Висновок: шляхом аналізу показників ФСГ нами показано, що у дітей з НДСТ порушення транскрипційно-трансляційного апарату нейтрофільних гранулоцитів є більш суттєвими.

УДК: 577.1:616-053/.5:6161-006.446

## НЕБАЖАНІ ЕФЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ЛЕЙКОЗУ У ДІТЕЙ

*Дудник В.М., \*Фурман В.Г.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), \*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Лікування дітей, хворих на гострий лейкоз (ГЛ) є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем світового масштабу. Негативна демографічна ситуація в Україні, високий рівень смертності та інвалідності дітей із злоякісними новоутвореннями виводить питання дитячої лейкозології за рамки чисто медичних проблем і свідчать про їх загальнодержавний характер. Найбільш важливими є питання ранньої діагностики, профілактики і своєчасної корекції ускладнень протокової хіміотерапії ГЛ у дітей. Проведено дослідження з аналізу ускладнень протокової хіміотерапії у дітей, хворих на ГЛ. Під час проведення протокової хіміотерапії згідно наказу МОЗ України №364 від 20.07.2005 року були зареєстровані інфекційні ускладнення різної локалізації (71-92%), мієлодепресія спостерігалася у всіх пацієнтів, сечокисла нефропатія (25%), пошкодження слизових оболонок шлунково-кишкового тракту (43,2%), нефрон (34,2%) та панкреопатія (24,4%). Помірно виражені порушення гепатобіліарної системи спостерігались у дебюті ГЛ і на початкових етапах лікування (57%). Із збільшенням тривалості хіміотерапії відмічалось зростання частоти та важкості цих порушень, спостерігався взаємозв'язок з віком, статтю FAB-типом та лінійністю ГЛ.

Висновок: лікування ГЛ у дітей є необхідною умовою формування раціональної системи лікувально-діагностичних заходів при проведенні стандартної протокової хіміотерапії і потребує адекватної супровідної терапії з метою усунення небажаних ефектів хіміотерапії, в тому числі - корекції функціональних розладів гепатобіліарної системи.

УДК: 646.516.5-085.262.2-053.2.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ "АТОПРЕЛ-ЭМОЛИЕНТ" КРЕМА В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

*Фёклин В.А., Клименко В.А., Кандыба В.П., Колиушко Е.Г., Марков В.А., Адарюкова Л.М.*

Кафедра пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022), Областная детская клиническая больница №1 (ул. Клочковская, 337-А, г. Харьков, Украина, 61051)

Необходимым условием успешного ведения больного атопическим дерматитом (АД) является базисная терапия. Её цель - устранение сухости кожи, обновление поврежденного эпителия, повышение барьерных функций

## АСТМУ НА ФОНІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

*Цимбаліста О.Л., Ковальчук Л.Є., Дехтяр В.Б., Ястребова О.С., Багринович Р.І.*

Кафедри дитячих хвороб факультету післядипломної освіти та медичної біології з курсом медичної генетики Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

Обстежено 67 дітей (6-11 років), хворих на бронхіальну астму (БА). І групу склали 20 хлопчиків і 15 дівчаток, хворих на БА з проявами НДСТ; II - 15 хлопчиків і 17 дівчаток без проявів НДСТ. Контрольну - практично здорових 6 хлопчиків і 7 дівчаток. Мета - встановлення особливостей функціонального стану геному нейтрофілів у дітей, хворих на БА на фоні НДСТ. Аналізували індекси: хроматизації (IX), ядерцевий (ЯІ), патологічно змінених ядер (ПЗЯ), статевого хроматину (СХ). Виявлено зниження IX у всіх дітей, хворих на БА, порівняно з контрольною групою у 1,17 раз ( $p < 0,001$ ). Також, зменшився ЯІ: у I групі - у 1,88 і у II - у 1,4 рази ( $p < 0,001$ ), більше у дітей з проявами НДСТ ( $p < 0,01$ ), що свідчить про зменшення у них метаболічної активності нейтрофілів. У дівчаток I групи СХ зменшився у 2,38 і у II - у 1,46 рази ( $p < 0,001$ ) порівняно з контролем. У хлопчиків величина СХ зростала у 1,63 та у 1,49 рази (I і II групи відповідно). Паралельно зріс ПЗЯ у дітей I групи - у 2,82 ( $p < 0,001$ ) порівняно з контролем і у 1,28 рази ( $p < 0,001$ ) порівняно з дітьми II групи. Окрім того, у дівчаток доведено прямий кореляційний зв'язок між ЯІ-Х та ЯІ-СХ ( $r = 0,43-0,58$ ;  $p < 0,05$ ); обернений - між ПЗЯ-ІХ, ПЗЯ-ЯІ та ПЗЯ-СХ ( $r = -0,59-0,69$ ;  $p < 0,01$ ). У хлопчиків прямі кореляції між ІХ-ЯІ, ПЗЯ-СХ ( $r = 0,62-0,7$ ;  $p < 0,001$ ); обернені - між СХ-ІХ, СХ-ЯІ, ПЗЯ-ІХ ( $r = -0,51-0,63$ ;  $p < 0,05$ ). Висновок: шляхом аналізу показників ФСГ нами показано, що у дітей з НДСТ порушення транскрипційно-трансляційного апарату нейтрофільних гранулоцитів є більш суттєвими.

УДК: 577.1:616-053/.5:6161-006.446

## НЕБАЖАНІ ЕФЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ЛЕЙКОЗУ У ДІТЕЙ

*Дудник В.М., \*Фурман В.Г.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), \*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Лікування дітей, хворих на гострий лейкоз (ГЛ) є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем світового масштабу. Негативна демографічна ситуація в Україні, високий рівень смертності та інвалідності дітей із злоякісними новоутвореннями виводить питання дитячої лейкозології за рамки чисто медичних проблем і свідчать про їх загальнодержавний характер. Найбільш важливими є питання ранньої діагностики, профілактики і своєчасної корекції ускладнень протокової хіміотерапії ГЛ у дітей. Проведено дослідження з аналізу ускладнень протокової хіміотерапії у дітей, хворих на ГЛ. Під час проведення протокової хіміотерапії згідно наказу МОЗ України №364 від 20.07.2005 року були зареєстровані інфекційні ускладнення різної локалізації (71-92%), мієлодепресія спостерігалася у всіх пацієнтів, сечокисла нефропатія (25%), пошкодження слизових оболонок шлунково-кишкового тракту (43,2%), нефрон (34,2%) та панкреопатія (24,4%). Помірно виражені порушення гепатобіліарної системи спостерігались у дебюті ГЛ і на початкових етапах лікування (57%). Із збільшенням тривалості хіміотерапії відмічалось зростання частоти та важкості цих порушень, спостерігався взаємозв'язок з віком, статтю FAB-типом та лінійністю ГЛ.

Висновок: лікування ГЛ у дітей є необхідною умовою формування раціональної системи лікувально-діагностичних заходів при проведенні стандартної протокової хіміотерапії і потребує адекватної супровідної терапії з метою усунення небажаних ефектів хіміотерапії, в тому числі - корекції функціональних розладів гепатобіліарної системи.

УДК: 646.516.5-085.262.2-053.2.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ "АТОПРЕЛ-ЭМОЛИЕНТ" КРЕМА В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

*Фёклин В.А., Клименко В.А., Кандыба В.П., Колиушко Е.Г., Марков В.А., Адарюкова Л.М.*

Кафедра пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022), Областная детская клиническая больница №1 (ул. Клочковская, 337-А, г. Харьков, Украина, 61051)

Необходимым условием успешного ведения больного атопическим дерматитом (АД) является базисная терапия. Её цель - устранение сухости кожи, обновление поврежденного эпителия, повышение барьерных функций

## АСТМУ НА ФОНІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

*Цимбаліста О.Л., Ковальчук Л.Є., Дехтяр В.Б., Ястребова О.С., Багринович Р.І.*

Кафедри дитячих хвороб факультету післядипломної освіти та медичної біології з курсом медичної генетики Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

Обстежено 67 дітей (6-11 років), хворих на бронхіальну астму (БА). I групу склали 20 хлопчиків і 15 дівчаток, хворих на БА з проявами НДСТ; II - 15 хлопчиків і 17 дівчаток без проявів НДСТ. Контрольну - практично здорових 6 хлопчиків і 7 дівчаток. Мета - встановлення особливостей функціонального стану геному нейтрофілів у дітей, хворих на БА на фоні НДСТ. Аналізували індекси: хроматизації (IX), ядерцевий (ЯІ), патологічно змінених ядер (ПЗЯ), статевого хроматину (СХ). Виявлено зниження IX у всіх дітей, хворих на БА, порівняно з контрольною групою у 1,17 раз ( $p < 0,001$ ). Також, зменшився ЯІ: у I групі - у 1,88 і у II - у 1,4 рази ( $p < 0,001$ ), більше у дітей з проявами НДСТ ( $p < 0,01$ ), що свідчить про зменшення у них метаболічної активності нейтрофілів. У дівчаток I групи СХ зменшився у 2,38 і у II - у 1,46 рази ( $p < 0,001$ ) порівняно з контролем. У хлопчиків величина СХ зростала у 1,63 та у 1,49 рази (I і II групи відповідно). Паралельно зріс ПЗЯ у дітей I групи - у 2,82 ( $p < 0,001$ ) порівняно з контролем і у 1,28 рази ( $p < 0,001$ ) порівняно з дітьми II групи. Окрім того, у дівчаток доведено прямий кореляційний зв'язок між ЯІ-Х та ЯІ-СХ ( $r = 0,43-0,58$ ;  $p < 0,05$ ); обернений - між ПЗЯ-ІХ, ПЗЯ-ЯІ та ПЗЯ-СХ ( $r = -0,59-0,69$ ;  $p < 0,01$ ). У хлопчиків прямі кореляції між ІХ-ЯІ, ПЗЯ-СХ ( $r = 0,62-0,7$ ;  $p < 0,001$ ); обернені - між СХ-ІХ, СХ-ЯІ, ПЗЯ-ІХ ( $r = -0,51-0,63$ ;  $p < 0,05$ ). Висновок: шляхом аналізу показників ФСГ нами показано, що у дітей з НДСТ порушення транскрипційно-трансляційного апарату нейтрофільних гранулоцитів є більш суттєвими.

УДК: 577.1:616-053/.5:6161-006.446

## НЕБАЖАНІ ЕФЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ЛЕЙКОЗУ У ДІТЕЙ

*Дудник В.М., \*Фурман В.Г.*

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), \*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Лікування дітей, хворих на гострий лейкоз (ГЛ) є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем світового масштабу. Негативна демографічна ситуація в Україні, високий рівень смертності та інвалідності дітей із злоякісними новоутвореннями виводить питання дитячої лейкозології за рамки чисто медичних проблем і свідчать про їх загальнодержавний характер. Найбільш важливими є питання ранньої діагностики, профілактики і своєчасної корекції ускладнень протокової хіміотерапії ГЛ у дітей. Проведено дослідження з аналізу ускладнень протокової хіміотерапії у дітей, хворих на ГЛ. Під час проведення протокової хіміотерапії згідно наказу МОЗ України №364 від 20.07.2005 року були зареєстровані інфекційні ускладнення різної локалізації (71-92%), мієлодепресія спостерігалася у всіх пацієнтів, сечокисла нефропатія (25%), пошкодження слизових оболонок шлунково-кишкового тракту (43,2%), нефрон (34,2%) та панкреопатія (24,4%). Помірно виражені порушення гепатобіліарної системи спостерігались у дебюті ГЛ і на початкових етапах лікування (57%). Із збільшенням тривалості хіміотерапії відмічалось зростання частоти та важкості цих порушень, спостерігався взаємозв'язок з віком, статтю FAB-типом та лінійністю ГЛ.

Висновок: лікування ГЛ у дітей є необхідною умовою формування раціональної системи лікувально-діагностичних заходів при проведенні стандартної протокової хіміотерапії і потребує адекватної супровідної терапії з метою усунення небажаних ефектів хіміотерапії, в тому числі - корекції функціональних розладів гепатобіліарної системи.

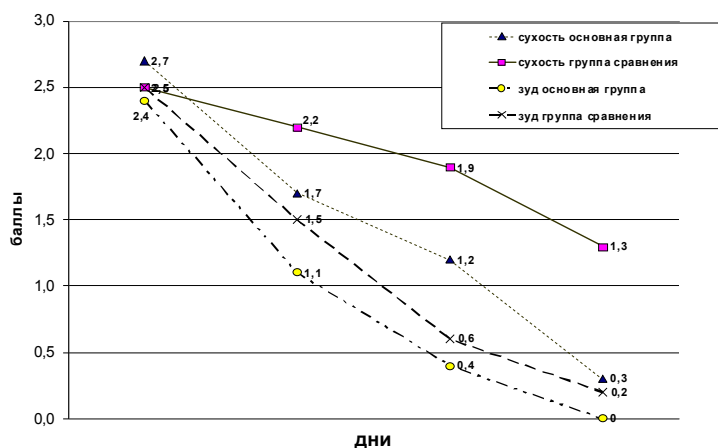
УДК: 646.516.5-085.262.2-053.2.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ "АТОПРЕЛ-ЭМОЛИЕНТ" КРЕМА В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

*Фёклин В.А., Клименко В.А., Кандыба В.П., Колиушко Е.Г., Марков В.А., Адарюкова Л.М.*

Кафедра пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022), Областная детская клиническая больница №1 (ул. Клочковская, 337-А, г. Харьков, Украина, 61051)

Необходимым условием успешного ведения больного атопическим дерматитом (АД) является базисная терапия. Её цель - устранение сухости кожи, обновление поврежденного эпителия, повышение барьерных функций



**Рис. 1.** Динамика зуда и сухости кожи у больных при разных алгоритмах наружной терапии.

го океана на глубине более 3000 метров. Полисахариды их оболочек способны защитить *Alteromonas* от экстремальных условий обитания - низкой температуры, давления более 350 атмосфер! Проведенные научные исследования показали, что подобный барьер полисахариды из *Alteromonas* создают и на коже, оказывая мощное протективное действие по отношению к агрессивным факторам внешней среды, что особенно актуально в условиях экологического неблагополучия большинства территорий Украины. Целью работы явилось повышение эффективности и безопасности терапии АД у детей.

Задачи исследования - оценить эффективность и стероид-спарринг эффект крема "Атопрел-эмолиент" в составе базисной терапии у детей.

Под наблюдением находилось 20 детей в возрасте 3-18 лет, страдающих АД средней степени тяжести в периоде обострения. Верификация диагноза проводилась в соответствии с критериями Hanifin, Rajka (1980). Значение индекса SCORAD составляло от 24 до 62 (в среднем  $39,5 \pm 12,8$ ). Больные были рандомизированы по тяжести заболевания на 2 группы по 10 человек в каждой. Значение индекса SCORAD составило  $38,1 \pm 11,9$  и  $40,8 \pm 14,0$  у пациентов первой и второй групп соответственно. Все дети получали системную терапию по поводу АД по единому алгоритму. Наружная терапия у больных основной группы проводилась топическими кортикостероидами (ТКС) по альтернирующей схеме: ТКС 1 раз в сутки через день и крем "Атопрел-эмолиент" по потребности, но не реже 3 раз в сутки. Дети группы сравнения наружную терапию получали ТКС 1 раз в сутки ежедневно и детский крем "по потребности". ТКС отменялись после ликвидации воспалительных изменений на коже. Оценка эффективности терапии проводилась через 3, 7 и 10 дней. Учитывали динамику интенсивности морфологических элементов сыпи (гиперемии и отечности), сухости, зуда, срок отмены ТКС, субъективные ощущения больного. Статистическая обработка поведена на персональном компьютере с использованием программы "Excel 2003".

При оценке динамики морфологических воспалительных элементов сыпи (гиперемии, отечности) и зуда на 3, 7 и 10 дни терапии у больных основной и контрольной групп не отмечено достоверных различий между группами, но при этом больные контрольной группы использовали в 1,4 раза меньшее количество ТКС: так, в основной группе число дней применения ТКС составило  $3,3 \pm 0,4$ , в контрольной -  $4,5 \pm 0,7$ . При оценке динамики сухости кожи с первых дней применения крема "Атопрел-эмолиент" отмечена более быстрая положительная динамика у больных основной группы, а к 10 дню сухость кожи у больных основной группы стала достоверно ниже в сравнении с контрольной группой ( $0,3 \pm 0,3$  и  $1,3 \pm 0,3$  соответственно). Динамика зуда и сухости кожи у больных при разных алгоритмах наружной терапии представлена на рисунке 1.

Не отмечено ни одного случая непереносимости или повышенной чувствительности к компонентам крема "Атопрел-эмолиент". При опросе пациентов о результатах лечения 80% основной группы и 60% контрольной группы оценили эффективность терапии как высокую. Уменьшение удельного веса ТКС в наружной терапии позволило повысить комплаенс терапии АД.

Вывод: применение "Атопрел-эмолиент" крема в составе базисной терапии позволяет повысить эффективность, безопасность и комплаенс терапии atopического дерматита у детей.

эпидермиса, ограничение воздействия на кожу триггеров и неблагоприятных факторов. Базисная терапия должна проводиться как в периоде обострения, так и в периоде ремиссии. Обзор существующих на рынке средств базисной терапии позволил сделать аргументированный выбор в пользу кремов серии "Атопрел" греческой компании "FrezyDerm". Выбор был обусловлен изучением свойств компонентов, входящих в состав крема. Это - "липидное трио" (керамиды, фитостеролы и ненасыщенные жирные кислоты), витамины А, Е, пантенол, аллантоин (вещество с регенерирующим и мягким кератолитическим действием), экзополисахариды, извлеченные из протобактерии *Alteromonas*. *Alteromonas* - это древнейшие бактерии, которые обитают на дне Тихо-

УДК: 616.24-002-053.31-07-08

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Фёклин В.А., Кожемяка А.И., Сиренко Т.В., Плахотная О.Н., Кандыба В.П., Марков В.А., Халтурина Т.А.**

Кафедра пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022), КУОЗ ОДКБ №1 (ул. Клочковская, 337-а, г. Харьков, Украина, 61055)

*Цель* исследования: совершенствование лечения пневмонии у новорожденных путем использования современных медицинских технологий.

Понятие "современные медицинские технологии" включало: современный подход к диагностике пневмонии у новорожденных, использование современной аппаратуры для мониторинга жизненно важных функций организма, использование усовершенствованных аппаратов для проведения ИВЛ, оптимизацию проведения ИВЛ, эндотрахеальное введение курсурфа, использование открытых реанимационных систем для выхаживания больных, дифференцированный подход к назначению медикаментозной терапии при различных формах пневмонии.

Исследования проведены в отделении анестезиологии и интенсивной терапии новорожденных и в отделении патологии новорожденных КУОЗ ОДКБ №1 г. Харькова в 2008 году. Под наблюдением находилось 77 новорожденных больных пневмонией, из которых 63 были доношенными, а 14 - недоношенными. В структуре пневмоний внутриутробная пневмония диагностирована - у 25 детей, постнатальная - у 21, аспирационная - у 12, вентилятор-ассоциированная - у 11, пневмония на фоне врожденных пороков сердечно-сосудистой и дыхательной системы - у 6 новорожденных.

Методика исследования включала тщательный анализ анамнестических данных, оценку состояния ребенка в момент рождения, неврологический статус, характеристику респираторных расстройств, анализ результатов лабораторно-инструментальных исследований.

Состояние дыхательной системы оценивали по данным клинического наблюдения, рентгенографии, бронхоскопии - по показаниям. Проводилось бактериологическое исследование отделяемого из трахеи, иммунологические исследования на внутриутробные инфекции и исследование иммунного статуса.

Установлено, что у большинства матерей обследованных детей имелись отклонения в состоянии здоровья, течении беременности и родов.

В организации лечебного процесса обеспечивалось адекватное выхаживание ребенка - в ОАИТН использовались открытые реанимационные системы: Life term 2001, Infant warmer LR 90, Variotherm 1000 Rea-C, JW - 509, Giraffe "OmniBed", кюветы: Natal Care ST, Thermocare "Vita", medicor "Babylife".

Терапия дыхательной недостаточности включала санацию верхних дыхательных путей, трахеобронхиального дерева, нормализацию показателей центральной гемодинамики, кислотно-щелочного состояния.

Для протезирования функции внешнего дыхания использовались респираторы: "Leoni-2", SLE 2000, SLE 5000, Bear 750 Cub, Sensor Medics 3100, Christina, использование которых позволило: проводить ИВЛ детям с критически низкой массой тела (<1000,0 г), сократить время пребывания на ИВЛ, уменьшить риск развития баротравмы, нормализовать параметры центральной гемодинамики, мозгового кровотока, снизить риск развития БЛД, НЭК.

Внедрен ряд принципов проведения ИВЛ, разработанных в отделении.

Решающим фактором в лечении являлось максимально раннее и обоснованное назначение антибактериальной терапии. Результаты исследования показали достаточно высокую эффективность цефалоспоринов IV поколения - цефепим 100 мг/кг/сутки, максипим 100 мг/кг /сутки и аминогликозидов III поколения - нетромицин 6-8 мг/кг/сутки, ванкомицин 45 мг /кг/сутки. После верификации возбудителя этиотропную терапию назначали в соответствии с антибиотикограммой. При установлении ЦМВ этиологии заболевания применялся цитотект, при герпетической инфекции - ацикловир. У недоношенных новорожденных с пневмонией, развившейся на фоне РДС, применялось эндотрахеальное введение курсурфа по схеме (до 200 мг/кг, затем по показаниям по 100 мг/кг).

При иммунологических нарушениях, выявленных у детей с внутриутробной пневмонией, использовался иммуноглобулин человека нормальный для внутривенного введения, пентоглобулин.

Все дети получали инфузионную терапию. У детей с нарушением ОЦК, АД, ЦВД, проницаемости сосудистой стенки, осмолярности потребность в жидкости определялась состоянием гемодинамики у конкретного больного по данным доплерографии.

Использование открытых реанимационных систем для выхаживания новорожденных более благоприятно в сравнении с инкубаторами потому, что способствует обеспечению оптимального температурного режима, удобно для осуществления кардиореспираторного мониторинга, выполнения необходимых процедур по уходу за детьми, но для глубоконедоношенных детей - предпочтительнее кюветы.

Оценка эффективности применения современных медицинских технологий лечения пневмонии у новорож-

денных проведена путем сравнения статистических показателей в Харьковской ОДКБ №1 в 1998 и в 2008 годах.

Вывод: анализ приведенных данных позволяет считать, что в результате использования современных медицинских технологий в лечении пневмонии новорожденных отмечается укорочение продолжительности лечения с  $28 \pm 3,1$  до  $20 \pm 2,6$ ; сокращение длительности ИВЛ с  $16 \pm 4,3$  до  $8,3 \pm 2,3$ ; ликвидация осложнений пневмонии, снижение частоты летальных исходов с 6,0% до 0,03% и развития БЛД с  $3,0 \pm 0,2$  до  $1,3 \pm 0,1$ , что свидетельствует о высокой эффективности применения современных медицинских технологий в лечении пневмонии новорожденных.

**УДК:** 616.37:616.24]-053.2-0567:616.211/.232-008.87

## **МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ**

**Фёклин В.А., Кандыба В.П., Колиушко Е.Г., Древаль Д.Т., Романова А.С., Пасичник Е.В., Романова О.И.**

Кафедра пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022)

*Цель* - изучение микробного пейзажа дыхательных путей у детей с муковисцидозом (МВ). Обследовано 25 детей от 5 мес. до 18 лет. Легочная форма МВ диагностирована у 12 пациентов, смешанная - у 11. Диагноз МВ верифицирован на основании клинических данных, трехкратного позитивного потового теста по Гибсону-Куку, медико-генетических исследований. Микробиологический анализ мазков из задней стенки глотки, мокроты, промывных вод бронхов выполнен по общепризнанной методике. Результаты обработаны с помощью непараметрических методов статистики. Выделено 11 видов микроорганизмов: *S.aureus* и *P.aeruginosa* - в 32,4 и 31,1% случаев, *S.pyogenes* - в 8,1%, частота выделения *K.pneumoniae*, *E.colocae*, *B.ceppacia*, *S.viridans*, *N.sicca*, *S.epidermidis*, *S.epidermidis*, *S.pneumonie* и *C.albicans* не превышала 6%. У 12 детей  $7,2 \pm 1,01$  лет выделялся один возбудитель, у 13 детей  $9,74 \pm 0,58$  ( $p < 0,05$ ) - два и более. Комбинация *S.aureus*+*P.aeruginosa* встречалась у детей  $11,5 \pm 1,3$  лет ( $p < 0,05$ ), другие комбинации - у детей  $7,6 \pm 0,87$  лет. Хроническая колонизация *P.aeruginosa* установлена у 3 детей  $9,51 \pm 4,1$  ( $p < 0,05$ ) лет. С увеличением длительности МВ монофлора замещается на микст-инфекцию: у детей старшего школьного возраста доминирует комбинация *S.aureus* с *P.aeruginosa* и реже с *K.pneumoniae*.

**УДК:** 616.233-002-036.11-007.272-053.2

## **ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ**

**Фёклин В.А., Давиденко Е.В.**

Кафедра пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022)

Заболевания органов дыхания являются одной из наиболее важных проблем в педиатрии. Эта патология занимает одно из первых мест, несмотря на достигнутые успехи в структуре детской заболеваемости.

Высокий уровень распространенности острого обструктивного бронхита среди грудных детей является важной социальной проблемой.

Заболеваемость обструктивным бронхитом, по данным ряда авторов, колеблется от 15% до 50%. Процент заболеваемости острым обструктивным бронхитом у грудных детей повышается до 90%.

*Целью* нашего наблюдения было определить оптимальные схемы применения озонотерапии у грудных детей с обструктивным бронхитом на фоне перинатального поражения ЦНС. Под наблюдением находилось 20 детей от 1 месяца до 1 года с обструктивным бронхитом на фоне перинатального поражения ЦНС и 10 детей от 1 месяца до 1 года с обструктивным бронхитом без перинатального поражения ЦНС.

В качестве генератора озона применялся сертифицированный в Минздраве Украины универсальный медицинский озонатор "Озон УМ-80" со встроенным измерителем концентрации озона, обеспечивающий гарантированную чистоту озono-кислородной смеси и в автоматическом режиме выдающий заданную концентрацию озона.

Озонотерапия осуществлялась нами путем внутривенного капельного введения на протяжении 30 мин. озонированного физиологического раствора. Концентрация 2 мг/л. Методика применялась ежедневно, 1 раз в день на протяжении 5-6 дней. Исследования показали, что дети хорошо переносят такой метод лечения, осложнений или побочных реакций не было.

Результаты наблюдений показали что, применение в/в озонотерапии у детей с обструктивным бронхитом

денных проведена путем сравнения статистических показателей в Харьковской ОДКБ №1 в 1998 и в 2008 годах.

Вывод: анализ приведенных данных позволяет считать, что в результате использования современных медицинских технологий в лечении пневмонии новорожденных отмечается укорочение продолжительности лечения с  $28 \pm 3,1$  до  $20 \pm 2,6$ ; сокращение длительности ИВЛ с  $16 \pm 4,3$  до  $8,3 \pm 2,3$ ; ликвидация осложнений пневмонии, снижение частоты летальных исходов с 6,0% до 0,03% и развития БЛД с  $3,0 \pm 0,2$  до  $1,3 \pm 0,1$ , что свидетельствует о высокой эффективности применения современных медицинских технологий в лечении пневмонии новорожденных.

**УДК:** 616.37:616.24]-053.2-0567:616.211/.232-008.87

## **МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ**

**Фёклин В.А., Кандыба В.П., Колиушко Е.Г., Древаль Д.Т., Романова А.С., Пасичник Е.В., Романова О.И.**

Кафедра пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022)

*Цель* - изучение микробного пейзажа дыхательных путей у детей с муковисцидозом (МВ). Обследовано 25 детей от 5 мес. до 18 лет. Легочная форма МВ диагностирована у 12 пациентов, смешанная - у 11. Диагноз МВ верифицирован на основании клинических данных, трехкратного позитивного потового теста по Гибсону-Куку, медико-генетических исследований. Микробиологический анализ мазков из задней стенки глотки, мокроты, промывных вод бронхов выполнен по общепризнанной методике. Результаты обработаны с помощью непараметрических методов статистики. Выделено 11 видов микроорганизмов: *S.aureus* и *P.aeruginosa* - в 32,4 и 31,1% случаев, *S.pyogenes* - в 8,1%, частота выделения *K.pneumoniae*, *E.colocae*, *B.ceppacia*, *S.viridans*, *N.sicca*, *S.epidermidis*, *S.epidermidis*, *S.pneumonie* и *C.albicans* не превышала 6%. У 12 детей  $7,2 \pm 1,01$  лет выделялся один возбудитель, у 13 детей  $9,74 \pm 0,58$  ( $p < 0,05$ ) - два и более. Комбинация *S.aureus*+*P.aeruginosa* встречалась у детей  $11,5 \pm 1,3$  лет ( $p < 0,05$ ), другие комбинации - у детей  $7,6 \pm 0,87$  лет. Хроническая колонизация *P.aeruginosa* установлена у 3 детей  $9,51 \pm 4,1$  ( $p < 0,05$ ) лет. С увеличением длительности МВ монофлора замещается на микст-инфекцию: у детей старшего школьного возраста доминирует комбинация *S.aureus* с *P.aeruginosa* и реже с *K.pneumoniae*.

**УДК:** 616.233-002-036.11-007.272-053.2

## **ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ**

**Фёклин В.А., Давиденко Е.В.**

Кафедра пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022)

Заболевания органов дыхания являются одной из наиболее важных проблем в педиатрии. Эта патология занимает одно из первых мест, несмотря на достигнутые успехи в структуре детской заболеваемости.

Высокий уровень распространенности острого обструктивного бронхита среди грудных детей является важной социальной проблемой.

Заболеваемость обструктивным бронхитом, по данным ряда авторов, колеблется от 15% до 50%. Процент заболеваемости острым обструктивным бронхитом у грудных детей повышается до 90%.

*Целью* нашего наблюдения было определить оптимальные схемы применения озонотерапии у грудных детей с обструктивным бронхитом на фоне перинатального поражения ЦНС. Под наблюдением находилось 20 детей от 1 месяца до 1 года с обструктивным бронхитом на фоне перинатального поражения ЦНС и 10 детей от 1 месяца до 1 года с обструктивным бронхитом без перинатального поражения ЦНС.

В качестве генератора озона применялся сертифицированный в Минздраве Украины универсальный медицинский озонатор "Озон УМ-80" со встроенным измерителем концентрации озона, обеспечивающий гарантированную чистоту озono-кислородной смеси и в автоматическом режиме выдающий заданную концентрацию озона.

Озонотерапия осуществлялась нами путем внутривенного капельного введения на протяжении 30 мин. озонированного физиологического раствора. Концентрация 2 мг/л. Методика применялась ежедневно, 1 раз в день на протяжении 5-6 дней. Исследования показали, что дети хорошо переносят такой метод лечения, осложнений или побочных реакций не было.

Результаты наблюдений показали что, применение в/в озонотерапии у детей с обструктивным бронхитом



денных проведена путем сравнения статистических показателей в Харьковской ОДКБ №1 в 1998 и в 2008 годах.

Вывод: анализ приведенных данных позволяет считать, что в результате использования современных медицинских технологий в лечении пневмонии новорожденных отмечается укорочение продолжительности лечения с  $28 \pm 3,1$  до  $20 \pm 2,6$ ; сокращение длительности ИВЛ с  $16 \pm 4,3$  до  $8,3 \pm 2,3$ ; ликвидация осложнений пневмонии, снижение частоты летальных исходов с 6,0% до 0,03% и развития БЛД с  $3,0 \pm 0,2$  до  $1,3 \pm 0,1$ , что свидетельствует о высокой эффективности применения современных медицинских технологий в лечении пневмонии новорожденных.

**УДК:** 616.37:616.24]-053.2-0567:616.211/.232-008.87

## **МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ**

**Фёклин В.А., Кандыба В.П., Колиушко Е.Г., Древаль Д.Т., Романова А.С., Пасичник Е.В., Романова О.И.**

Кафедра пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022)

*Цель* - изучение микробного пейзажа дыхательных путей у детей с муковисцидозом (МВ). Обследовано 25 детей от 5 мес. до 18 лет. Легочная форма МВ диагностирована у 12 пациентов, смешанная - у 11. Диагноз МВ верифицирован на основании клинических данных, трехкратного позитивного потового теста по Гибсону-Куку, медико-генетических исследований. Микробиологический анализ мазков из задней стенки глотки, мокроты, промывных вод бронхов выполнен по общепризнанной методике. Результаты обработаны с помощью непараметрических методов статистики. Выделено 11 видов микроорганизмов: *S.aureus* и *P.aeruginosa* - в 32,4 и 31,1% случаев, *S.pyogenes* - 8,1%, частота выделения *K.pneumoniae*, *E.colocae*, *B.ceppacia*, *S.viridans*, *N.sicca*, *S.epidermidis*, *S.epidermidis*, *S.pneumonie* и *C.albicans* не превышала 6%. У 12 детей  $7,2 \pm 1,01$  лет выделялся один возбудитель, у 13 детей  $9,74 \pm 0,58$  ( $p < 0,05$ ) - два и более. Комбинация *S.aureus*+*P.aeruginosa* встречалась у детей  $11,5 \pm 1,3$  лет ( $p < 0,05$ ), другие комбинации - у детей  $7,6 \pm 0,87$  лет. Хроническая колонизация *P.aeruginosa* установлена у 3 детей  $9,51 \pm 4,1$  ( $p < 0,05$ ) лет. С увеличением длительности МВ монофлора замещается на микст-инфекцию: у детей старшего школьного возраста доминирует комбинация *S.aureus* с *P.aeruginosa* и реже с *K.pneumoniae*.

**УДК:** 616.233-002-036.11-007.272-053.2

## **ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ**

**Фёклин В.А., Давиденко Е.В.**

Кафедра пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 61022)

Заболевания органов дыхания являются одной из наиболее важных проблем в педиатрии. Эта патология занимает одно из первых мест, несмотря на достигнутые успехи в структуре детской заболеваемости.

Высокий уровень распространенности острого обструктивного бронхита среди грудных детей является важной социальной проблемой.

Заболеваемость обструктивным бронхитом, по данным ряда авторов, колеблется от 15% до 50%. Процент заболеваемости острым обструктивным бронхитом у грудных детей повышается до 90%.

*Целью* нашего наблюдения было определить оптимальные схемы применения озонотерапии у грудных детей с обструктивным бронхитом на фоне перинатального поражения ЦНС. Под наблюдением находилось 20 детей от 1 месяца до 1 года с обструктивным бронхитом на фоне перинатального поражения ЦНС и 10 детей от 1 месяца до 1 года с обструктивным бронхитом без перинатального поражения ЦНС.

В качестве генератора озона применялся сертифицированный в Минздраве Украины универсальный медицинский озонатор "Озон УМ-80" со встроенным измерителем концентрации озона, обеспечивающий гарантированную чистоту озono-кислородной смеси и в автоматическом режиме выдающий заданную концентрацию озона.

Озонотерапия осуществлялась нами путем внутривенного капельного введения на протяжении 30 мин. озонированного физиологического раствора. Концентрация 2 мг/л. Методика применялась ежедневно, 1 раз в день на протяжении 5-6 дней. Исследования показали, что дети хорошо переносят такой метод лечения, осложнений или побочных реакций не было.

Результаты наблюдений показали что, применение в/в озонотерапии у детей с обструктивным бронхитом

способствовало снижению астенизации, уменьшению дыхательной недостаточности, благотворно влияло на фоновую патологию, связанную с перинатальным поражением ЦНС, что связано с кислорододонаторным эффектом озона и снижением явлений гипоксии, а также его сосудистому и бронхолитическому действию.

Сроки лечения детей, получавших озонотерапию, снизились в группе больных с обструктивным бронхитом на фоне перинатального поражения ЦНС на 1,7 дня, а у больных с обструктивным бронхитом без перинатального поражения ЦНС на 2,2 дня.

Вывод: внутривенная озонотерапия у больных детей с перинатальным поражением ЦНС, на наш взгляд, является оптимальной в плане ускорения восстановления здоровья, при небольших экономических затратах.

**УДК:** 616-053.31-073.48:616.98

## **КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОСОНОГРАФІЧНИХ ЗМІН У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ТА НЕОНАТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ**

**Фесенко М.Є., Мелашенко О.І., Шапошнікова Н.В., Мінько С.В., Чубарова З.В.**

Кафедра педіатрії №1 ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" (вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36024)

Однією з найважливіших проблем перинатальної неонатології залишається проблема внутрішньоутробного інфікування (ВУІ). З метою уточнення тяжкості і характеру уражень ЦНС при різних клінічних формах ВУІ нами були проаналізовані, в динаміці, зміни, виявлені при нейросонографії у 144 новонароджених (80 дітей з вродженою хламідійною інфекцією - I група, 41 новонароджений з вродженим неонатальним герпесом - II група, 23 новонароджених без проявів ВУІ - III група (контрольна).

Аналіз отриманих результатів показав, що у всіх новонароджених I та II груп на НСГ виявлена висока частота, різноманітність топічного розташування і поліморфізм патологічних змін та їх комбінацій. Серед різних варіантів комбінацій патологічних змін найчастіше зустрічалась патологія у вигляді СЕК, ІВК або їх комбінацій.

Лентиккулярна васкулопатія, комырчасті структури, ділянки підвищеної ехогенності, ехопозитивні включення, потовщення стінок шлуночків та вентрикулодилатація як самостійно, так і в комбінації зустрічались тільки у дітей з ВУІ і розцінювались нами, як маркери внутрішньоутробного інфікування. Підтвердженням даного заключення є відсутність вищезазначених змін у дітей контрольної групи.

Висновок: патологічні зміни, виявлені на НСГ, зберігалися протягом першого року життя та корелювали з формуванням у дітей затримки стато-кінетичного розвитку, синдрому м'язової дистонії та дитячого церебрального паралічу.

**УДК:** 616.248-053.5-07-08

## **БРОНХОПРОВОКАЦІЙНИЙ ГІСТАМІНОВИЙ ТЕСТ: ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ У ВЕРИФІКАЦІЇ ЛЕГКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**Гарас М.Н., Сажин С.І.**

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буквинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

Важливим питанням наразі залишається вирішення легкої і середньотяжкої персистувальної бронхіальної астми (БА), оскільки воно визначає диференційовану лікувальну тактику. З цією метою використовують визначення гіперсприйнятливості бронхів, як характерної особливості захворювання, шляхом застосування тесту, що відображує її основну складову - гіперчутливість, зокрема, інгаляційного провокаційного тесту з гістаміном (РС20Н).

Метою дослідження було визначення діагностичної цінності тесту РС20Н у підтвердженні легкого персистувального перебігу БА у дітей шкільного віку відносно середньотяжкого варіанту патології.

Дослідження проводили з дотриманням принципів біоетики на базі пульмоалергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці). Сформовано дві клінічні групи спостереження: першу (I) групу склали 16 дітей шкільного віку з верифікованим діагнозом легкої перистувальної БА, другу (II) - сформували 26 пацієнтів із середньотяжким перебігом. Для проведення тесту РС20Н використовували інгаляції двократних серійних розведень гістаміна. Враховували концентрацію гістаміна, що викликала зниження ФОВ1 на 20%. Результати аналізу-

способствовало снижению астенизации, уменьшению дыхательной недостаточности, благотворно влияло на фоновую патологию, связанную с перинатальным поражением ЦНС, что связано с кислорододонаторным эффектом озона и снижением явлений гипоксии, а также его сосудистому и бронхолитическому действию.

Сроки лечения детей, получавших озонотерапию, снизились в группе больных с обструктивным бронхитом на фоне перинатального поражения ЦНС на 1,7 дня, а у больных с обструктивным бронхитом без перинатального поражения ЦНС на 2,2 дня.

Вывод: внутривенная озонотерапия у больных детей с перинатальным поражением ЦНС, на наш взгляд, является оптимальной в плане ускорения восстановления здоровья, при небольших экономических затратах.

**УДК:** 616-053.31-073.48:616.98

## **КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОСОНОГРАФІЧНИХ ЗМІН У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ТА НЕОНАТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ**

**Фесенко М.Є., Мелашенко О.І., Шапошнікова Н.В., Мінько С.В., Чубарова З.В.**

Кафедра педіатрії №1 ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" (вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36024)

Однією з найважливіших проблем перинатальної неонатології залишається проблема внутрішньоутробного інфікування (ВУІ). З метою уточнення тяжкості і характеру уражень ЦНС при різних клінічних формах ВУІ нами були проаналізовані, в динаміці, зміни, виявлені при нейросонографії у 144 новонароджених (80 дітей з вродженою хламідійною інфекцією - I група, 41 новонароджений з вродженим неонатальним герпесом - II група, 23 новонароджених без проявів ВУІ - III група (контрольна).

Аналіз отриманих результатів показав, що у всіх новонароджених I та II груп на НСГ виявлена висока частота, різноманітність топічного розташування і поліморфізм патологічних змін та їх комбінацій. Серед різних варіантів комбінацій патологічних змін найчастіше зустрічалась патологія у вигляді СЕК, ІВК або їх комбінацій.

Лентиккулярна васкулопатія, комырчасті структури, ділянки підвищеної ехогенності, ехопозитивні включення, потовщення стінок шлуночків та вентрикулодилатація як самостійно, так і в комбінації зустрічались тільки у дітей з ВУІ і розцінювались нами, як маркери внутрішньоутробного інфікування. Підтвердженням даного заключення є відсутність вищезазначених змін у дітей контрольної групи.

Висновок: патологічні зміни, виявлені на НСГ, зберігалися протягом першого року життя та корелювали з формуванням у дітей затримки стато-кінетичного розвитку, синдрому м'язової дистонії та дитячого церебрального паралічу.

**УДК:** 616.248-053.5-07-08

## **БРОНХОПРОВОКАЦІЙНИЙ ГІСТАМІНОВИЙ ТЕСТ: ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ У ВЕРИФІКАЦІЇ ЛЕГКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**Гарас М.Н., Сажин С.І.**

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буквинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

Важливим питанням наразі залишається вирішення легкої і середньотяжкої персистувальної бронхіальної астми (БА), оскільки воно визначає диференційовану лікувальну тактику. З цією метою використовують визначення гіперсприйнятливості бронхів, як характерної особливості захворювання, шляхом застосування тесту, що відображує її основну складову - гіперчутливість, зокрема, інгаляційного провокаційного тесту з гістаміном (РС20Н).

Метою дослідження було визначення діагностичної цінності тесту РС20Н у підтвердженні легкого персистувального перебігу БА у дітей шкільного віку відносно середньотяжкого варіанту патології.

Дослідження проводили з дотриманням принципів біоетики на базі пульмоалергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці). Сформовано дві клінічні групи спостереження: першу (I) групу склали 16 дітей шкільного віку з верифікованим діагнозом легкої перистувальної БА, другу (II) - сформували 26 пацієнтів із середньотяжким перебігом. Для проведення тесту РС20Н використовували інгаляції двократних серійних розведень гістаміна. Враховували концентрацію гістаміна, що викликала зниження ФОВ1 на 20%. Результати аналізу-

способствовало снижению астенизации, уменьшению дыхательной недостаточности, благотворно влияло на фоновую патологию, связанную с перинатальным поражением ЦНС, что связано с кислорододонаторным эффектом озона и снижением явлений гипоксии, а также его сосудистому и бронхолитическому действию.

Сроки лечения детей, получавших озонотерапию, снизились в группе больных с обструктивным бронхитом на фоне перинатального поражения ЦНС на 1,7 дня, а у больных с обструктивным бронхитом без перинатального поражения ЦНС на 2,2 дня.

Вывод: внутривенная озонотерапия у больных детей с перинатальным поражением ЦНС, на наш взгляд, является оптимальной в плане ускорения восстановления здоровья, при небольших экономических затратах.

**УДК:** 616-053.31-073.48:616.98

## **КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОСОНОГРАФІЧНИХ ЗМІН У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ ХЛАМІДІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ТА НЕОНАТАЛЬНИМ ГЕРПЕСОМ**

**Фесенко М.Є., Мелашенко О.І., Шапошнікова Н.В., Мінько С.В., Чубарова З.В.**

Кафедра педіатрії №1 ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" (вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36024)

Однією з найважливіших проблем перинатальної неонатології залишається проблема внутрішньоутробного інфікування (ВУІ). З метою уточнення тяжкості і характеру уражень ЦНС при різних клінічних формах ВУІ нами були проаналізовані, в динаміці, зміни, виявлені при нейросонографії у 144 новонароджених (80 дітей з вродженою хламідійною інфекцією - I група, 41 новонароджений з вродженим неонатальним герпесом - II група, 23 новонароджених без проявів ВУІ - III група (контрольна).

Аналіз отриманих результатів показав, що у всіх новонароджених I та II груп на НСГ виявлена висока частота, різноманітність топічного розташування і поліморфізм патологічних змін та їх комбінацій. Серед різних варіантів комбінацій патологічних змін найчастіше зустрічалась патологія у вигляді СЕК, ІВК або їх комбінацій.

Лентиккулярна васкулопатія, комырчасті структури, ділянки підвищеної ехогенності, ехопозитивні включення, потовщення стінок шлуночків та вентрикулодилатація як самостійно, так і в комбінації зустрічались тільки у дітей з ВУІ і розцінювались нами, як маркери внутрішньоутробного інфікування. Підтвердженням даного заключення є відсутність вищезазначених змін у дітей контрольної групи.

Висновок: патологічні зміни, виявлені на НСГ, зберігалися протягом першого року життя та корелювали з формуванням у дітей затримки стато-кінетичного розвитку, синдрому м'язової дистонії та дитячого церебрального паралічу.

**УДК:** 616.248-053.5-07-08

## **БРОНХОПРОВОКАЦІЙНИЙ ГІСТАМІНОВИЙ ТЕСТ: ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ У ВЕРИФІКАЦІЇ ЛЕГКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**Гарас М.Н., Сажин С.І.**

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буквинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

Важливим питанням наразі залишається вирішення легкої і середньотяжкої персистувальної бронхіальної астми (БА), оскільки воно визначає диференційовану лікувальну тактику. З цією метою використовують визначення гіперсприйнятливості бронхів, як характерної особливості захворювання, шляхом застосування тесту, що відображує її основну складову - гіперчутливість, зокрема, інгаляційного провокаційного тесту з гістаміном (РС20Н).

Метою дослідження було визначення діагностичної цінності тесту РС20Н у підтвердженні легкого персистувального перебігу БА у дітей шкільного віку відносно середньотяжкого варіанту патології.

Дослідження проводили з дотриманням принципів біоетики на базі пульмоалергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці). Сформовано дві клінічні групи спостереження: першу (I) групу склали 16 дітей шкільного віку з верифікованим діагнозом легкої перистувальної БА, другу (II) - сформували 26 пацієнтів із середньотяжким перебігом. Для проведення тесту РС20Н використовували інгаляції двократних серійних розведень гістаміна. Враховували концентрацію гістаміна, що викликала зниження ФОВ1 на 20%. Результати аналізу-

вали методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Середнє значення тесту РС20Н в обстежених пацієнтів I групи становило  $8,5 \pm 3,0$  мг/мл, у дітей з середньотяжким перебігом -  $1,1 \pm 0,3$  мг/мл ( $p < 0,05$ ). У верифікації легкого персистувального перебігу БА стосовно середньотяжкого варіанту тест РС20Н при дискримінантній точці менше 5,5 мг/мл володів чутливістю 80% (95% ДІ 61,4-91,3), специфічністю 83,3% (95% ДІ 51,6-97,9), передбачуваною цінністю позитивного результату 92,3% (95% ДІ 74,8-99,1), передбачуваною цінністю негативного результату 62,5% (95% ДІ 35,4-84,8). Претестова ймовірність легкого персистувального перебігу БА становила 6,4%, водночас посттестова ймовірність зазначеного варіанту патології - 23,5%.

Висновок: інгаляційний бронхопровокаційний тест з гістаміном у верифікації легкого персистувального перебігу БА відносно середньотяжкого варіанту патології із зазначеною розподільчою точкою володіє достатньою специфічністю, чутливістю та передбачуваною цінністю позитивного результату, а його використання із даною метою збільшує ймовірність правильного визначення тяжкості захворювання у 4 рази, що дозволяє рекомендувати його в комплексі об'єктивних методів визначення варіантів персистування БА у дітей шкільного віку.

**УДК:** 616.36-053.31.07

## **КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ**

**Годованець Ю.Д.**

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету (Театральна площа, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

Суттєвий та часто незворотній вплив на адаптацію новонароджених дітей на першому тижні життя, у тому числі функціональний стан основних систем органів, має пренатальна гіпоксія та інфекції. Визначальна роль гепатобіліарної системи в обміні речовин в організмі характеризується тим, що порушення її функцій зумовлює важкі дисметаболічні зміни, що супроводжують клінічні прояви дизадаптації та різні за тяжкістю форми перинатальної патології. Відмічено суттєвий вплив патології, що виникла в ранньому неонатальному періоді, на подальший ріст і розвиток дитини. Пояснення цьому слід шукати в структурних і біохімічних відмінностях печінки новонародженого й дорослого, а також у специфічності реакцій стреслімітуючих систем в регуляції функціональної активності систем органів в період пристосування організму до нових умов існування.

Факторами ризику дисфункції гепатобіліарної системи у новонароджених, за нашими даними, є наявність у жінок патології гестаційного періоду: плацентарна недостатність (62,7%); анемія (57,4%); загроза переривання вагітності (40,9%); ранні та пізні гестози (22,7%). Суттєву роль відіграє реалізація у дитини внутрішньоутробного інфікування на фоні кольпіту (25,0%) або хронічного аднекситу у матері (16,7%). Серед соматичних захворювань значну роль відіграє нейроциркуляторна дистонія (34,1%) та хронічна патологія жовчного міхура (15,9%). Факторами ризику в пологах є передчасний розрив навколоплідних оболонок й прогресуюча гіпоксія плода.

Основною патологією, при якій відмічено дисфункцію гепатобіліарної системи, є: гостра асфіксія новонародженого (22,3%); неонатальна енцефалопатія тяжкого ступеня (59,7%); гемолітична хвороба (7,7%); інфекції перинатального періоду (10,3%). У 29,5% випадках відмічено народження дітей з ознаками морфо-функціональної незрілості гестаційному віку.

Кореляційно значущими ознаками порушень функціонального стану гепатобіліарної системи були: збільшення розмірів печінки ( $r=0,41$ ,  $p<0,05$ ); периферичні набряки ( $r=0,87$ ,  $p<0,05$ ); гіпоглікемія ( $r=0,85$ ,  $p<0,05$ ); здуття живота ( $r=0,87$ ,  $p<0,05$ ), синдром ендотоксикозу ( $r=0,41$ ,  $p<0,05$ ). Параклінічними маркерами для підтвердження діагнозу слугують такі показники, як зниження у плазмі крові рівня загального білка, альбумінів і глюкози; підвищення рівня білірубину, сечовини, сечової кислоти, холестерину і тригліцеридів; зростання активності ферментів АлАТ, АсАТ, ЛДГ, ЛФ та ГГТ; зміни вмісту кальція, заліза і неорганічного фосфору. Прогностичне значення для виявлення патології має визначення у пуповинній крові рівня альфа-фетопротеїну (чутливість ознаки складає 86,7%, специфічність - 47,6%).

Ступінь тяжкості порушень функціонального стану гепатобіліарної системи у новонароджених визначається за даними комплексного аналізу соматичного анамнезу матері, аналізу перебігу гестаційного періоду та пологів, клінічних особливостей ранньої неонатальної адаптації новонародженого та відповідних даних додаткових параклінічних методів дослідження; підтверджується результатами дискримінантного та багатофакторного кореляційного аналізу.

Висновок: отримані дані свідчать про доцільність використання в неонатології термінів: "порушення функціонального стану гепатобіліарної системи", "рання гепатопатія новонароджених" та "печінкова недостатність".

вали методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Середнє значення тесту РС20Н в обстежених пацієнтів I групи становило  $8,5 \pm 3,0$  мг/мл, у дітей з середньотяжким перебігом -  $1,1 \pm 0,3$  мг/мл ( $p < 0,05$ ). У верифікації легкого персистувального перебігу БА стосовно середньотяжкого варіанту тест РС20Н при дискримінантній точці менше 5,5 мг/мл володів чутливістю 80% (95% ДІ 61,4-91,3), специфічністю 83,3% (95% ДІ 51,6-97,9), передбачуваною цінністю позитивного результату 92,3% (95% ДІ 74,8-99,1), передбачуваною цінністю негативного результату 62,5% (95% ДІ 35,4-84,8). Претестова ймовірність легкого персистувального перебігу БА становила 6,4%, водночас посттестова ймовірність зазначеного варіанту патології - 23,5%.

Висновок: інгаляційний бронхопровокаційний тест з гістаміном у верифікації легкого персистувального перебігу БА відносно середньотяжкого варіанту патології із зазначеною розподільчою точкою володіє достатньою специфічністю, чутливістю та передбачуваною цінністю позитивного результату, а його використання із даною метою збільшує ймовірність правильного визначення тяжкості захворювання у 4 рази, що дозволяє рекомендувати його в комплексі об'єктивних методів визначення варіантів персистування БА у дітей шкільного віку.

**УДК:** 616.36-053.31.07

## **КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ**

**Годованець Ю.Д.**

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету (Театральна площа, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

Суттєвий та часто незворотній вплив на адаптацію новонароджених дітей на першому тижні життя, у тому числі функціональний стан основних систем органів, має пренатальна гіпоксія та інфекції. Визначальна роль гепатобіліарної системи в обміні речовин в організмі характеризується тим, що порушення її функцій зумовлює важкі дисметаболічні зміни, що супроводжують клінічні прояви дизадаптації та різні за тяжкістю форми перинатальної патології. Відмічено суттєвий вплив патології, що виникла в ранньому неонатальному періоді, на подальший ріст і розвиток дитини. Пояснення цьому слід шукати в структурних і біохімічних відмінностях печінки новонародженого й дорослого, а також у специфічності реакцій стреслімітуючих систем в регуляції функціональної активності систем органів в період пристосування організму до нових умов існування.

Факторами ризику дисфункції гепатобіліарної системи у новонароджених, за нашими даними, є наявність у жінок патології гестаційного періоду: плацентарна недостатність (62,7%); анемія (57,4%); загроза переривання вагітності (40,9%); ранні та пізні гестози (22,7%). Суттєву роль відіграє реалізація у дитини внутрішньоутробного інфікування на фоні кольпіту (25,0%) або хронічного аднекситу у матері (16,7%). Серед соматичних захворювань значну роль відіграє нейроциркуляторна дистонія (34,1%) та хронічна патологія жовчного міхура (15,9%). Факторами ризику в пологах є передчасний розрив навколоплідних оболонок й прогресуюча гіпоксія плода.

Основною патологією, при якій відмічено дисфункцію гепатобіліарної системи, є: гостра асфіксія новонародженого (22,3%); неонатальна енцефалопатія тяжкого ступеня (59,7%); гемолітична хвороба (7,7%); інфекції перинатального періоду (10,3%). У 29,5% випадках відмічено народження дітей з ознаками морфо-функціональної незрілості гестаційному віку.

Кореляційно значущими ознаками порушень функціонального стану гепатобіліарної системи були: збільшення розмірів печінки ( $r=0,41$ ,  $p<0,05$ ); периферичні набряки ( $r=0,87$ ,  $p<0,05$ ); гіпоглікемія ( $r=0,85$ ,  $p<0,05$ ); здуття живота ( $r=0,87$ ,  $p<0,05$ ), синдром ендотоксикозу ( $r=0,41$ ,  $p<0,05$ ). Параклінічними маркерами для підтвердження діагнозу слугують такі показники, як зниження у плазмі крові рівня загального білка, альбумінів і глюкози; підвищення рівня білірубину, сечовини, сечової кислоти, холестерину і тригліцеридів; зростання активності ферментів АлАТ, АсАТ, ЛДГ, ЛФ та ГГТ; зміни вмісту кальція, заліза і неорганічного фосфору. Прогностичне значення для виявлення патології має визначення у пуповинній крові рівня альфа-фетопротеїну (чутливість ознаки складає 86,7%, специфічність - 47,6%).

Ступінь тяжкості порушень функціонального стану гепатобіліарної системи у новонароджених визначається за даними комплексного аналізу соматичного анамнезу матері, аналізу перебігу гестаційного періоду та пологів, клінічних особливостей ранньої неонатальної адаптації новонародженого та відповідних даних додаткових параклінічних методів дослідження; підтверджується результатами дискримінантного та багатофакторного кореляційного аналізу.

Висновок: отримані дані свідчать про доцільність використання в неонатології термінів: "порушення функціонального стану гепатобіліарної системи", "рання гепатопатія новонароджених" та "печінкова недостатність".

УДК: 616.248-053.31:616.8-009.63

## **ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ В КОНДЕНСАТІ ВИДИХУВАНОВОГО ПОВІТРЯ ПРИ ФЕБРИЛЬНИХ НАПАДАХ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**Гончарук Р.І.**

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

На підставі проведеного клініко-епідеміологічного дослідження вивчені окремі особливості фебрильних нападів бронхіальної астми в дітей дошкільного віку, зокрема вміст монооксиду нітрогену (NO) у видихуваному повітрі. Першу клінічну групу сформували 37 дітей, з позитивними результатами бактеріологічних засівів харкотиння. Групу порівняння склали 32 дітей, з позитивними вірусологічним дослідженням харкотиння. Всім дітям визначали вміст NO в конденсаті видихуваного повітря. У пацієнтів першої групи з пурулентним харкотинням показник NO сягав 40,3 мкмоль/л проти 20,9 мкмоль/л у групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

З огляду на те, що в першій клінічній групі показник NO вірогідно відрізнявся від результатів у групі порівняння, нами вивчене діагностичне значення його рівня, що перевищував 30 мкмоль/л, для ранньої верифікації бактеріального ураження респіраторного тракту в дітей дошкільного віку при фебрильних нападах бронхіальної астми. Ризик наявності бактеріальних тригерів фебрильних нападів бронхіальної астми за вказаного вмісту монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря становив: абсолютний ризик - 0,62, відносний ризик - 4,2 (95% ДІ 2,2-8,2) та співвідношення шансів - 18, 4 (95% ДІ 5,5-61,9).

Висновок: у пацієнтів дошкільного віку з епізодами бронхіальної обструкції на тлі підвищення температури тіла показник NO в конденсаті видихуваного повітря  $>30$  мкмоль/л асоціює з підвищеним ризиком наявності бактеріального ураження дихальних шляхів.

УДК: 616.839-08:616.61-002.3.:613.956

## **ВПЛИВ ТЕРАПІЇ МОНОПРИЛОМ НА ВИХІДНИЙ ВЕГЕТАТИВНИЙ ТОНУС У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ**

**Каблукова О.К., Антоненко Т.І., Акчурін О.М., Горовий І.С., Гумінська Г.С., Демченко М.М., Педосенко О.Б.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Ренопротекція є важливим напрямком сучасного лікування хворих із хронічним захворюванням нирок. Застосування Фозиноприлу натрію (моноприлу) при хронічному пієлонефриті у дітей регламентовано наказом МОЗ України №365 від 20.07.2005р.

Наряду з базовою терапією у 32 дітей з хронічним пієлонефритом призначався моноприл у початковій дозі 0,25 мг/кг/добу в 2 прийоми.

В разі доброго перенесення доза препарату поступово збільшувалась методом титрування (додавалось 1/8-1/4 таблетки на прийом, тобто по 0,125-0,25 мг на прийом кожні 5-7 днів) до досягнення максимально переносимої дози і в подальшому залишалась на цьому рівні протягом 6 місяців.

Група дітей, що одержувала моноприл, відповідала групі порівняння за віком, статтю, тривалістю хвороби, станом функції нирок, артеріальним тиском та вихідними вегетативними показниками (за даними анкетування за О.М.Вейном, перевірки рефлексу Ашнера-Даніні, аналізу варіабельності серцевого ритму, КОП, визначення добової екскреції ванілілмигдальної кислоти (кінцевого продукту катехоламінового обміну)).

Визначення функціонального стану ВНС проводилось до початку лікування і після 6 місяців безперервного прийому препарату.

В групі спостереження спостерігалась приблизно рівна кількість дітей із ваго- та симпатикотонією, із незначним переваженням останньої. На фоні лікування кількість дітей із симпатикотонією достовірно ( $t=2,09$ ;  $p < 0,05$ ) зменшилась, в результаті чого на перше місце за поширеністю вийшла ваготонія.

Через 6 місяців лікування в групі порівняння відмічалось незначне збільшення дітей із симпатикотонічним вихідним тонусом, і відповідно збільшенням - з ваготонічним, однак відмінності не виявились статистично достовірними. Втім, при співставленні поширеності різних варіантів вихідного вегетативного тонусу в групі дітей, які приймали моноприл, через 6 місяців симпатикотонія зустрічалась достовірно ( $t=3,53$ ;  $p < 0,001$ ) рідше, ніж у групі порівняння, що вказує на істотний симпатолітичний ефект моноприлу у дітей з хронічним пієлонефритом.

УДК: 616.248-053.31:616.8-009.63

## **ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ В КОНДЕНСАТІ ВИДИХУВАНОВОГО ПОВІТРЯ ПРИ ФЕБРИЛЬНИХ НАПАДАХ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**Гончарук Р.І.**

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

На підставі проведеного клініко-епідеміологічного дослідження вивчені окремі особливості фебрильних нападів бронхіальної астми в дітей дошкільного віку, зокрема вміст монооксиду нітрогену (NO) у видихуваному повітрі. Першу клінічну групу сформували 37 дітей, з позитивними результатами бактеріологічних засівів харкотиння. Групу порівняння склали 32 дітей, з позитивними вірусологічним дослідженням харкотиння. Всім дітям визначили вміст NO в конденсаті видихуваного повітря. У пацієнтів першої групи з пурулентним харкотинням показник NO сягав 40,3 мкмоль/л проти 20,9 мкмоль/л у групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

З огляду на те, що в першій клінічній групі показник NO вірогідно відрізнявся від результатів у групі порівняння, нами вивчене діагностичне значення його рівня, що перевищував 30 мкмоль/л, для ранньої верифікації бактеріального ураження респіраторного тракту в дітей дошкільного віку при фебрильних нападах бронхіальної астми. Ризик наявності бактеріальних тригерів фебрильних нападів бронхіальної астми за вказаного вмісту монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря становив: абсолютний ризик - 0,62, відносний ризик - 4,2 (95% ДІ 2,2-8,2) та співвідношення шансів - 18, 4 (95% ДІ 5,5-61,9).

Висновок: у пацієнтів дошкільного віку з епізодами бронхіальної обструкції на тлі підвищення температури тіла показник NO в конденсаті видихуваного повітря  $>30$  мкмоль/л асоціює з підвищеним ризиком наявності бактеріального ураження дихальних шляхів.

УДК: 616.839-08:616.61-002.3.:613.956

## **ВПЛИВ ТЕРАПІЇ МОНОПРИЛОМ НА ВИХІДНИЙ ВЕГЕТАТИВНИЙ ТОНУС У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ**

**Каблукова О.К., Антоненко Т.І., Акчурін О.М., Горовий І.С., Гумінська Г.С., Демченко М.М., Педосенко О.Б.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Ренопротекція є важливим напрямком сучасного лікування хворих із хронічним захворюванням нирок. Застосування Фозиноприлу натрію (моноприлу) при хронічному пієлонефриті у дітей регламентовано наказом МОЗ України №365 від 20.07.2005р.

Наряду з базовою терапією у 32 дітей з хронічним пієлонефритом призначався моноприл у початковій дозі 0,25 мг/кг/добу в 2 прийоми.

В разі доброго перенесення доза препарату поступово збільшувалась методом титрування (додавалось 1/8-1/4 таблетки на прийом, тобто по 0,125-0,25 мг на прийом кожні 5-7 днів) до досягнення максимально переносимої дози і в подальшому залишалась на цьому рівні протягом 6 місяців.

Група дітей, що одержувала моноприл, відповідала групі порівняння за віком, статтю, тривалістю хвороби, станом функції нирок, артеріальним тиском та вихідними вегетативними показниками (за даними анкетування за О.М.Вейном, перевірки рефлексу Ашнера-Даніні, аналізу варіабельності серцевого ритму, КОП, визначення добової екскреції ванілілмигдальної кислоти (кінцевого продукту катехоламінового обміну)).

Визначення функціонального стану ВНС проводилось до початку лікування і після 6 місяців безперервного прийому препарату.

В групі спостереження спостерігалась приблизно рівна кількість дітей із ваго- та симпатикотонією, із незначним переваженням останньої. На фоні лікування кількість дітей із симпатикотонією достовірно ( $t=2,09$ ;  $p < 0,05$ ) зменшилась, в результаті чого на перше місце за поширеністю вийшла ваготонія.

Через 6 місяців лікування в групі порівняння відмічалось незначне збільшення дітей із симпатикотонічним вихідним тонусом, і відповідно збільшенням - з ваготонічним, однак відмінності не виявились статистично достовірними. Втім, при співставленні поширеності різних варіантів вихідного вегетативного тонусу в групі дітей, які приймали моноприл, через 6 місяців симпатикотонія зустрічалась достовірно ( $t=3,53$ ;  $p < 0,001$ ) рідше, ніж у групі порівняння, що вказує на істотний симпатолітичний ефект моноприлу у дітей з хронічним пієлонефритом.



УДК: 616.248-053.31:616.8-009.63

## **ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ В КОНДЕНСАТІ ВИДИХУВАНОВОГО ПОВІТРЯ ПРИ ФЕБРИЛЬНИХ НАПАДАХ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**Гончарук Р.І.**

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

На підставі проведеного клініко-епідеміологічного дослідження вивчені окремі особливості фебрильних нападів бронхіальної астми в дітей дошкільного віку, зокрема вміст монооксиду нітрогену (NO) у видихуваному повітрі. Першу клінічну групу сформували 37 дітей, з позитивними результатами бактеріологічних засівів харкотиння. Групу порівняння склали 32 дітей, з позитивними вірусологічним дослідженням харкотиння. Всім дітям визначали вміст NO в конденсаті видихуваного повітря. У пацієнтів першої групи з пурулентним харкотинням показник NO сягав 40,3 мкмоль/л проти 20,9 мкмоль/л у групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

З огляду на те, що в першій клінічній групі показник NO вірогідно відрізнявся від результатів у групі порівняння, нами вивчене діагностичне значення його рівня, що перевищував 30 мкмоль/л, для ранньої верифікації бактеріального ураження респіраторного тракту в дітей дошкільного віку при фебрильних нападах бронхіальної астми. Ризик наявності бактеріальних тригерів фебрильних нападів бронхіальної астми за вказаного вмісту монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря становив: абсолютний ризик - 0,62, відносний ризик - 4,2 (95% ДІ 2,2-8,2) та співвідношення шансів - 18, 4 (95% ДІ 5,5-61,9).

Висновок: у пацієнтів дошкільного віку з епізодами бронхіальної обструкції на тлі підвищення температури тіла показник NO в конденсаті видихуваного повітря  $>30$  мкмоль/л асоціює з підвищеним ризиком наявності бактеріального ураження дихальних шляхів.

УДК: 616.839-08:616.61-002.3.:613.956

## **ВПЛИВ ТЕРАПІЇ МОНОПРИЛОМ НА ВИХІДНИЙ ВЕГЕТАТИВНИЙ ТОНУС У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ**

**Каблукова О.К., Антоненко Т.І., Акчурін О.М., Горовий І.С., Гумінська Г.С., Демченко М.М., Педосенко О.Б.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Ренопротекція є важливим напрямком сучасного лікування хворих із хронічним захворюванням нирок. Застосування Фозиноприлу натрію (моноприлу) при хронічному пієлонефриті у дітей регламентовано наказом МОЗ України №365 від 20.07.2005р.

Наряду з базовою терапією у 32 дітей з хронічним пієлонефритом призначався моноприл у початковій дозі 0,25 мг/кг/добу в 2 прийоми.

В разі доброго перенесення доза препарату поступово збільшувалась методом титрування (додавалось 1/8-1/4 таблетки на прийом, тобто по 0,125-0,25 мг на прийом кожні 5-7 днів) до досягнення максимально переносимої дози і в подальшому залишалась на цьому рівні протягом 6 місяців.

Група дітей, що одержувала моноприл, відповідала групі порівняння за віком, статтю, тривалістю хвороби, станом функції нирок, артеріальним тиском та вихідними вегетативними показниками (за даними анкетування за О.М.Вейном, перевірки рефлексу Ашнера-Даніні, аналізу варіабельності серцевого ритму, КОП, визначення добової екскреції ванілілмигдальної кислоти (кінцевого продукту катехоламінового обміну)).

Визначення функціонального стану ВНС проводилось до початку лікування і після 6 місяців безперервного прийому препарату.

В групі спостереження спостерігалась приблизно рівна кількість дітей із ваго- та симпатикотонією, із незначним переваженням останньої. На фоні лікування кількість дітей із симпатикотонією достовірно ( $t=2,09$ ;  $p < 0,05$ ) зменшилась, в результаті чого на перше місце за поширеністю вийшла ваготонія.

Через 6 місяців лікування в групі порівняння відмічалось незначне збільшення дітей із симпатикотонічним вихідним тонусом, і відповідно збільшенням - з ваготонічним, однак відмінності не виявились статистично достовірними. Втім, при співставленні поширеності різних варіантів вихідного вегетативного тону в групі дітей, які приймали моноприл, через 6 місяців симпатикотонія зустрічалась достовірно ( $t=3,53$ ;  $p < 0,001$ ) рідше, ніж у групі порівняння, що вказує на істотний симпатолітичний ефект моноприлу у дітей з хронічним пієлонефритом.

Через 6 місяців лікування моноприлом у дітей спостерігалось зниження величини систолічного і діастолічного артеріального тиску, які достовірно відрізнялись за показниками АТ в групі порівняння, тобто мала місце типова гіпотензивна дія моноприлу, однак зниження АТ не досягало рівня артеріальної гіпотензії.

Добова екскреція ванілілмигдальної кислоти на протязі 6 місяців зменшилась з 5,5 мг/добу до 4,3 мг/добу в групі дітей, що отримували моноприл, і зросла з 7,8 мг/добу до 8,5 мг/добу у групі порівняння. В кінці спостереження виявлені достовірні відмінності ( $t=3,19$ ;  $p<0,001$ ).

Висновок: при 6-місячному прийомі моноприлу відмічалось достовірне зменшення добової екскреції ВМК, що свідчить про зменшення активності симпатичної ланки ВНС у дітей з хронічним пієлонефритом під впливом терапії інгібіторами АПФ.

**УДК:** 616-071 : 616-092 : 616.611-002-053.3

## **ФАКТОРЫ ХРОНИЗАЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

**Каблукова Е.К., Моравская О.А., Гуминская Г.С., Демченко М.М., Педосенко О.Б., Акрам Слимие**

Кафедра педиатрии №1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

*Цель* - установить влияние неблагоприятных факторов и значение  $\beta$ 2-МГ в хронизации гломерулонефрита.

Метод основан на количественном определении  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови и моче нефелометрическим и иммуноферментным анализом с помощью тест-систем DIAMEB.

С этой целью обследованы 74 ребенка в возрасте от 1 года до 17 лет: с хроническим гломерулонефритом - 37 детей, с острым гломерулонефритом - 37 детей. Контрольную группу составили 20 здоровых детей такого же возраста. В норме содержание  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови здоровых детей составило  $1,15\pm 0,25$  мг/л, экскреция с мочой  $\beta$ 2-МГ -  $0,03\pm 0,003$  мг/мл/сутки

При остром гломерулонефрите показатели  $\beta$ 2-МГ сыворотки крови увеличены у детей с нефритическим и нефротическим синдромом и составляет  $3,86\pm 0,42$  мг/л и  $4,88\pm 0,61$  мг/мл соответственно. В период стихания клинических проявлений ОГН показатели  $\beta$ 2-МГ снижались, но не достигли уровня здоровых детей -  $2,16\pm 0,17$  мг/л при нефротическом синдроме и  $2,73\pm 0,29$  мг/л при нефритическом синдроме. При снижении фильтрационной функции почек уровень  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови увеличивался в 2,5 раза и составлял  $4,82\pm 0,42$  мг/л при ОГН с нефритическим синдромом и  $5,37\pm 0,56$  мг/л у детей с нефротическим синдромом ОГН.

Экскреция  $\beta$ 2-МГ с мочой была повышена у детей обеих групп и составляла  $0,28\pm 0,06$  мг/л при нефритическом синдроме и  $0,33$  мг/л - при нефротическом синдроме. Показатели  $\beta$ 2-МГ в моче коррелировали с никтурией, снижением максимального удельного веса мочи, суточной протеинурией.

При хроническом гломерулонефрите в период обострения показатели  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови и моче увеличены у детей обеих групп и составляли  $4,61\pm 0,49$  мг/л - при гематурической форме и  $5,61\pm 0,63$  мг/л - при нефротической форме.

В период стихания клинико-лабораторных проявлений показатели  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови снижались, но превышали показатели детей контрольной группы и составляли  $2,61\pm 0,20$  мг/л при ХГН, гематурической форме и  $3,29\pm 0,24$  мг/л - при ХГН, нефротической форме.

При ХГН, нефротической форме отмечались более высокие показатели в крови и экскреции с мочой.

Методом многофакторного анализа выявлены влияния медико-биологических факторов на возможность развития у ребенка хронического гломерулонефрита, нефротической формы, что составляет 42,57%.

Со стороны матери - это гестоз первой и второй половины беременности, патологические роды, заболевания желудочно-кишечного тракта, ОРВИ во время беременности, заболевания почек и сердечно-сосудистой системы у ближайших родственников.

Со стороны ребенка из первичных клинических неблагоприятных факторов, влияющих на возникновение развития у ребенка ХГН, нефротической формы выделяют два основных, которые на 28,95% объясняют суммарную дисперсию признаков множественного числа - это гипертензия, хронический тонзиллит, хронический гастрит, расширение границ сердца, увеличение печени. У детей с ХГН, гематурической формы влияние медико-биологических факторов на возможность заболевания составляет 41,77%. Это - приём матерью лекарственных препаратов во II половине беременности, профессиональные вредности, гестоз первой и второй половины беременности, заболевание сердечно-сосудистой системы у ближайших родственников. Со стороны ребенка - это наличие хронического тонзиллита, увеличение печени, аллергия, расширение границ сердца.

Вывод: при остром и хроническом гломерулонефрите имеется повышение показателей  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови и экскреции с мочой, которые коррелируют с тяжестью течения ГН и нарушением функции почек. При

Через 6 місяців лікування моноприлом у дітей спостерігалось зниження величини систолічного і діастолічного артеріального тиску, які достовірно відрізнялись за показниками АТ в групі порівняння, тобто мала місце типова гіпотензивна дія моноприлу, однак зниження АТ не досягало рівня артеріальної гіпотензії.

Добова екскреція ванілілмигдальної кислоти на протязі 6 місяців зменшилась з 5,5 мг/добу до 4,3 мг/добу в групі дітей, що отримували моноприл, і зросла з 7,8 мг/добу до 8,5 мг/добу у групі порівняння. В кінці спостереження виявлені достовірні відмінності ( $t=3,19$ ;  $p<0,001$ ).

Висновок: при 6-місячному прийомі моноприлу відмічалось достовірне зменшення добової екскреції ВМК, що свідчить про зменшення активності симпатичної ланки ВНС у дітей з хронічним пієлонефритом під впливом терапії інгібіторами АПФ.

**УДК:** 616-071 : 616-092 : 616.611-002-053.3

## **ФАКТОРЫ ХРОНИЗАЦИИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ**

**Каблукова Е.К., Моравская О.А., Гуминская Г.С., Демченко М.М., Педосенко О.Б., Акрам Слимие**

Кафедра педиатрии №1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018)

*Цель* - установить влияние неблагоприятных факторов и значение  $\beta$ 2-МГ в хронизации гломерулонефрита.

Метод основан на количественном определении  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови и моче нефелометрическим и иммуноферментным анализом с помощью тест-систем DIAMEB.

С этой целью обследованы 74 ребенка в возрасте от 1 года до 17 лет: с хроническим гломерулонефритом - 37 детей, с острым гломерулонефритом - 37 детей. Контрольную группу составили 20 здоровых детей такого же возраста. В норме содержание  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови здоровых детей составило  $1,15 \pm 0,25$  мг/л, экскреция с мочой  $\beta$ 2-МГ -  $0,03 \pm 0,003$  мг/мл/сутки

При остром гломерулонефрите показатели  $\beta$ 2-МГ сыворотки крови увеличены у детей с нефритическим и нефротическим синдромом и составляет  $3,86 \pm 0,42$  мг/л и  $4,88 \pm 0,61$  мг/мл соответственно. В период стихания клинических проявлений ОГН показатели  $\beta$ 2-МГ снижались, но не достигли уровня здоровых детей -  $2,16 \pm 0,17$  мг/л при нефротическом синдроме и  $2,73 \pm 0,29$  мг/л при нефритическом синдроме. При снижении фильтрационной функции почек уровень  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови увеличивался в 2,5 раза и составлял  $4,82 \pm 0,42$  мг/л при ОГН с нефритическим синдромом и  $5,37 \pm 0,56$  мг/л у детей с нефротическим синдромом ОГН.

Экскреция  $\beta$ 2-МГ с мочой была повышена у детей обеих групп и составляла  $0,28 \pm 0,06$  мг/л при нефритическом синдроме и  $0,33$  мг/л - при нефротическом синдроме. Показатели  $\beta$ 2-МГ в моче коррелировали с никтурией, снижением максимального удельного веса мочи, суточной протеинурией.

При хроническом гломерулонефрите в период обострения показатели  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови и моче увеличены у детей обеих групп и составляли  $4,61 \pm 0,49$  мг/л - при гематурической форме и  $5,61 \pm 0,63$  мг/л - при нефротической форме.

В период стихания клинико-лабораторных проявлений показатели  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови снижались, но превышали показатели детей контрольной группы и составляли  $2,61 \pm 0,20$  мг/л при ХГН, гематурической форме и  $3,29 \pm 0,24$  мг/л - при ХГН, нефротической форме.

При ХГН, нефротической форме отмечались более высокие показатели в крови и экскреции с мочой.

Методом многофакторного анализа выявлены влияния медико-биологических факторов на возможность развития у ребенка хронического гломерулонефрита, нефротической формы, что составляет 42,57%.

Со стороны матери - это гестоз первой и второй половины беременности, патологические роды, заболевания желудочно-кишечного тракта, ОРВИ во время беременности, заболевания почек и сердечно-сосудистой системы у ближайших родственников.

Со стороны ребенка из первичных клинических неблагоприятных факторов, влияющих на возникновение развития у ребенка ХГН, нефротической формы выделяют два основных, которые на 28,95% объясняют суммарную дисперсию признаков множественного числа - это гипертензия, хронический тонзиллит, хронический гастрит, расширение границ сердца, увеличение печени. У детей с ХГН, гематурической формы влияние медико-биологических факторов на возможность заболевания составляет 41,77%. Это - приём матерью лекарственных препаратов во II половине беременности, профессиональные вредности, гестоз первой и второй половины беременности, заболевание сердечно-сосудистой системы у ближайших родственников. Со стороны ребенка - это наличие хронического тонзиллита, увеличение печени, аллергия, расширение границ сердца.

Вывод: при остром и хроническом гломерулонефрите имеется повышение показателей  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови и экскреции с мочой, которые коррелируют с тяжестью течения ГН и нарушением функции почек. При

снижении фильтрационной функции почек отмечается повышение содержания  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови. Показатели экскреции  $\beta$ 2-МГ с мочой у больных с острым и хроническим ГН коррелирует с тубулоинтерстициальными изменениями. Более высокие показатели  $\beta$ 2-МГ у детей с хроническим ГН в период обострения и стихания клинико-лабораторных проявлений позволит использовать количественные определения  $\beta$ 2-МГ в качестве теста для диагностики хронического ГН и прогноза его хронизации. Наличие приведенных медико-биологических и клинических факторов являются влиятельными в отношении вероятности возникновения хронизации гломерулонефрита у детей.

**УДК: 616-053.2:616-056.54**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Капитан Т.В., Драчук А.Н.**

Кафедра педиатрии №1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018), Винницкое районное территориальное медицинское объединение (Хмельницкое шоссе, 92, г. Винница, Украина, 21029)

До настоящего времени проблема лактазной недостаточности (ЛН), в основе которой лежит дефицит или отсутствие фермента лактазы, в работе врача-педиатра имеет особое значение - материнское молоко (с лактозой) является единственным видом пищи ребенка до введения прикорма и значительной частью до конца 1 года жизни. При ЛН в тонкой кишке происходит нарушение расщепления и всасывания молочного сахара.

Среди первичных форм ЛН долгое время причиной летального исхода на первом году жизни была генетически обусловленная врожденная лактазная недостаточность (алактазия). Одной из причин этого было отсутствие специальных детских смесей и лекарственных средств, и в связи с этим - частая неэффективность в лечении быстро развивающихся тяжелых форм диспепсии, дегидратации, токсикоза и гипотрофии.

В настоящее время отмечаются значительные положительные сдвиги в лечении лактазной недостаточности. При врожденной ЛН главным принципом лечения является снижение количества лактозы в получаемой пище, иногда вплоть до полного ее исключения (диетотерапия). Одновременно проводится медикаментозная терапия.

Диетотерапия. Первым обязательным правилом лечения, а при неясном диагнозе неоспоримым, объективным методом диагностики, являются т.н. элиминационные диеты. Существует 3 вида (этапа) элиминационных диет, используемых в следующем порядке: 1) эмпирическая, имеющая в первую очередь диагностическое значение, назначается в первые дни заболевания, длится примерно 1 неделю; 2) элементная - в течение следующей 2-й недели (иногда больше) проводится постепенное расширение меню введением новых видов пищи. Ребенок находится на специальной элементной диете до введения прикорма; 3) поддерживающая - продолжительность разная и заключается в максимально допустимом расширении меню.

1. Эмпирическая диета. Отсутствие демонстративных клинических признаков заболевания, трудность в диагностике в неонатальном периоде не позволяют сразу поставить точный диагноз. А вот предположить его можно. В таком случае ребенку дается специализированная низколактозная или безлактозная смесь (см. ниже). Переводить на смеси нужно постепенно, в течение 2-3 дней. Иногда достаточно заменить половину или треть объема каждого кормления смесью, докормив материнским молоком. Если предполагаемый диагноз при этом не устанавливается, нужно полностью заменить грудное молоко специализированной смесью.

Главное внимание обращается на диспепсические расстройства - если стул стал нормальным и сгладились, а затем исчезли остальные признаки заболевания, становится ясным заболевание: врожденная лактазная недостаточность, при лечении которой эмпирическая диета автоматически переходит во второй вид элиминационных диет - элементную диету. В раннем возрасте, когда ребенок получает только смеси, суть этих 2 видов диет практически одинаковая.

2. Элементная диета. К настоящему времени разрабатываются все более эффективные специализированные адаптированные смеси из коровьего молока: безлактозные ("Нутрилак", "NAN", "Прегестимил", "Хумана ЛП", "Симилак Эдванс LF", "Матех", "Энфамил") и низколактозные ("Детолакт", "Нутрилак", "Нутрилон", "Humana HN", "Хумана ЛП+СЦТ"). Наилучшими считаются соевые смеси: безлактозные ("Детолакт-соя", "Нутрилак соя", "NAN Соя", "Соя сэмп", "Нутрилон соя", "Humana SL", "Энфамил-соя", "Симилак Изомил", "Фрисосой") и низколактозные ("MDмил Соя"). Смеси при необходимости меняются.

Итак, в случае врожденной лактазной недостаточности: а) при наличии у матери грудного молока и отсутствии специальных ферментных препаратов ребенок полностью или частично переводится на специализированные низко- или безлактозные смеси; б) при искусственном вскармливании подбирается специализированная смесь. Если вначале ребенок получал безлактозную смесь, через какое-то время можно попробовать низколактозную; в) детям

снижении фильтрационной функции почек отмечается повышение содержания  $\beta$ 2-МГ в сыворотке крови. Показатели экскреции  $\beta$ 2-МГ с мочой у больных с острым и хроническим ГН коррелирует с тубулоинтерстициальными изменениями. Более высокие показатели  $\beta$ 2-МГ у детей с хроническим ГН в период обострения и стихания клинико-лабораторных проявлений позволит использовать количественные определения  $\beta$ 2-МГ в качестве теста для диагностики хронического ГН и прогноза его хронизации. Наличие приведенных медико-биологических и клинических факторов являются влиятельными в отношении вероятности возникновения хронизации гломерулонефрита у детей.

**УДК: 616-053.2:616-056.54**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Капитан Т.В., Драчук А.Н.**

Кафедра педиатрии №1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018), Винницкое районное территориальное медицинское объединение (Хмельницкое шоссе, 92, г. Винница, Украина, 21029)

До настоящего времени проблема лактазной недостаточности (ЛН), в основе которой лежит дефицит или отсутствие фермента лактазы, в работе врача-педиатра имеет особое значение - материнское молоко (с лактозой) является единственным видом пищи ребенка до введения прикорма и значительной частью до конца 1 года жизни. При ЛН в тонкой кишке происходит нарушение расщепления и всасывания молочного сахара.

Среди первичных форм ЛН долгое время причиной летального исхода на первом году жизни была генетически обусловленная врожденная лактазная недостаточность (алактазия). Одной из причин этого было отсутствие специальных детских смесей и лекарственных средств, и в связи с этим - частая неэффективность в лечении быстро развивающихся тяжелых форм диспепсии, дегидратации, токсикоза и гипотрофии.

В настоящее время отмечаются значительные положительные сдвиги в лечении лактазной недостаточности. При врожденной ЛН главным принципом лечения является снижение количества лактозы в получаемой пище, иногда вплоть до полного ее исключения (диетотерапия). Одновременно проводится медикаментозная терапия.

Диетотерапия. Первым обязательным правилом лечения, а при неясном диагнозе неоспоримым, объективным методом диагностики, являются т.н. элиминационные диеты. Существует 3 вида (этапа) элиминационных диет, используемых в следующем порядке: 1) эмпирическая, имеющая в первую очередь диагностическое значение, назначается в первые дни заболевания, длится примерно 1 неделю; 2) элементная - в течение следующей 2-й недели (иногда больше) проводится постепенное расширение меню введением новых видов пищи. Ребенок находится на специальной элементной диете до введения прикорма; 3) поддерживающая - продолжительность разная и заключается в максимально допустимом расширении меню.

1. Эмпирическая диета. Отсутствие демонстративных клинических признаков заболевания, трудность в диагностике в неонатальном периоде не позволяют сразу поставить точный диагноз. А вот предположить его можно. В таком случае ребенку дается специализированная низколактозная или безлактозная смесь (см. ниже). Переводить на смеси нужно постепенно, в течение 2-3 дней. Иногда достаточно заменить половину или треть объема каждого кормления смесью, докормив материнским молоком. Если предполагаемый диагноз при этом не устанавливается, нужно полностью заменить грудное молоко специализированной смесью.

Главное внимание обращается на диспепсические расстройства - если стул стал нормальным и сгладились, а затем исчезли остальные признаки заболевания, становится ясным заболевание: врожденная лактазная недостаточность, при лечении которой эмпирическая диета автоматически переходит во второй вид элиминационных диет - элементную диету. В раннем возрасте, когда ребенок получает только смеси, суть этих 2 видов диет практически одинаковая.

2. Элементная диета. К настоящему времени разрабатываются все более эффективные специализированные адаптированные смеси из коровьего молока: безлактозные ("Нутрилак", "NAN", "Прегестимил", "Хумана ЛП", "Симилак Эдванс LF", "Матех", "Энфамил") и низколактозные ("Детолакт", "Нутрилак", "Нутрилон", "Humana HN", "Хумана ЛП+СЦТ"). Наилучшими считаются соевые смеси: безлактозные ("Детолакт-соя", "Нутрилак соя", "NAN Соя", "Соя сэмп", "Нутрилон соя", "Humana SL", "Энфамил-соя", "Симилак Изомил", "Фрисосой") и низколактозные ("MDмил Соя"). Смеси при необходимости меняются.

Итак, в случае врожденной лактазной недостаточности: а) при наличии у матери грудного молока и отсутствии специальных ферментных препаратов ребенок полностью или частично переводится на специализированные низко- или безлактозные смеси; б) при искусственном вскармливании подбирается специализированная смесь. Если вначале ребенок получал безлактозную смесь, через какое-то время можно попробовать низколактозную; в) детям

на смешанном вскармливании подбирается специализированная смесь в виде докорма или полной замены.

Вопрос решается индивидуально в связи с приемом ребенком максимального количества лактозы, при котором не появляются клинические симптомы недостаточности и данные анализов обследования находятся в пределах нормы. При значительном дефиците лактозы, отсутствии эффекта при снижении количества лактозы до одной трети, рекомендуется в качестве основного питания использовать безлактозные смеси.

3. Поддерживающая диета. Состав получаемой пищи при этой диете и ее срок зависят от степени недостаточности: при алактазии безлактозная диета чаще назначается пожизненно. Однако по современным данным нецелесообразно сразу переводить ребенка на строгую безлактозную диету в течение 1-2-го года жизни, а лишь после этого возраста; в случае гиполактазии индивидуально решается вопрос о применяемой смеси, лекарственных препаратах и степени специальной диеты; низколактозная диета тоже нередко сохраняется в течение всей жизни.

В специальной диете кормящей матери необходимости нет, так как ее питание не влияет на количество лактозы в грудном молоке.

С 6 месяцев, применяя перечисленные смеси, ребенку вводится прикорм (при ЛН прикорм можно ввести пораньше): первой желательнее дать крупяную кашу без глютена, заварив ее на воде, на без- или низколактозной смеси. Кроме того, имеются специализированные смеси-каши без лактозы ("Нумана SL каша" и др.). В целом отдается предпочтение безлактозным продуктам или с минимальным количеством лактозы.

Питание после года, когда молоко перестает быть незаменимым видом пищи, выбор блюд не остается сложным. В настоящее время выпускается ряд продуктов со сниженным количеством лактозы, в том числе молоко.

Медикаментозное лечение имеет немаловажное, а при наличии специальных препаратов главное значение. Вопросы о выборе препаратов, дозе, сроке применения решаются индивидуально в зависимости от интенсивности патологического процесса и эффективности терапии.

Современная ферментотерапия. Создание и применение новых лекарственных средств, "выполняющих роль" дефицитного фермента, не просто облегчило лечение больного, а стало главным звеном превращения жизни больного человека в его полноценное развитие и существование, когда лактазную недостаточность можно с уверенностью назвать не заболеванием, а образом жизни.

Разработаны специальные препараты, расщепляющие лактозу, не влияя на остальные качественные свойства молока. К детским формам таких средств относятся Лактаза Бэби и Лактаза Энзим (при каждом кормлении в нужный объем сцеженного молока добавляется необходимая часть капсулы, что позволяет сохранить у ребенка с ЛН естественное вскармливание). В любом возрасте применяется препарат Лактаза (добавляется в грудное молоко, затем в молочные продукты), в старшем возрасте - Лактаза и Лактраза (назначаются в виде капсулы перед приемом пищи с лактозой).

При искусственном вскармливании можно применить специальные смеси с ферментом лактаза ("Галлия Лактофидус", "Сэмпер-бифидум").

Кроме того, при лечении ЛН следует учесть следующее. Для улучшения функции кишечника и печени, при недостаточности желудка и поджелудочной железы назначаются ферментные препараты других групп. В настоящее время в педиатрии одним из лучших ферментных препаратов считается креон (ликреаз). А также применяются: панкреатин, панцитрат, мезим-форте (пангрол), фестал, котазим-форте, ацидин-пепсин, абомин, пепсидил, панзинорм форте. Для стабилизации мембран энтероцитов рекомендуются димефосфон и карнитина хлорид. Для улучшения процессов гидролиза эффективными являются витамины В1, В6, В12, кокарбоксылаза, АТФ. Антиоксидантное лечение включает витамин Е, аевит, АЕ-мульсин N, карсил, тиотриазолин.

Снижение уровня кальция при безмолочной диете требует назначения кальция. Через 2-3 недели после начала лечения назначается стимулирующая терапия: пентоксил, нуклеинат натрия, метилурацил, алоэ.

В тяжелых случаях назначаются глюкокортикоиды.

Вывод: прогноз при лактазной недостаточности в случае своевременной диагностики и правильного лечения, диетотерапии, постоянном врачебном наблюдении и обследовании в настоящее время благоприятный.

**УДК: 616-053.2:616-056.54**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ**

**Капитан Т.В., Драчук А.Н.**

Кафедра педиатрии №1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018), Винницкое районное территориальное медицинское объединение (Хмельницкое шоссе, 92, г. Винница, Украина, 21029)

В течение нескольких последних десятилетий неоднократно изменялись правила вскармливания ребенка как естественного, так и искусственного и смешанного. Еще совсем недавно воду ребенку можно было дать с 4-х

на смешанном вскармливании подбирается специализированная смесь в виде докорма или полной замены.

Вопрос решается индивидуально в связи с приемом ребенком максимального количества лактозы, при котором не появляются клинические симптомы недостаточности и данные анализов обследования находятся в пределах нормы. При значительном дефиците лактозы, отсутствии эффекта при снижении количества лактозы до одной трети, рекомендуется в качестве основного питания использовать безлактозные смеси.

3. Поддерживающая диета. Состав получаемой пищи при этой диете и ее срок зависят от степени недостаточности: при алактазии безлактозная диета чаще назначается пожизненно. Однако по современным данным нецелесообразно сразу переводить ребенка на строгую безлактозную диету в течение 1-2-го года жизни, а лишь после этого возраста; в случае гиполактазии индивидуально решается вопрос о применяемой смеси, лекарственных препаратах и степени специальной диеты; низколактозная диета тоже нередко сохраняется в течение всей жизни.

В специальной диете кормящей матери необходимости нет, так как ее питание не влияет на количество лактозы в грудном молоке.

С 6 месяцев, применяя перечисленные смеси, ребенку вводится прикорм (при ЛН прикорм можно ввести пораньше): первой желательно дать крупяную кашу без глютена, заварив ее на воде, на без- или низколактозной смеси. Кроме того, имеются специализированные смеси-каши без лактозы ("Нумана SL каша" и др.). В целом отдается предпочтение безлактозным продуктам или с минимальным количеством лактозы.

Питание после года, когда молоко перестает быть незаменимым видом пищи, выбор блюд не остается сложным. В настоящее время выпускается ряд продуктов со сниженным количеством лактозы, в том числе молоко.

Медикаментозное лечение имеет немаловажное, а при наличии специальных препаратов главное значение. Вопросы о выборе препаратов, дозе, сроке применения решаются индивидуально в зависимости от интенсивности патологического процесса и эффективности терапии.

Современная ферментотерапия. Создание и применение новых лекарственных средств, "выполняющих роль" дефицитного фермента, не просто облегчило лечение больного, а стало главным звеном превращения жизни больного человека в его полноценное развитие и существование, когда лактазную недостаточность можно с уверенностью назвать не заболеванием, а образом жизни.

Разработаны специальные препараты, расщепляющие лактозу, не влияя на остальные качественные свойства молока. К детским формам таких средств относятся Лактаза Бэби и Лактаза Энзим (при каждом кормлении в нужный объем сцеженного молока добавляется необходимая часть капсулы, что позволяет сохранить у ребенка с ЛН естественное вскармливание). В любом возрасте применяется препарат Лактаза (добавляется в грудное молоко, затем в молочные продукты), в старшем возрасте - Лактаза и Лактраза (назначаются в виде капсулы перед приемом пищи с лактозой).

При искусственном вскармливании можно применить специальные смеси с ферментом лактаза ("Галлия Лактофидус", "Сэмпер-бифидум").

Кроме того, при лечении ЛН следует учесть следующее. Для улучшения функции кишечника и печени, при недостаточности желудка и поджелудочной железы назначаются ферментные препараты других групп. В настоящее время в педиатрии одним из лучших ферментных препаратов считается креон (ликреаз). А также применяются: панкреатин, панцитрат, мезим-форте (пангрол), фестал, котазим-форте, ацидин-пепсин, абомин, пепсидил, панзинорм форте. Для стабилизации мембран энтероцитов рекомендуются димефосфон и карнитина хлорид. Для улучшения процессов гидролиза эффективными являются витамины В1, В6, В12, кокарбоксылаза, АТФ. Антиоксидантное лечение включает витамин Е, аевит, АЕ-мульсин N, карсил, тиотриазолин.

Снижение уровня кальция при безмолочной диете требует назначения кальция. Через 2-3 недели после начала лечения назначается стимулирующая терапия: пентоксил, нуклеинат натрия, метилурацил, алоэ.

В тяжелых случаях назначаются глюкокортикоиды.

Вывод: прогноз при лактазной недостаточности в случае своевременной диагностики и правильного лечения, диетотерапии, постоянном врачебном наблюдении и обследовании в настоящее время благоприятный.

**УДК: 616-053.2:616-056.54**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ**

**Капитан Т.В., Драчук А.Н.**

Кафедра педиатрии №1 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г. Винница, Украина, 21018), Винницкое районное территориальное медицинское объединение (Хмельницкое шоссе, 92, г. Винница, Украина, 21029)

В течение нескольких последних десятилетий неоднократно изменялись правила вскармливания ребенка как естественного, так и искусственного и смешанного. Еще совсем недавно воду ребенку можно было дать с 4-х

месяцев, фруктовые и овощные соки рекомендовались на 4-м месяце жизни, пищевые добавки (печень, творог, яичный желток) вводились до прикорма или параллельно с ним, начиная с 5-ти месяцев.

На основании международных научных исследований в нашей стране введены отличия кормления малыша, одинаковые при всех 3-х видах вскармливания. Позвольте, рассматривая некоторые современные правила введения прикорма, высказать возникшее у многих педиатров мнение по этому поводу:

- первый прикорм вводится в 6 месяцев. Совсем недавно малыш, находящийся на естественном вскармливании, получал новую пищу в виде прикорма в 4,5-5 месяцев, на искусственном и смешанном вскармливании - на 2-4 недели раньше. Настораживает врачей и вызывает некоторое несогласие новый сверхточный возраст введения прикорма - не ранее 6 месяцев. К сожалению, не всегда у матери имеется необходимое количество молока до этого возраста малыша. Если у нее, когда малышу исполнилось 5 месяцев, возникла гипогалактия (и все старания оказались безуспешными), конечно необходимо увеличить малышу объем пищи. Не лучше ли в этом случае порекомендовать ввести небольшой объем новой пищи в виде прикорма (т.о. дать ее чуть раньше новых стандартных правил)? Это может быть более рациональным, нежели дополнительная дача искусственной смеси на короткий срок (в 6 месяцев прикорм все равно будет введен). Тем более, дача смеси (тоже новой для ребенка пищи), а затем через 2-4 недели дача прикорма - еще более новой пищи (т.е. быстрая смена продуктов питания грудному ребенку), может отрицательно сказаться на состоянии желудочно-кишечного тракта. Аналогичная ситуация касается случаев искусственного и смешанного вскармливания. Если, получая искусственную смесь, малыш на 6-м месяце плохо стал набирать вес, а до прикорма осталось совсем немного времени, стоит ли ждать эти недели, заменяя одну искусственную смесь другой (это мнение многих опытных педиатров);

- в виде первого прикорма можно дать как овощное или фруктовое пюре, так и кашу. Современные правила дачи ребенку новых видов продуктов отличаются скоростью их введения в меню - по 5-7 дней на каждый новый вид пищи. Исходя из опыта мам, врачей-педиатров следует сказать, что чаще малыш с удовольствием принимает новую пищу в результате более длительного времени привыкания к ней. Иногда на это уходит 2 и более недель. Конечно, ребенка не нужно упорно заставлять есть неприятную для него пищу, если сразу становится ясным его нежелание. Необходимо заменить другим видом пищи. Однако нередко ребенок через 1-1,5 недели может полюбить ее. А быстрая замена продуктов одного другим, или в удачном случае замена с целью приучения через короткий срок к новой пище (5-7 дней уже прошло) - это большая нагрузка на кишечник. Кроме того, в течение 6-7-го месяцев ребенку необходимо дать следующие виды новой пищи: разнообразные соки, фруктовые и овощные пюре, рисовая, гречневая, кукурузная молочно-крупяная каша (на 7-м месяце можно дать молочно-злаковую кашу), творог, яичный желток, мясное пюре, подсолнечное и сливочное масло. Не много ли так быстро? Раньше на это уходило 3 месяца, сейчас - 2, а для ребенка грудного возраста такая разница является существенной;

- первые овощи, рекомендуемые малышу в виде пюре, это кабачки, тыква, картофель, капуста (цветная, брокколи, брюссельская), патиссоны. Однако, согласно некоторым последним литературным источникам, картофель, который давали малышу в виде первого прикорма в течение нескольких столетий, давать не рекомендуется. Он оценивается как аллерген, и считается тяжелым для переваривания (его можно давать с десяти месяцев). Наиболее полезными видами капусты являются цветная и брюссельская, брокколи, преимущества которых следующие: богаты витаминами и минеральными веществами, в брокколи много растительного белка и углеводов, они хорошо усваиваются. Белокочанную капусту до конца первого года давать нежелательно (у маленького ребенка она переваривается плохо, вызывает газообразование, что приводит к нарушению общего процесса пищеварения в кишечнике). С этим согласны. Однако давайте рассмотрим вопрос с практической точки зрения. Везде ли выращиваются такие виды капусты, особенно в сельской местности? Есть ли они всегда в продаже, и опять же в сельской местности? А если и есть, то, учитывая материальные возможности многих семей, купят ли родители эти дорогие овощи? Кроме того, капуста созревает в конце лета и осенью, хранение ее очень кратковременное. В более позднее время в продаже может быть цветная, брюссельская капуста, брокколи, однако только специально сохраненная или тепличного выращивания. Отсюда становится ясным возможность применения этих видов капусты в виде прикорма в течение сравнительно короткого времени (конец лета - осень) и противопоказания ее использования в зимне-весеннее время года;

- дача прикорма (каждый раз) рекомендуется после непродолжительного кормления грудью (в случае искусственного вскармливания - после дачи небольшого количества молочной смеси). В отношении молочной смеси, которая дается ребенку ложечкой или чашечкой, проблема не столь серьезная. Если же малыш находится на естественном вскармливании, стоило порекомендовать это правило матерям, как мы стали выслушивать от них недовольство: "Ребенок голоден, дала ему грудь, и через пару минут насильственно заставляю прекратить сосание и предложить пюре. Все заканчивается плачем, и я опять даю грудь". А ведь раньше, по предыдущим правилам, при введении прикорма новая пища (вначале ее небольшое количество) давалась перед кормлением грудью, материнское молоко - только в конце. Выраженное чувство голода у малыша было причиной активного приема новой пищи. Так может, не стоит давать грудь перед овощным или другим прикормом;



- после каждого прикорма ребенка необходимо приложить к материнской груди, что вызывает чувство удовлетворения у ребенка и сохраняет лактацию. Смысл понятен. А вот с точки зрения практики вопрос вызывает некоторые сомнения. На первом месяце малыша мама в случае большого количества молока после кормления сцеживает его. Затем потребности ребенка увеличиваются, и он обычно высасывает все молоко. "Свободный режим" кормления остается в силах, что более способствует освобождению грудных желез и хорошему лактогенезу. Ребенку 6 месяцев. Вводим прикорм. Сравнительно быстро - 2, затем 3 раза в день. Только ориентировочный объем новой пищи мы знаем, а точно рекомендуемого объема нет и не может быть - ребенок ребенку рознь, тем более при свободном режиме кормления. Матери можно порекомендовать следующие признаки сытости малыша после приема новой пищи: "Ребенок сам покажет, что наелся, отвернув голову, оттолкнув ложку, или не открывая рот". И вот после этого настойчиво рекомендуется прикладывание малыша к материнской груди. А разве ребенок будет сосать грудь, испытывая чувство сытости после прикорма? А если и пососет, то, возможно, небольшое количество. Тогда застой молока будет тормозить лактогенез.

Вскармливание ребенка грудного возраста является наиболее необходимым и иногда сложным вопросом как для малыша, так и для матери. Педиатру, давая рекомендации по вскармливанию ребенка, необходимо оценить его состояние, учесть особенности физического и нервно-психического развития, степень зрелости, не упустить вопросы о внимании и старательности родителей по отношению к ребенку, а также их возможности. И на основании этого при необходимости, возможно, ввести некоторые изменения в стандартные правила питания малыша.

**УДК:** 616.13-002:616-03

## **НЕРАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

*Катилов А.В., Дмитриев Д.В., Процюк Т.Л., Пахнющая Н.М., Мазулов А.В.*

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Анализ 235 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в торакальном отделении Винницкой областной детской клинической больницы по поводу тяжелых внебольничных пневмоний, показал, что основными причинами развития тяжелых и осложненных форм заболевания являлись поздняя диагностика, несвоевременность назначения антибиотиков и неадекватное их применение. В 84% случаев абсцессов легких пациентам необоснованно проводилась антибактериальная терапия защищенными пенициллинами или цефалоспоридами по поводу острых респираторных вирусных инфекций за 2-4 недели до начала заболевания. В 16% случаев абсцессы легких развивались на фоне своевременно диагностированных пневмоний и связаны с нерациональной стартовой антибактериальной терапией (например: выбор в качестве стартовых препаратов ко-тримоксазола, а также использование антибиотиков пенициллинового ряда в неадекватно низких дозах). Применение антибиотиков при вирусных инфекциях способствует активации условно-сапрофитной микрофлоры ротоглотки.

Вывод: необоснованное назначение антибактериальных препаратов при острых респираторных вирусных инфекциях увеличивает частоту бактериальных осложнений, в том числе и осложненных пневмоний.

**УДК:** 616.993.1:576.893.161.1]-077-085-053.32.

## **СЛУЧАИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМОНИАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*Котлова Ю.В.\*, Курочкина Т.И.\*, Сергиенко В.Г., Гапон Е.Е., Пилипенко И.В., Чалова А.А., Печерская Е.В.*

Кафедра детских болезней ФПО\* Запорожского государственного медицинского университета (пр. Маяковского, 26, г. Запорожье, Украина, 69035), Запорожская городская многопрофильная детская больница №5 (ул. Новгородская, 28-а, г. Запорожье, Украина, 69076)

Трихомониаз (трихомоноз) - одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний мочеполовой системы человека, передающихся половым путем. Вызывается влагалищными трихомонадами (*Trichomonas vaginalis*) - простейшими одноклеточными организмами из класса жгутиковых. Трихомонада может служить резервуаром для других патогенных микроорганизмов при смешанном заражении. Гонококки и другие инфекционные агенты персистируют внутри трихомонад во время лечения микробной инфекции, являясь причиной рецидивов сопутствующих трихомониазу заболеваний. По данным ВОЗ ежегодно в мире трихомониазом (Т.) заражаются более 250-300 миллионов человек, приводя к развитию острых и хронических воспалительных заболева-

- после каждого прикорма ребенка необходимо приложить к материнской груди, что вызывает чувство удовлетворения у ребенка и сохраняет лактацию. Смысл понятен. А вот с точки зрения практики вопрос вызывает некоторые сомнения. На первом месяце малыша мама в случае большого количества молока после кормления сцеживает его. Затем потребности ребенка увеличиваются, и он обычно высасывает все молоко. "Свободный режим" кормления остается в силах, что более способствует освобождению грудных желез и хорошему лактогенезу. Ребенку 6 месяцев. Вводим прикорм. Сравнительно быстро - 2, затем 3 раза в день. Только ориентировочный объем новой пищи мы знаем, а точно рекомендуемого объема нет и не может быть - ребенок ребенку рознь, тем более при свободном режиме кормления. Матери можно порекомендовать следующие признаки сытости малыша после приема новой пищи: "Ребенок сам покажет, что наелся, отвернув голову, оттолкнув ложку, или не открывая рот". И вот после этого настойчиво рекомендуется прикладывание малыша к материнской груди. А разве ребенок будет сосать грудь, испытывая чувство сытости после прикорма? А если и пососет, то, возможно, небольшое количество. Тогда застой молока будет тормозить лактогенез.

Вскармливание ребенка грудного возраста является наиболее необходимым и иногда сложным вопросом как для малыша, так и для матери. Педиатру, давая рекомендации по вскармливанию ребенка, необходимо оценить его состояние, учесть особенности физического и нервно-психического развития, степень зрелости, не упустить вопросы о внимании и старательности родителей по отношению к ребенку, а также их возможности. И на основании этого при необходимости, возможно, ввести некоторые изменения в стандартные правила питания малыша.

**УДК:** 616.13-002:616-03

## **НЕРАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

*Катилов А.В., Дмитриев Д.В., Процюк Т.Л., Пахнющая Н.М., Мазулов А.В.*

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Анализ 235 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в торакальном отделении Винницкой областной детской клинической больницы по поводу тяжелых внебольничных пневмоний, показал, что основными причинами развития тяжелых и осложненных форм заболевания являлись поздняя диагностика, несвоевременность назначения антибиотиков и неадекватное их применение. В 84% случаев абсцессов легких пациентам необоснованно проводилась антибактериальная терапия защищенными пенициллинами или цефалоспоридами по поводу острых респираторных вирусных инфекций за 2-4 недели до начала заболевания. В 16% случаев абсцессы легких развивались на фоне своевременно диагностированных пневмоний и связаны с нерациональной стартовой антибактериальной терапией (например: выбор в качестве стартовых препаратов ко-тримоксазола, а также использование антибиотиков пенициллинового ряда в неадекватно низких дозах). Применение антибиотиков при вирусных инфекциях способствует активации условно-сапрофитной микрофлоры ротоглотки.

Вывод: необоснованное назначение антибактериальных препаратов при острых респираторных вирусных инфекциях увеличивает частоту бактериальных осложнений, в том числе и осложненных пневмоний.

**УДК:** 616.993.1:576.893.161.1]-077-085-053.32.

## **СЛУЧАИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМОНИАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*Котлова Ю.В.\*, Курочкина Т.И.\*, Сергиенко В.Г., Гапон Е.Е., Пилипенко И.В., Чалова А.А., Печерская Е.В.*

Кафедра детских болезней ФПО\* Запорожского государственного медицинского университета (пр. Маяковского, 26, г. Запорожье, Украина, 69035), Запорожская городская многопрофильная детская больница №5 (ул. Новгородская, 28-а, г. Запорожье, Украина, 69076)

Трихомоноз (трихомоноз) - одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний мочеполовой системы человека, передающихся половым путем. Вызывается влагалищными трихомонадами (*Trichomonas vaginalis*) - простейшими одноклеточными организмами из класса жгутиковых. Трихомонада может служить резервуаром для других патогенных микроорганизмов при смешанном заражении. Гонококки и другие инфекционные агенты персистируют внутри трихомонад во время лечения микробной инфекции, являясь причиной рецидивов сопутствующих трихомонозу заболеваний. По данным ВОЗ ежегодно в мире трихомонозом (Т.) заражаются более 250-300 миллионов человек, приводя к развитию острых и хронических воспалительных заболева-

- после каждого прикорма ребенка необходимо приложить к материнской груди, что вызывает чувство удовлетворения у ребенка и сохраняет лактацию. Смысл понятен. А вот с точки зрения практики вопрос вызывает некоторые сомнения. На первом месяце малыша мама в случае большого количества молока после кормления сцеживает его. Затем потребности ребенка увеличиваются, и он обычно высасывает все молоко. "Свободный режим" кормления остается в силах, что более способствует освобождению грудных желез и хорошему лактогенезу. Ребенку 6 месяцев. Вводим прикорм. Сравнительно быстро - 2, затем 3 раза в день. Только ориентировочный объем новой пищи мы знаем, а точно рекомендуемого объема нет и не может быть - ребенок ребенку рознь, тем более при свободном режиме кормления. Матери можно порекомендовать следующие признаки сытости малыша после приема новой пищи: "Ребенок сам покажет, что наелся, отвернув голову, оттолкнув ложку, или не открывая рот". И вот после этого настойчиво рекомендуется прикладывание малыша к материнской груди. А разве ребенок будет сосать грудь, испытывая чувство сытости после прикорма? А если и пососет, то, возможно, небольшое количество. Тогда застой молока будет тормозить лактогенез.

Вскармливание ребенка грудного возраста является наиболее необходимым и иногда сложным вопросом как для малыша, так и для матери. Педиатру, давая рекомендации по вскармливанию ребенка, необходимо оценить его состояние, учесть особенности физического и нервно-психического развития, степень зрелости, не упустить вопросы о внимании и старательности родителей по отношению к ребенку, а также их возможности. И на основании этого при необходимости, возможно, ввести некоторые изменения в стандартные правила питания малыша.

**УДК: 616.13-002:616-03**

## **НЕРАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

**Катилов А.В., Дмитриев Д.В., Процюк Т.Л., Пахнющая Н.М., Мазулов А.В.**

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Анализ 235 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в торакальном отделении Винницкой областной детской клинической больницы по поводу тяжелых внебольничных пневмоний, показал, что основными причинами развития тяжелых и осложненных форм заболевания являлись поздняя диагностика, несвоевременность назначения антибиотиков и неадекватное их применение. В 84% случаев абсцессов легких пациентам необоснованно проводилась антибактериальная терапия защищенными пенициллинами или цефалоспорином по поводу острых респираторных вирусных инфекций за 2-4 недели до начала заболевания. В 16% случаев абсцессы легких развивались на фоне своевременно диагностированных пневмоний и связаны с нерациональной стартовой антибактериальной терапией (например: выбор в качестве стартовых препаратов ко-тримоксазола, а также использование антибиотиков пенициллинового ряда в неадекватно низких дозах). Применение антибиотиков при вирусных инфекциях способствует активации условно-сапрофитной микрофлоры ротоглотки.

Вывод: необоснованное назначение антибактериальных препаратов при острых респираторных вирусных инфекциях увеличивает частоту бактериальных осложнений, в том числе и осложненных пневмоний.

**УДК: 616.993.1:576.893.161.1]-077-085-053.32.**

## **СЛУЧАИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМОНИАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Котлова Ю.В.\*, Курочкина Т.И.\*, Сергиенко В.Г., Гапон Е.Е., Пилипенко И.В., Чалова А.А., Печерская Е.В.**

Кафедра детских болезней ФПО\* Запорожского государственного медицинского университета (пр. Маяковского, 26, г. Запорожье, Украина, 69035), Запорожская городская многопрофильная детская больница №5 (ул. Новгородская, 28-а, г. Запорожье, Украина, 69076)

Трихомониаз (трихомоноз) - одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний мочеполовой системы человека, передающихся половым путем. Вызывается влагалищными трихомонадами (*Trichomonas vaginalis*) - простейшими одноклеточными организмами из класса жгутиковых. Трихомонада может служить резервуаром для других патогенных микроорганизмов при смешанном заражении. Гонококки и другие инфекционные агенты персистируют внутри трихомонад во время лечения микробной инфекции, являясь причиной рецидивов сопутствующих трихомониазу заболеваний. По данным ВОЗ ежегодно в мире трихомониазом (Т.) заражаются более 250-300 миллионов человек, приводя к развитию острых и хронических воспалительных заболева-

ний урогенитального тракта и у мужчин, и у женщин (Мавров, Осинская, 2007).

В период беременности Т. протекает остро. Возможность инвазии внутренних половых органов зависит от срока беременности, в котором произошло инфицирование. Если заражение происходит до формирования хориоамнионических оболочек, вероятность восходящего пути распространения инфекции и развития трихомонадного эндомиометрита достаточно велика, в большинстве наблюдений беременность прерывается в результате самопроизвольного выкидыша. Если заражение происходит позже, восходящая инфекция развивается редко. Своевременно назначенная специфическая терапия приводит к клинико-этиологическому излечению, нормальному течению беременности, родов, послеродового периода. Если же Т. не диагностируют во время беременности, то возможно заражение новорожденного ребенка во время прохождения по родовым путям больной матери, которое наблюдается в 5% случаев. Однако манифестация клинической картины у новорожденных детей наблюдается значительно реже, описаны случаи спонтанного самоизлечения младенцев. Невысокая заболеваемость в периоде новорожденности Т. объясняется особенностями эпителиального покрова вульвы и влагалища, не содержащего гликоген в достаточном количестве, необходимый для обеспечения процессов жизнедеятельности влагалищных трихомонад (Мавров, Осинская, 2007).

В течение 2008 г. нами проведено наблюдение за двумя случаями трихоманиоза у новорожденных недоношенных детей.

Ребенок А., девочка, родившаяся 07.2008 от первой беременности 20 летней женщины. Мать - носитель НВs-Ag. Во втором триместре беременности у нее определен повышенный титр IgG к микоплазмам и уреоплазмам. Повторно не обследовалась. Роды - преждевременные в гестационном сроке 31-32 недели. Предшествовал длительный безводный период (46,5 часов). Околоплодные воды мекониальные, зловонные. Недоношенный ребенок - масса тела и рост, соответствующие гестационному возрасту (1600 г и 40 см). Шкала Апгар - 5-6 баллов. Шкала Сильвермана - 4 балла. В родильном зале переведена на ИВЛ, которая продолжалась 5 дней. Диагноз - СДР I. Ателектазы легких. Двухсторонняя очаговая пневмония. Перинатальное токсико-гипоксическое поражение ЦНС: ПВК: СЭК с 2-х сторон, симптом угнетения. Ребенок получал комбинированную антибактериальную терапию (амикацин, цефтазидим).

На 10-е сутки жизни появилось гнойное отделяемое из глаз, на 14-е - обильное гнойное отделяемое зеленого цвета из влагалища. При бактериологическом исследовании отделяемого из влагалища, высеяны дрожжевые грибы рода *Candida* и коринебактерии. На фоне коррекции дозы противогрибковой терапии выделения сохранялись. При бактериоскопии отделяемого из влагалища в двух мазках установили наличие *Trichomonas vaginalis*, контрольное исследование - подтвердило первоначальный результат. Микроскопия мазков из влагалища матери так же обнаружила трихомонады в большом количестве. Женщина и дитя проконсультированы дерматовенерологом. Назначено лечение.

Девочка В. родилась 09.2008 от первой беременности у 29 летней женщины, страдающей хламидийной инфекцией. Роды преждевременные в сроке 31 неделя. Безводный период - 90 часов. МТ при рождении 1950 г., рост 46 см. Апгар 6-8 баллов. Клинический диагноз: врожденный порок сердца (VSD) с гиперволеимией малого круга кровообращения, НК I ст. Перинатальное токсико-гипоксическое поражение ЦНС: ПВК: СЭК с двух сторон, симптом повышенной нейрорефлекторной возбудимости.

На фоне антибактериальной терапии цефалоспорином 2 поколения на 17 день жизни у дитя появилось обильное гнойное отделяемое из влагалища. В общем анализе мочи - лейкоциты на 1/2 поля зрения. При двух повторных исследованиях - микроскопии выделений из влагалища - обнаружены *Trichomonas vaginalis* и дрожжевые грибы рода *Candida*. Ребенку был выставлен диагноз: трихомонадно-грибковый вагинит. Параллельное обследование матери так же установило значительное количество трихомонад в мазке. Женщина была направлена на консультацию к дерматовенерологу.

Лечение Т. у новорожденных проводилось метрогилом (15мг/кг, в/в) в течение 5 дней. Выделения из влагалища у обоих детей прекратились на вторые сутки лечения, нормализация общего анализа мочи у ребенка В., так же наблюдалась ко 2 суткам терапии. После окончания курса лечения в контрольных мазках из влагалища трихомонады не обнаруживались ни у одного из пациентов. Ребенку В. продлилась противогрибковая терапия в связи с сохраняющимся выделением дрожжевых грибов.

Таким образом, обсуждая возможные пути инфицирования новорожденных в обоих случаях наблюдения, допускаем вероятными не только заражение при прохождении через инфицированные родовые пути, но и реализованный поздний восходящий путь заражения через поврежденные хориоамнионические оболочки плодного пузыря, учитывая длительность безводного периода и наличие зеленых зловонных околоплодных вод. Особенности трихомонадного вульвовагинита у новорожденных детей являются выраженные признаки воспаления: наблюдающаяся яркая гиперемия, отек слизистой оболочки области наружных половых органов, гименального кольца. Характерны обильные, гнойные, желто-зеленые выделения из влагалища, которые раздражают кожу промежности и бедер. Манифестация Т. у новорожденных отсрочена, так как зависит от уровня ма-

теринского эстрогена, концентрация которого убывает на 3-6 неделе жизни детей. По данным литературы, может проявляться многоочаговыми поражениями, при которых возбудитель обнаруживается не только в мочеполовых органах, но и конъюнктиве, прямой кишке, в легких детей.

---

**УДК:** 616.37-002+616.36+613.95

## **КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ДІТЕЙ В ПОЄДНАННІ З УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

**Лембрик І.С.**

Кафедра дитячих хвороб з курсом дитячих інфекційних хвороб Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

---

Поєднані ураження органів травлення становлять проблему для клініциста через високу розповсюдженість у дитячому віці та складнощі в підходах до діагностики та лікування. Метою нашої роботи було дослідження клініко-параклінічних особливостей хронічного панкреатиту в поєднанні з ураженням гепатобіліарної системи у дітей шкільного віку. Об'єм обстежень включав збір анамнезу, об'єктивне обстеження, загальноклінічні методи діагностики, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, визначення амілази та трипсину сироватки крові, діастази сечі. Обстежено 60 дітей віком від 7 до 12 років. Серед хворих на хронічний панкреатит переважали дівчатка (70%). 30 практично здорових дітей того ж віку склали групу порівняння. При вивченні анамнезу встановлено, що переважна тривалість захворювання становила від 6 місяців до 1 року. Однак, вперше діагноз було встановлено лише через 5 років з моменту звертання за медичною допомогою. Більшість дітей (80%) пов'язували початок хвороби з перевагою в раціоні страв з грибів, консервацій, смаженої, жирної їжі, харчуванням всухом'ятку та нашвидкоруч. Серед хворих з поєднаною патологією органів гепатобіліарної системи встановлено обтяжений спадковий анамнез в 76,7% випадків. В структурі супутньої (фонові) патології переважали функціональні захворювання шлунка у 78,3% хворих, дизметаболична нефропатія по типу оксалурії - у 71,7% дітей, аномалії розвитку жовчового міхура - у 68,3% пацієнтів. Мало місце самолікування в 60% випадків, спрямоване на полегшення симптомів. Під час об'єктивного обстеження відмічено блідість шкірних покривів та наявність синців під очима у 87,5% хворих, субіктеричність склер - у 40,0% пацієнтів. У 20% пацієнтів виявлялися судинні "зірочки" на шкірі кистей рук і обличчя. У 30,0% хворих відчувався неприємний запах з рота. При огляді ротової порожнини наявність білого нальоту на язичі виявлено у 40,0% хворих, жовтого нальоту - в 27,5% пацієнтів. При проведенні поверхневої пальпації у дітей з хронічним панкреатитом визначені позитивні симптоми: Мейо-Робсона - у 45,0% хворих, Де Жардена - у 35,0% пацієнтів, болючість в т.Кача - у 47,5% обстежених дітей, у зоні Шоффара - у 32,5% хворих. При глибокій пальпації органів черевної порожнини у 76,7% пацієнтів констатований біль ниючого характеру з локалізацією переважно в епігастрії, правому та лівому підребір'ї. У 23,3% хворих біль в животі не мав чіткої локалізації. Позитивними також були наступні симптоми: Кера - у 60,0% хворих, Мерфі - у 42,5% пацієнтів, Ортнера-Грекова - у 62,5% обстежених. Під час комплексної діагностики у 61,7% дітей з хронічним панкреатитом, на тлі поєднаної патології гепатобіліарної системи, встановлено підвищення рівня амілази сироватки крові (в динаміці) у 61,6% хворих, в той час як діастаза сечі була підвищеною в 73,3% хворих, а це вказує на її більшу органоспецифічність. Рівень трипсину сироватки крові зберігав тенденцію до зниження у 50% хворих. Помірне підвищення активності ферменту аланінамінотрансферази до 0,85 0,06 в порівнянні з даними контрольної групи 0,42 0,03. Вміст прямого білірубину в сироватці крові у 58,3% хворих перевищував аналогічні показники в нормі у 2,5 рази. При аналізі протеїнограми у дітей з поєднаними ураженнями гепатобіліарної системи має місце зниження білковосинтезуючої функції печінки за рахунок глобулінової та альбумінової фракцій білка в 56,7% обстежених дітей. За даними ультразвукового дослідження черевної порожнини в більшості обстежених (80%) констатовано локально або дифузно підвищену ехогенність паренхіми підшлункової залози, збільшення розмірів голівки та хвоста у 55% хворих, дрібні ехо-позитивні включення в ділянці хвоста та голівки, зміни розмірів жовчового міхура: перегини в ділянці шийки та тіла, потовщення і ущільнення стінок жовчового міхура в 25% пацієнтів. Дифузне підвищення ехогенності паренхіми печінки констатовано в 20% випадків.

Висновок: вивчення клінічних та параклінічних особливостей поєднаної патології гепатобіліарної системи у школярів допоможе в удосконаленні діагностики цих патологічних станів та визначенні подальшої терапевтичної тактики виявлених змін.

---

**УДК:** 616.13-002:616-03

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

теринского эстрогена, концентрация которого убывает на 3-6 неделе жизни детей. По данным литературы, может проявляться многоочаговыми поражениями, при которых возбудитель обнаруживается не только в мочеполовых органах, но и конъюнктиве, прямой кишке, в легких детей.

---

**УДК:** 616.37-002+616.36+613.95

## **КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ДІТЕЙ В ПОЄДНАННІ З УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

**Лембрик І.С.**

Кафедра дитячих хвороб з курсом дитячих інфекційних хвороб Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

---

Поєднані ураження органів травлення становлять проблему для клініциста через високу розповсюдженість у дитячому віці та складнощі в підходах до діагностики та лікування. Метою нашої роботи було дослідження клініко-параклінічних особливостей хронічного панкреатиту в поєднанні з ураженням гепатобіліарної системи у дітей шкільного віку. Об'єм обстежень включав збір анамнезу, об'єктивне обстеження, загальноклінічні методи діагностики, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, визначення амілази та трипсину сироватки крові, діастази сечі. Обстежено 60 дітей віком від 7 до 12 років. Серед хворих на хронічний панкреатит переважали дівчатка (70%). 30 практично здорових дітей того ж віку склали групу порівняння. При вивченні анамнезу встановлено, що переважна тривалість захворювання становила від 6 місяців до 1 року. Однак, вперше діагноз було встановлено лише через 5 років з моменту звертання за медичною допомогою. Більшість дітей (80%) пов'язували початок хвороби з перевагою в раціоні страв з грибів, консервацій, смаженої, жирної їжі, харчуванням всухом'ятку та нашвидкоруч. Серед хворих з поєднаною патологією органів гепатобіліарної системи встановлено обтяжений спадковий анамнез в 76,7% випадків. В структурі супутньої (фонові) патології переважали функціональні захворювання шлунка у 78,3% хворих, дизметаболична нефропатія по типу оксалурії - у 71,7% дітей, аномалії розвитку жовчового міхура - у 68,3% пацієнтів. Мало місце самолікування в 60% випадків, спрямоване на полегшення симптомів. Під час об'єктивного обстеження відмічено блідість шкірних покривів та наявність синців під очима у 87,5% хворих, субіктеричність склер - у 40,0% пацієнтів. У 20% пацієнтів виявлялися судинні "зірочки" на шкірі кистей рук і обличчя. У 30,0% хворих відчувався неприємний запах з рота. При огляді ротової порожнини наявність білого нальоту на язичі виявлено у 40,0% хворих, жовтого нальоту - в 27,5% пацієнтів. При проведенні поверхневої пальпації у дітей з хронічним панкреатитом визначені позитивні симптоми: Мейо-Робсона - у 45,0% хворих, Де Жардена - у 35,0% пацієнтів, болючість в т.Кача - у 47,5% обстежених дітей, у зоні Шоффара - у 32,5% хворих. При глибокій пальпації органів черевної порожнини у 76,7% пацієнтів констатований біль ниючого характеру з локалізацією переважно в епігастрії, правому та лівому підребір'ї. У 23,3% хворих біль в животі не мав чіткої локалізації. Позитивними також були наступні симптоми: Кера - у 60,0% хворих, Мерфі - у 42,5% пацієнтів, Ортнера-Грекова - у 62,5% обстежених. Під час комплексної діагностики у 61,7% дітей з хронічним панкреатитом, на тлі поєднаної патології гепатобіліарної системи, встановлено підвищення рівня амілази сироватки крові (в динаміці) у 61,6% хворих, в той час як діастаза сечі була підвищеною в 73,3% хворих, а це вказує на її більшу органоспецифічність. Рівень трипсину сироватки крові зберігав тенденцію до зниження у 50% хворих. Помірне підвищення активності ферменту аланінамінотрансферази до 0,85 0,06 в порівнянні з даними контрольної групи 0,42 0,03. Вміст прямого білірубину в сироватці крові у 58,3% хворих перевищував аналогічні показники в нормі у 2,5 рази. При аналізі протеїнограми у дітей з поєднаними ураженнями гепатобіліарної системи має місце зниження білковосинтезуючої функції печінки за рахунок глобулінової та альбумінової фракцій білка в 56,7% обстежених дітей. За даними ультразвукового дослідження черевної порожнини в більшості обстежених (80%) констатовано локально або дифузно підвищену ехогенність паренхіми підшлункової залози, збільшення розмірів голівки та хвоста у 55% хворих, дрібні ехо-позитивні включення в ділянці хвоста та голівки, зміни розмірів жовчового міхура: перегини в ділянці шийки та тіла, потовщення і ущільнення стінок жовчового міхура в 25% пацієнтів. Дифузне підвищення ехогенності паренхіми печінки констатовано в 20% випадків.

Висновок: вивчення клінічних та параклінічних особливостей поєднаної патології гепатобіліарної системи у школярів допоможе в удосконаленні діагностики цих патологічних станів та визначенні подальшої терапевтичної тактики виявлених змін.

---

**УДК:** 616.13-002:616-03

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

теринского эстрогена, концентрация которого убывает на 3-6 неделе жизни детей. По данным литературы, может проявляться многоочаговыми поражениями, при которых возбудитель обнаруживается не только в мочеполовых органах, но и конъюнктиве, прямой кишке, в легких детей.

**УДК:** 616.37-002+616.36+613.95

## **КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ДІТЕЙ В ПОЄДНАННІ З УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

**Лембрик І.С.**

Кафедра дитячих хвороб з курсом дитячих інфекційних хвороб Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

Поєднані ураження органів травлення становлять проблему для клініциста через високу розповсюдженість у дитячому віці та складнощі в підходах до діагностики та лікування. Метою нашої роботи було дослідження клініко-параклінічних особливостей хронічного панкреатиту в поєднанні з ураженням гепатобіліарної системи у дітей шкільного віку. Об'єм обстежень включав збір анамнезу, об'єктивне обстеження, загальноклінічні методи діагностики, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, визначення амілази та трипсину сироватки крові, діастази сечі. Обстежено 60 дітей віком від 7 до 12 років. Серед хворих на хронічний панкреатит переважали дівчатка (70%). 30 практично здорових дітей того ж віку склали групу порівняння. При вивченні анамнезу встановлено, що переважна тривалість захворювання становила від 6 місяців до 1 року. Однак, вперше діагноз було встановлено лише через 5 років з моменту звертання за медичною допомогою. Більшість дітей (80%) пов'язували початок хвороби з перевагою в раціоні страв з грибів, консервацій, смаженої, жирної їжі, харчуванням всухом'ятку та нашвидкоруч. Серед хворих з поєднаною патологією органів гепатобіліарної системи встановлено обтяжений спадковий анамнез в 76,7% випадків. В структурі супутньої (фонові) патології переважали функціональні захворювання шлунка у 78,3% хворих, дизметаболічна нефропатія по типу оксалурії - у 71,7% дітей, аномалії розвитку жовчового міхура - у 68,3% пацієнтів. Мало місце самолікування в 60% випадків, спрямоване на полегшення симптомів. Під час об'єктивного обстеження відмічено блідість шкірних покривів та наявність синців під очима у 87,5% хворих, субіктеричність склер - у 40,0% пацієнтів. У 20% пацієнтів виявлялися судинні "зірочки" на шкірі кистей рук і обличчя. У 30,0% хворих відчувався неприємний запах з рота. При огляді ротової порожнини наявність білого нальоту на язичі виявлено у 40,0% хворих, жовтого нальоту - в 27,5% пацієнтів. При проведенні поверхневої пальпації у дітей з хронічним панкреатитом визначені позитивні симптоми: Мейо-Робсона - у 45,0% хворих, Де Жардена - у 35,0% пацієнтів, болючість в т.Кача - у 47,5% обстежених дітей, у зоні Шоффара - у 32,5% хворих. При глибокій пальпації органів черевної порожнини у 76,7% пацієнтів констатований біль ниючого характеру з локалізацією переважно в епігастрії, правому та лівому підребр'ї. У 23,3% хворих біль в животі не мав чіткої локалізації. Позитивними також були наступні симптоми: Кера - у 60,0% хворих, Мерфі - у 42,5% пацієнтів, Ортнера-Грекова - у 62,5% обстежених. Під час комплексної діагностики у 61,7% дітей з хронічним панкреатитом, на тлі поєднаної патології гепатобіліарної системи, встановлено підвищення рівня амілази сироватки крові (в динаміці) у 61,6% хворих, в той час як діастаза сечі була підвищеною в 73,3% хворих, а це вказує на її більшу органоспецифічність. Рівень трипсину сироватки крові зберігав тенденцію до зниження у 50% хворих. Помірне підвищення активності ферменту аланінамінотрансферази до 0,85 0,06 в порівнянні з даними контрольної групи 0,42 0,03. Вміст прямого білірубину в сироватці крові у 58,3% хворих перевищував аналогічні показники в нормі у 2,5 рази. При аналізі протеїнограми у дітей з поєднаними ураженнями гепатобіліарної системи має місце зниження білковосинтезуючої функції печінки за рахунок глобулінової та альбумінової фракцій білка в 56,7% обстежених дітей. За даними ультразвукового дослідження черевної порожнини в більшості обстежених (80%) констатовано локально або дифузно підвищену ехогенність паренхіми підшлункової залози, збільшення розмірів голівки та хвоста у 55% хворих, дрібні ехо-позитивні включення в ділянці хвоста та голівки, зміни розмірів жовчового міхура: перегини в ділянці шийки та тіла, потовщення і ущільнення стінок жовчового міхура в 25% пацієнтів. Дифузне підвищення ехогенності паренхіми печінки констатовано в 20% випадків.

Висновок: вивчення клінічних та параклінічних особливостей поєднаної патології гепатобіліарної системи у школярів допоможе в удосконаленні діагностики цих патологічних станів та визначенні подальшої терапевтичної тактики виявлених змін.

**УДК:** 616.13-002:616-03

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

**Мазулов О.В., Катілов О.В., Дмитрієв Д.В., Пахнюща Н.М.**

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000), кафедра педіатрії №1  
Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Вивчення особливостей клінічного перебігу та шляхи діагностики бронхіальної астми у дітей раннього віку посідають значне місце в сучасній педіатричній пульмонології. Відсутність об'єктивних діагностичних тестів та лабораторної діагностики ускладнює дану проблему. Тому метою нашої роботи було виявлення клінічних особливостей перебігу бронхіальної астми у дітей раннього віку та знаходження критеріїв ранньої діагностики даного захворювання.

Нами було обстежено на базі торако-хірургічного відділення Вінницької обласної дитячої лікарні 368 дітей з бронхообструктивним синдромом у віці до 3 років. Гендерний розподіл був майже однаковим.

Висновок: результати обстеження дітей, катamnестичне спостереження та отримані результати свідчать про високу чутливість поєднання стійкої повторної (більше 3 разів на рік), чутливої до лікування сальбутамолом бронхіальної обструкції та високого рівня загального IgE, тому вищевказані критерії можуть бути використані в якості основних, які дозволяють запідозрити чи підтвердити діагноз бронхіальної астми.

**УДК: 616.61-036.12-073.432.19-053.2**

## **СПІВСТАВЛЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ НИРКОВИХ РОЗМІРІВ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ НИРОК**

**Макєєва Н.І., Сенаторова Г.С., Лисіков Я.Є., Пушкар М.Б., Цимбал В.М., Колібаєва Т.Ф.**

Кафедра педіатрії №1 та неонатології Харківського національного медичного університету (пр. Леніна, 4, м. Харків, Україна, 61093)

Ниркові розміри змінюються в залежності від провідного патологічного процесу в тканині органу (гіпертрофія, атрофія, склероз). Відомо, що між кількістю нефронів в нирці та її об'ємом і розмірами наявний позитивний кореляційний зв'язок. Таким чином, поступова втрата функціонуючих нефронів і прогресування хронічного захворювання нирок (ХЗН) в бік хронічної ниркової недостатності (ХНН) будуть супроводжуватися зменшенням розмірів нирок. В доступній літературі ми не знайшли даних про зміну ниркових розмірів у дітей з ХЗН на різних стадіях патологічного процесу та в залежності від нозологічної форми, що лежить в основі.

Мета: вдосконалення діагностики різних стадій хронічного захворювання нирок у дітей шляхом визначення особливостей морфометричних параметрів.

Обстежено 42 пацієнти віком від 7 до 17 років з ХЗН I стадії. В залежності від нозологічної форми, що лежить в основі формування ХЗН, діти були розподілені на наступні групи: I група (n=16) - діти з хронічним гломеруло-нефритом; II група (n=14) - пацієнти з єдиною ниркою; III група (n=12) - хворі з діабетичною хворобою нирок (ДХН). Всі пацієнти мали ремісію або неповну ремісію основного захворювання. До дослідження були включені 64 практично здорових дитини. В В-режимі на ультразвуковому діагностичному апараті DP-3300 (фірма "Mindray", Китай) з мультисекторним конвексним датчиком за загально прийнятою методикою визначали розміри нирок (довжина, ширина, товщина нирки та її мисочкової системи). Обчислення об'ємних морфометричних параметрів: об'єм нирки (Vren), об'єм мисочкової системи (Vrel), об'єм паренхіми (Vpar) - проводили за формулами. Співставляли величини відхилень розмірів та об'ємів нирок від відповідних за віком значень параметрів у групі контролю, віднесені до відповідного значення стандартного квадратичного відхилення даної вікової групи.

Встановлено, що у дітей I групи не було визначено значущих відмінностей об'ємних ниркових параметрів і пропорцій від вікових нормативів. У пацієнтів II групи зафіксовано вірогідне зростання Vren (p<0,01), Vpar (p<0,01) та відповідне значуще зменшення Vrel/Vren (p<0,001). У обстежених з III групи при відсутності вірогідного зростання Vren (p>0,05), зареєстровані значущі відмінності - зменшення Vrel (p<0,001), зростання Vpar (p<0,01), зниження відношення Vrel/Vren (p<0,001). Однонаправлене зростання Vpar та Vrel демонструє, що єдина нирка компенсує значний потік сечі завдяки розширенню збиральної системи та забезпечує нормальні ниркові функції завдяки збільшенню Vpar. Одночасне зростання зазначених об'ємів нирки можна назвати пропорційним та визнати цей механізм фізіологічним, компенсаторним. У дітей з ДХН також спостерігається гіпертрофія паренхіми нирок, але вона проходить на фоні одночасного зменшення Vrel. Такий варіант формування гіпертрофії паренхіми можна назвати диспропорційним. В цьому випадку збільшення Vpar, вочевидь, відбувається завдяки розростанню екстрацелюлярного матриксу нирки. Стиснення мисочної системи нирки гіпертрофованою паренхімою призводить до порушення нормального відтоку сечі, що поряд з іншими факторами стає значущим для формування пієлонефриту у цієї категорії хворих.

Висновки: у дітей з єдиною ниркою і діабетичною хворобою нирок I стадія ХЗН супроводжується ремоде-



**Мазулов О.В., Катілов О.В., Дмитрієв Д.В., Пахнюща Н.М.**

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000), кафедра педіатрії №1  
Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Вивчення особливостей клінічного перебігу та шляхи діагностики бронхіальної астми у дітей раннього віку посідають значне місце в сучасній педіатричній пульмонології. Відсутність об'єктивних діагностичних тестів та лабораторної діагностики ускладнює дану проблему. Тому метою нашої роботи було виявлення клінічних особливостей перебігу бронхіальної астми у дітей раннього віку та знаходження критеріїв ранньої діагностики даного захворювання.

Нами було обстежено на базі торако-хірургічного відділення Вінницької обласної дитячої лікарні 368 дітей з бронхообструктивним синдромом у віці до 3 років. Гендерний розподіл був майже однаковим.

Висновок: результати обстеження дітей, катamnестичне спостереження та отримані результати свідчать про високу чутливість поєднання стійкої повторної (більше 3 разів на рік), чутливої до лікування сальбутамолом бронхіальної обструкції та високого рівня загального IgE, тому вищевказані критерії можуть бути використані в якості основних, які дозволяють запідозрити чи підтвердити діагноз бронхіальної астми.

**УДК: 616.61-036.12-073.432.19-053.2**

## **СПІВСТАВЛЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ НИРКОВИХ РОЗМІРІВ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ НИРОК**

**Макєєва Н.І., Сенаторова Г.С., Лисіков Я.Є., Пушкар М.Б., Цимбал В.М., Колібаєва Т.Ф.**

Кафедра педіатрії №1 та неонатології Харківського національного медичного університету (пр. Леніна, 4, м. Харків, Україна, 61093)

Ниркові розміри змінюються в залежності від провідного патологічного процесу в тканині органу (гіпертрофія, атрофія, склероз). Відомо, що між кількістю нефронів в нирці та її об'ємом і розмірами наявний позитивний кореляційний зв'язок. Таким чином, поступова втрата функціонуючих нефронів і прогресування хронічного захворювання нирок (ХЗН) в бік хронічної ниркової недостатності (ХНН) будуть супроводжуватися зменшенням розмірів нирок. В доступній літературі ми не знайшли даних про зміну ниркових розмірів у дітей з ХЗН на різних стадіях патологічного процесу та в залежності від нозологічної форми, що лежить в основі.

Мета: вдосконалення діагностики різних стадій хронічного захворювання нирок у дітей шляхом визначення особливостей морфометричних параметрів.

Обстежено 42 пацієнти віком від 7 до 17 років з ХЗН I стадії. В залежності від нозологічної форми, що лежить в основі формування ХЗН, діти були розподілені на наступні групи: I група (n=16) - діти з хронічним гломеруло-нефритом; II група (n=14) - пацієнти з єдиною ниркою; III група (n=12) - хворі з діабетичною хворобою нирок (ДХН). Всі пацієнти мали ремісію або неповну ремісію основного захворювання. До дослідження були включені 64 практично здорових дитини. В В-режимі на ультразвуковому діагностичному апараті DP-3300 (фірма "Mindray", Китай) з мультичастотним конвексним датчиком за загально прийнятою методикою визначали розміри нирок (довжина, ширина, товщина нирки та її мисочкової системи). Обчислення об'ємних морфометричних параметрів: об'єм нирки (Vren), об'єм мисочкової системи (Vrel), об'єм паренхіми (Vpar) - проводили за формулами. Співставляли величини відхилень розмірів та об'ємів нирок від відповідних за віком значень параметрів у групі контролю, віднесені до відповідного значення стандартного квадратичного відхилення даної вікової групи.

Встановлено, що у дітей I групи не було визначено значущих відмінностей об'ємних ниркових параметрів і пропорцій від вікових нормативів. У пацієнтів II групи зафіксовано вірогідне зростання Vren (p<0,01), Vpar (p<0,01) та відповідне значуще зменшення Vrel/Vren (p<0,001). У обстежених з III групи при відсутності вірогідного зростання Vren (p>0,05), зареєстровані значущі відмінності - зменшення Vrel (p<0,001), зростання Vpar (p<0,01), зниження відношення Vrel/Vren (p<0,001). Однонаправлене зростання Vpar та Vrel демонструє, що єдина нирка компенсує значний потік сечі завдяки розширенню збиральної системи та забезпечує нормальні ниркові функції завдяки збільшенню Vpar. Одночасне зростання зазначених об'ємів нирки можна назвати пропорційним та визнати цей механізм фізіологічним, компенсаторним. У дітей з ДХН також спостерігається гіпертрофія паренхіми нирок, але вона проходить на фоні одночасного зменшення Vrel. Такий варіант формування гіпертрофії паренхіми можна назвати диспропорційним. В цьому випадку збільшення Vpar, вочевидь, відбувається завдяки розростанню екстрацелюлярного матриксу нирки. Стиснення мисочної системи нирки гіпертрофованою паренхімою призводить до порушення нормального відтоку сечі, що поряд з іншими факторами стає значущим для формування пієлонефриту у цієї категорії хворих.

Висновки: у дітей з єдиною ниркою і діабетичною хворобою нирок I стадія ХЗН супроводжується ремоде-

люванням нирок. Гіпертрофія паренхіми формується у дітей з єдиною ниркою за пропорційним типом, з одночасним збільшенням всіх ниркових об'ємних параметрів, а у дітей з ДХН нирок - за диспропорційним типом, при незмінному загальному об'ємі нирки за рахунок зменшення об'єму мисочної системи.

---

**УДК:** 616.248-022:595.722]07-053.2

## **COCKROACH'S IMPACT IN CHILDREN ASTHMA**

**Nedelska S., Pakholchuk O., Bessikalo T., Zhylenko I.**

Faculty pediatrics department, Zaporizhzhya state medical university (Novgorodska str., 28a, Zaporizhzhya, Ukraine, 69076)

---

Public attention in the developed world has recently focused on asthma because of its rapidly increasing prevalence, affecting up to one in four urban children. Chronic asthma in children is highly associated with chronic respiratory disease in adulthood and has a huge health, economical and social impact. Airborne allergens are known to induce asthma in predisposed individuals.

Cockroach allergy has been recognized as an important cause of asthma for over 30 years. Cockroach-asthma associated with more severe persistence of the allergic inflammation in lungs.

To examine the association of sensitization to the most common domiciliary cockroach species *Blattella germanica* (German cockroach) with clinical and laboratorial features of the asthma in children a cohort study including 120 urban children, suffered from asthma, and 30 healthy children was provided.

Using a self-administered written questionnaire, skin prick tests against the 'common' and cockroach allergens, lung function test, common serum IgE and serum eosinophilic cationic protein sick children were divided into two groups. 27,5% of the patients has sensitization to the German cockroach allergens and they came into the first group. For statistical analyses "Statistic 6.0" was used.

Allergy to the German cockroach appears in the early age, but it rate is higher in adolescents of 12-18 years age (49%). Children with hypersensitivity to the German cockroach has statistically valid elevated levels of the serum total IgE as at the exacerbation ( $773,0 \pm 50,3$  МО/мл,  $p < 0,05$ ), as in remission ( $384,9 \pm 66,4$  МО/мл,  $p < 0,05$ ). Fixed levels of the serum eosinophilic cationic protein show that children with cockroach allergy has persistence of the allergic inflammation, which is explained with the validly high levels of this protein ( $32,5 \pm 1,6$  нг/мл,  $p < 0,05$ ).

Conclusion: asthmatic children with hypersensitivity to the German cockroach request more careful treatment, controlling of the inflammation.

---

**УДК:** 616-007.17-053.2

## **ПОКАЗНИКИ ІМУННОГО ЗАХИСТУ У ДІТЕЙ З ГРЗ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ З ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ**

**Пахнюща Н.М., Саврун Т.І., Потєєва Т.В., Катілов О.В., Мазулов О.В.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

---

Нами проведено дослідження показників клітинного та гуморального імунітету (загальний вміст лімфоцитів, Т- і В-лімфоцитів, імуноглобулінів класу G, A, M в сироватці крові) у 156 дітей першого року життя з різним ступенем затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) під час ГРЗ, у 50 дітей з "чистою" формою ЗВУР (поза ГРЗ) і у 34 дітей з ГРЗ без ЗВУР.

Отримані результати дослідження засвідчили деяке зниження Т-лімфоцитів ( $p > 0,05$ ) у дітей з ЗВУР, проте під час ГРЗ відмічене наростання Т-лімфоцитів ( $p < 0,05$ ) так само, як і у хворих ГРЗ без ЗВУР. Вміст В-лімфоцитів у дітей з ЗВУР відповідав віковим нормам. У розпал ГРЗ вміст В-лімфоцитів був достовірно нижчим порівняно з хворими ГРЗ без ЗВУР. У період реконвалісценції відмічена тенденція до підвищення В-лімфоцитів у всіх хворих.

У дітей з "чистою" формою ЗВУР відмічене зниження рівня IgG у 1,5 рази порівняно зі здоровими дітьми. Під час ГРЗ проходило "споживання" цього важливого фактора гуморального імунітету як у хворих зі ЗВУР, так і без неї. Аналогічну направленість мала динаміка змін зрушень вмісту IgA.

Висновок: показники імунного статусу у дітей з ЗВУР на першому році життя характеризуються низкою особливостей при "чистих" формах і своєрідною реакцією під час ГРЗ. Зниження рівня імуноглобулінів G і A у дітей з ЗВУР, яке посилюється під час ГРЗ, створює ситуацію транзиторного селективного дефіциту гуморального імунітету і служить показом для замісної імунотерапії.

---

люванням нирок. Гіпертрофія паренхіми формується у дітей з єдиною ниркою за пропорційним типом, з одночасним збільшенням всіх ниркових об'ємних параметрів, а у дітей з ДХН нирок - за диспропорційним типом, при незмінному загальному об'ємі нирки за рахунок зменшення об'єму мисочної системи.

---

**УДК:** 616.248-022:595.722]07-053.2

## **COCKROACH'S IMPACT IN CHILDREN ASTHMA**

**Nedelska S., Pakholchuk O., Bessikalo T., Zhylenko I.**

Faculty pediatrics department, Zaporizhzhya state medical university (Novgorodska str., 28a, Zaporizhzhya, Ukraine, 69076)

---

Public attention in the developed world has recently focused on asthma because of its rapidly increasing prevalence, affecting up to one in four urban children. Chronic asthma in children is highly associated with chronic respiratory disease in adulthood and has a huge health, economical and social impact. Airborne allergens are known to induce asthma in predisposed individuals.

Cockroach allergy has been recognized as an important cause of asthma for over 30 years. Cockroach-asthma associated with more severe persistence of the allergic inflammation in lungs.

To examine the association of sensitization to the most common domiciliary cockroach species *Blattella germanica* (German cockroach) with clinical and laboratorial features of the asthma in children a cohort study including 120 urban children, suffered from asthma, and 30 healthy children was provided.

Using a self-administered written questionnaire, skin prick tests against the 'common' and cockroach allergens, lung function test, common serum IgE and serum eosinophilic cationic protein sick children were divided into two groups. 27,5% of the patients has sensitization to the German cockroach allergens and they came into the first group. For statistical analyses "Statistic 6.0" was used.

Allergy to the German cockroach appears in the early age, but it rate is higher in adolescents of 12-18 years age (49%). Children with hypersensitivity to the German cockroach has statistically valid elevated levels of the serum total IgE as at the exacerbation ( $773,0 \pm 50,3$  МО/мл,  $p < 0,05$ ), as in remission ( $384,9 \pm 66,4$  МО/мл,  $p < 0,05$ ). Fixed levels of the serum eosinophilic cationic protein show that children with cockroach allergy has persistence of the allergic inflammation, which is explained with the validly high levels of this protein ( $32,5 \pm 1,6$  нг/мл,  $p < 0,05$ ).

Conclusion: asthmatic children with hypersensitivity to the German cockroach request more careful treatment, controlling of the inflammation.

---

**УДК:** 616-007.17-053.2

## **ПОКАЗНИКИ ІМУННОГО ЗАХИСТУ У ДІТЕЙ З ГРЗ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ З ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ**

**Пахнюща Н.М., Саврун Т.І., Потєєва Т.В., Катілов О.В., Мазулов О.В.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

---

Нами проведено дослідження показників клітинного та гуморального імунітету (загальний вміст лімфоцитів, Т- і В-лімфоцитів, імуноглобулінів класу G, A, M в сироватці крові) у 156 дітей першого року життя з різним ступенем затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) під час ГРЗ, у 50 дітей з "чистою" формою ЗВУР (поза ГРЗ) і у 34 дітей з ГРЗ без ЗВУР.

Отримані результати дослідження засвідчили деяке зниження Т-лімфоцитів ( $p > 0,05$ ) у дітей з ЗВУР, проте під час ГРЗ відмічене наростання Т-лімфоцитів ( $p < 0,05$ ) так само, як і у хворих ГРЗ без ЗВУР. Вміст В-лімфоцитів у дітей з ЗВУР відповідав віковим нормам. У розпал ГРЗ вміст В-лімфоцитів був достовірно нижчим порівняно з хворими ГРЗ без ЗВУР. У період реконвалісценції відмічена тенденція до підвищення В-лімфоцитів у всіх хворих.

У дітей з "чистою" формою ЗВУР відмічене зниження рівня IgG у 1,5 рази порівняно зі здоровими дітьми. Під час ГРЗ проходило "споживання" цього важливого фактора гуморального імунітету як у хворих зі ЗВУР, так і без неї. Аналогічну направленість мала динаміка змін зрушень вмісту IgA.

Висновок: показники імунного статусу у дітей з ЗВУР на першому році життя характеризуються низкою особливостей при "чистих" формах і своєрідною реакцією під час ГРЗ. Зниження рівня імуноглобулінів G і A у дітей з ЗВУР, яке посилюється під час ГРЗ, створює ситуацію транзиторного селективного дефіциту гуморального імунітету і служить показом для замісної імунотерапії.

---

люванням нирок. Гіпертрофія паренхіми формується у дітей з єдиною ниркою за пропорційним типом, з одночасним збільшенням всіх ниркових об'ємних параметрів, а у дітей з ДХН нирок - за диспропорційним типом, при незмінному загальному об'ємі нирки за рахунок зменшення об'єму мисочної системи.

---

**УДК:** 616.248-022:595.722]07-053.2

## **COCKROACH'S IMPACT IN CHILDREN ASTHMA**

**Nedelska S., Pakholchuk O., Bessikalo T., Zhylenko I.**

Faculty pediatrics department, Zaporizhzhya state medical university (Novgorodska str., 28a, Zaporizhzhya, Ukraine, 69076)

---

Public attention in the developed world has recently focused on asthma because of its rapidly increasing prevalence, affecting up to one in four urban children. Chronic asthma in children is highly associated with chronic respiratory disease in adulthood and has a huge health, economical and social impact. Airborne allergens are known to induce asthma in predisposed individuals.

Cockroach allergy has been recognized as an important cause of asthma for over 30 years. Cockroach-asthma associated with more severe persistence of the allergic inflammation in lungs.

To examine the association of sensitization to the most common domiciliary cockroach species *Blattella germanica* (German cockroach) with clinical and laboratorial features of the asthma in children a cohort study including 120 urban children, suffered from asthma, and 30 healthy children was provided.

Using a self-administered written questionnaire, skin prick tests against the 'common' and cockroach allergens, lung function test, common serum IgE and serum eosinophilic cationic protein sick children were divided into two groups. 27,5% of the patients has sensitization to the German cockroach allergens and they came into the first group. For statistical analyses "Statistic 6.0" was used.

Allergy to the German cockroach appears in the early age, but it rate is higher in adolescents of 12-18 years age (49%). Children with hypersensitivity to the German cockroach has statistically valid elevated levels of the serum total IgE as at the exacerbation ( $773,0 \pm 50,3$  МО/мл,  $p < 0,05$ ), as in remission ( $384,9 \pm 66,4$  МО/мл,  $p < 0,05$ ). Fixed levels of the serum eosinophilic cationic protein show that children with cockroach allergy has persistence of the allergic inflammation, which is explained with the validly high levels of this protein ( $32,5 \pm 1,6$  нг/мл,  $p < 0,05$ ).

Conclusion: asthmatic children with hypersensitivity to the German cockroach request more careful treatment, controlling of the inflammation.

---

**УДК:** 616-007.17-053.2

## **ПОКАЗНИКИ ІМУННОГО ЗАХИСТУ У ДІТЕЙ З ГРЗ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ З ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ**

**Пахнюща Н.М., Саврун Т.І., Потєєва Т.В., Катілов О.В., Мазулов О.В.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

---

Нами проведено дослідження показників клітинного та гуморального імунітету (загальний вміст лімфоцитів, Т- і В-лімфоцитів, імуноглобулінів класу G, A, M в сироватці крові) у 156 дітей першого року життя з різним ступенем затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) під час ГРЗ, у 50 дітей з "чистою" формою ЗВУР (поза ГРЗ) і у 34 дітей з ГРЗ без ЗВУР.

Отримані результати дослідження засвідчили деяке зниження Т-лімфоцитів ( $p > 0,05$ ) у дітей з ЗВУР, проте під час ГРЗ відмічене наростання Т-лімфоцитів ( $p < 0,05$ ) так само, як і у хворих ГРЗ без ЗВУР. Вміст В-лімфоцитів у дітей з ЗВУР відповідав віковим нормам. У розпал ГРЗ вміст В-лімфоцитів був достовірно нижчим порівняно з хворими ГРЗ без ЗВУР. У період реконвалісценції відмічена тенденція до підвищення В-лімфоцитів у всіх хворих.

У дітей з "чистою" формою ЗВУР відмічене зниження рівня IgG у 1,5 рази порівняно зі здоровими дітьми. Під час ГРЗ проходило "споживання" цього важливого фактора гуморального імунітету як у хворих зі ЗВУР, так і без неї. Аналогічну направленість мала динаміка змін зрушень вмісту IgA.

Висновок: показники імунного статусу у дітей з ЗВУР на першому році життя характеризуються низкою особливостей при "чистих" формах і своєрідною реакцією під час ГРЗ. Зниження рівня імуноглобулінів G і A у дітей з ЗВУР, яке посилюється під час ГРЗ, створює ситуацію транзиторного селективного дефіциту гуморального імунітету і служить показом для замісної імунотерапії.

---

УДК: 616.831-008..618.3-06..612.76]-053.31

## **ОЦІНКА ЕНЕРГОДЕФІЦИТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЦНС**

*Павлишин Г.А., Скворонська А.О., Кулинич О.Є.*

Кафедра педіатрії з дитячою хірургією Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачовського (вул. Руська, 12, м. Тернопіль, Україна, 46001), Обласна Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня (вул. Сахарова, 2а, м. Тернопіль, Україна, 46000)

При гіпоксично-ішемічних ураженнях ЦНС зниження надходження кисню в клітину призводить до порушення мітохондріального окислення та дефіциту АТФ, що, в свою чергу, запускає каскад реакцій, які в кінцевому результаті призводять до загибелі клітини та формування тяжких неврологічних ушкоджень. Проведено аналіз активності внутрішньоклітинних ферментів (супероксиддисмутаза (СОД) та сукцинатдегідрогеназа (СДГ)) у сироватці крові, як маркерів енергетичної дисфункції при гіпоксичних ушкодженнях у новонароджених.

Загальний стан дітей оцінювався на підставі неврологічного статусу та даних нейрофункціональної діагностики: УЗД головного мозку, доплерографії судин ГМ, електроенцефалографії, викликаних зорових та слухових потенціалів. У 50% новонароджених спостерігався синдром пригнічення, синдром рухових порушень (спастичний тетрапарез) - 10%, синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості - 40%. За класифікацією гіпоксично-ішемічної гіпоксії (Н.В.Sarnat, 1981) у 60% хворих відмічалася 2-а стадія, та у 40% - 1-а. З боку додаткових методів дослідження виявлено наступні зміни: набряк ГМ (80%), зниження кровонаповнення у хребетних артеріях (100%), зниження амплітуди біоелектричної активності головного мозку (100%), наявність пароксизмальної активності зафіксовано у 10% випадків. Це супроводжувалося різким зниженням показників СОД та СДГ у порівнянні із здоровими дітьми. Висновок: зниження даних показників може свідчити про виснаження компенсаторно-приспосувальних реакцій забезпечення енергією клітин при дії гіпоксії, що, в свою чергу, уповільнює процес відновлення функцій центральної нервової системи.

УДК: 616.8-08-039.76-053.2

## **КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

*Павлишин Г.А., Скворонська А.О., Свірська Н.М.*

Кафедра педіатрії з дитячою хірургією Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачовського (м. Тернопіль, майдан Волі, 1, Україна, 46000), Обласна Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня (вул. Сахарова, 2а, м. Тернопіль, Україна, 46000)

Протягом останніх десятиріч інтенсивно розвивається метаболічний напрямок досліджень, що ставить за мету теоретичне та практичне вивчення обмінних процесів різного рівня як основи для розвитку багатьох захворювань. У роботі показано ефективність комплексного підходу до відновної терапії дітей із неврологічним дефіцитом.

Проведено порівняння двох груп дітей, від 0 до 3 років, з проявами неврологічного дефіциту, у вигляді синдрому рухових порушень (діти першого року життя) та ДЦП. Діти знаходились на лікуванні в центрі реабілітації дітей з ураженням нервової системи. В першій групі лікування базувалося на немедикаментозних методах відновної терапії (кінезіотерапія, бальнеотерапія, фізіотерапія, заняття з логопедом, психологом, групові заняття за методикою Шерборн-терапії, заняття на апараті біологічно-зворотнього зв'язку "Амбліокор", рефлексотерапія), у другій групі до вищезгаданого лікування включено метаболічні препарати (кардонат, коензим-композитум, церебрум-композитум, мексідол, АТФ). Порівняльний аналіз показав: при застосуванні комплексної реабілітації у дітей другої групи підвищилась толерантність до фізичних навантажень, покращилось самопочуття, апетит, що в загальному посилило ефект від відновного лікування та зробило його більш тривалішим. Також у 70% випадків зменшилась спастика (за даними ЕНМГ), покращилась опора на стопу, зменшилась плоско-вальгусна деформація стоп, збільшилась довжина кроку, покращився мовний розвиток.

УДК: 616.24-002-053.31

## **МЕТАБОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ВРОДЖЕНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ**

*Павлишин Г.А., Сарахман Н.Є., Кулинич О.Є., Решетуха Л.В.*

Кафедра педіатрії з дитячою хірургією Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського (майдан

УДК: 616.831-008..618.3-06..612.76]-053.31

## **ОЦІНКА ЕНЕРГОДЕФІЦИТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЦНС**

**Павлишин Г.А., Скворонська А.О., Кулинич О.Є.**

Кафедра педіатрії з дитячою хірургією Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачовського (вул. Руська, 12, м. Тернопіль, Україна, 46001), Обласна Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня (вул. Сахарова, 2а, м. Тернопіль, Україна, 46000)

При гіпоксично-ішемічних ураженнях ЦНС зниження надходження кисню в клітину призводить до порушення мітохондріального окислення та дефіциту АТФ, що, в свою чергу, запускає каскад реакцій, які в кінцевому результаті призводять до загибелі клітини та формування тяжких неврологічних ушкоджень. Проведено аналіз активності внутрішньоклітинних ферментів (супероксиддисмутаза (СОД) та сукцинатдегідрогеназа (СДГ)) у сироватці крові, як маркерів енергетичної дисфункції при гіпоксичних ушкодженнях у новонароджених.

Загальний стан дітей оцінювався на підставі неврологічного статусу та даних нейрофункціональної діагностики: УЗД головного мозку, доплерографії судин ГМ, електроенцефалографії, викликаних зорових та слухових потенціалів. У 50% новонароджених спостерігався синдром пригнічення, синдром рухових порушень (спастичний тетрапарез) - 10%, синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості - 40%. За класифікацією гіпоксично-ішемічної гіпоксії (Н.В.Самат, 1981) у 60% хворих відмічалася 2-а стадія, та у 40% - 1-а. З боку додаткових методів дослідження виявлено наступні зміни: набряк ГМ (80%), зниження кровонаповнення у хребетних артеріях (100%), зниження амплітуди біоелектричної активності головного мозку (100%), наявність пароксизмальної активності зафіксовано у 10% випадків. Це супроводжувалося різким зниженням показників СОД та СДГ у порівнянні із здоровими дітьми. Висновок: зниження даних показників може свідчити про виснаження компенсаторно-приспосувальних реакцій забезпечення енергією клітин при дії гіпоксії, що, в свою чергу, уповільнює процес відновлення функцій центральної нервової системи.

УДК: 616.8-08-039.76-053.2

## **КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

**Павлишин Г.А., Скворонська А.О., Свірська Н.М.**

Кафедра педіатрії з дитячою хірургією Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачовського (м. Тернопіль, майдан Волі, 1, Україна, 46000), Обласна Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня (вул. Сахарова, 2а, м. Тернопіль, Україна, 46000)

Протягом останніх десятиріч інтенсивно розвивається метаболічний напрямок досліджень, що ставить за мету теоретичне та практичне вивчення обмінних процесів різного рівня як основи для розвитку багатьох захворювань. У роботі показано ефективність комплексного підходу до відновної терапії дітей із неврологічним дефіцитом.

Проведено порівняння двох груп дітей, від 0 до 3 років, з проявами неврологічного дефіциту, у вигляді синдрому рухових порушень (діти першого року життя) та ДЦП. Діти знаходились на лікуванні в центрі реабілітації дітей з ураженням нервової системи. В першій групі лікування базувалося на немедикаментозних методах відновної терапії (кінезіотерапія, бальнеотерапія, фізіотерапія, заняття з логопедом, психологом, групові заняття за методикою Шерборн-терапії, заняття на апараті біологічно-зворотнього зв'язку "Амбліокор", рефлексотерапія), у другій групі до вищезгаданого лікування включено метаболічні препарати (кардонат, коензим-композитум, церебрум-композитум, мексідол, АТФ). Порівняльний аналіз показав: при застосуванні комплексної реабілітації у дітей другої групи підвищилась толерантність до фізичних навантажень, покращилось самопочуття, апетит, що в загальному посилило ефект від відновного лікування та зробило його більш тривалішим. Також у 70% випадків зменшилась спастика (за даними ЕНМГ), покращилась опора на стопу, зменшилась плоско-вальгусна деформація стоп, збільшилась довжина кроку, покращився мовний розвиток.

УДК: 616.24-002-053.31

## **МЕТАБОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ВРОДЖЕНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ**

**Павлишин Г.А., Сарахман Н.Є., Кулинич О.Є., Решетуха Л.В.**

Кафедра педіатрії з дитячою хірургією Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського (майдан

УДК: 616.831-008..618.3-06..612.76]-053.31

## **ОЦІНКА ЕНЕРГОДЕФІЦИТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ПЕРИНАТАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЦНС**

**Павлишин Г.А., Скворонська А.О., Кулинич О.Є.**

Кафедра педіатрії з дитячою хірургією Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачовського (вул. Руська, 12, м. Тернопіль, Україна, 46001), Обласна Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня (вул. Сахарова, 2а, м. Тернопіль, Україна, 46000)

При гіпоксично-ішемічних ураженнях ЦНС зниження надходження кисню в клітину призводить до порушення мітохондріального окислення та дефіциту АТФ, що, в свою чергу, запускає каскад реакцій, які в кінцевому результаті призводять до загибелі клітини та формування тяжких неврологічних ушкоджень. Проведено аналіз активності внутрішньоклітинних ферментів (супероксиддисмутаза (СОД) та сукцинатдегідрогеназа (СДГ)) у сироватці крові, як маркерів енергетичної дисфункції при гіпоксичних ушкодженнях у новонароджених.

Загальний стан дітей оцінювався на підставі неврологічного статусу та даних нейрофункціональної діагностики: УЗД головного мозку, доплерографії судин ГМ, електроенцефалографії, викликаних зорових та слухових потенціалів. У 50% новонароджених спостерігався синдром пригнічення, синдром рухових порушень (спастичний тетрапарез) - 10%, синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості - 40%. За класифікацією гіпоксично-ішемічної гіпокії (Н.В.Самат, 1981) у 60% хворих відмічалася 2-а стадія, та у 40% - 1-а. З боку додаткових методів дослідження виявлено наступні зміни: набряк ГМ (80%), зниження кровонаповнення у хребетних артеріях (100%), зниження амплітуди біоелектричної активності головного мозку (100%), наявність пароксизмальної активності зафіксовано у 10% випадків. Це супроводжувалося різким зниженням показників СОД та СДГ у порівнянні із здоровими дітьми. Висновок: зниження даних показників може свідчити про виснаження компенсаторно-приспосовувальних реакцій забезпечення енергією клітин при дії гіпоксії, що, в свою чергу, уповільнює процес відновлення функцій центральної нервової системи.

УДК: 616.8-08-039.76-053.2

## **КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

**Павлишин Г.А., Скворонська А.О., Свірська Н.М.**

Кафедра педіатрії з дитячою хірургією Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачовського (м. Тернопіль, майдан Волі, 1, Україна, 46000), Обласна Тернопільська обласна комунальна дитяча клінічна лікарня (вул. Сахарова, 2а, м. Тернопіль, Україна, 46000)

Протягом останніх десятиріч інтенсивно розвивається метаболічний напрямок досліджень, що ставить за мету теоретичне та практичне вивчення обмінних процесів різного рівня як основи для розвитку багатьох захворювань. У роботі показано ефективність комплексного підходу до відновної терапії дітей із неврологічним дефіцитом.

Проведено порівняння двох груп дітей, від 0 до 3 років, з проявами неврологічного дефіциту, у вигляді синдрому рухових порушень (діти першого року життя) та ДЦП. Діти знаходились на лікуванні в центрі реабілітації дітей з ураженням нервової системи. В першій групі лікування базувалося на немедикаментозних методах відновної терапії (кінезіотерапія, бальнеотерапія, фізіотерапія, заняття з логопедом, психологом, групові заняття за методикою Шерборн-терапії, заняття на апараті біологічно-зворотнього зв'язку "Амбліокор", рефлексотерапія), у другій групі до вищезгаданого лікування включено метаболічні препарати (кардонат, коензим-композитум, церебрум-композитум, мексідол, АТФ). Порівняльний аналіз показав: при застосуванні комплексної реабілітації у дітей другої групи підвищилась толерантність до фізичних навантажень, покращилось самопочуття, апетит, що в загальному посилило ефект від відновного лікування та зробило його більш тривалішим. Також у 70% випадків зменшилась спастика (за даними ЕНМГ), покращилась опора на стопу, зменшилась плоско-вальгусна деформація стоп, збільшилась довжина кроку, покращився мовний розвиток.

УДК: 616.24-002-053.31

## **МЕТАБОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ВРОДЖЕНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ**

**Павлишин Г.А., Сарахман Н.Є., Кулинич О.Є., Решетуха Л.В.**

Кафедра педіатрії з дитячою хірургією Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського (майдан

Протягом останніх десятиріч широко вивчаються питання про спотворення енергообміну клітини в процесі різних хвороб.

Метою роботи було визначення порушення обмінних процесів, які призводять до зміни компенсаторно-приспосовувальних реакцій організму.

Під спостереженням знаходилось 20 немовлят з проявами вродженої пневмонії та 25 здорових. Клінічно у дітей спостерігалися прояви дихальної недостатності другого і третього ступенів та інтоксикаційний синдром. Метаболічний дисбаланс ми визначали за рівнем у сироватці крові малонового діальдегіду (МДА), за активністю основних ферментів - супероксиддисмутази (СОД), сукцинатдегідрогенази (СДГ), церулоплазміну (ЦП), а також за вмістом сульфгідрильних (SH) груп. У новонароджених основної групи виявлено складний дисбаланс систем пероксидації-антиоксидації, що проявляється високими показниками МДА, перевищуючи більше як на 46% нормативи здорових немовлят, та відповідним підвищенням активності ферментів антиоксидантного захисту (церулоплазміну), зниженням активності СОД більше як на 30%, СДГ більш як у 3 рази щодо показників контрольної групи. Такий дисбаланс розцінюється як порушення мембранного гомеостазу.

Висновок: пролонгована дія пероксидації на мембрани клітин зумовлює їх структурно-функціональну дезорганізацію, призводить до поломок на клітинному, органному, системному рівнях, сприяє розвитку та тяжкості патологічного процесу.

УДК: 616.341-053.2:576.8.095

## **СИНДРОМ НАДЛИШКОВОГО РОСТУ БАКТЕРІЙ В ТОНКОМУ КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ: ДІАГНОСТИКА, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ**

*Пипа Л.В., Філик А.В., Зимак О.С., Грешило М.С., Лисиця Ю.М.*

Кафедра педіатрії ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Кам'янецька, 94, м. Хмельницький, Україна, 29000)

Синдром надлишкового росту бактерій в тонкому кишечнику у дітей зустрічається при різних хворобах шлунково-кишкового тракту: хронічному гастриті, виразковій хворобі, запальних хворобах кишечника, хронічному холециститі, функціональних розладах кишечника.

Частота виявлення даного синдрому коливається, за даними В.М.Бондаренко із співавторами (2007) від 70 до 97%.

Порушення біоценозу кишечника у вигляді синдрому надлишкового росту бактерій обумовлено декількома патогенетичними механізмами: флора з товстого кишечника піднімається в тонкий і викликає подразнення слизової своїми кислими метаболітами, стимулює інтестинальну секрецію води і електролітів; в умовах зміненої РН настає передчасна активація та бактеріальна декон'югація жирних кислот, що веде до порушення розщеплення жирів; кисле середовище в тонкому кишечнику блокує виділення ферментів підшлунковою залозою в дванадцятипалу кишку.

Отже, внаслідок зміни РН, розвитку екзокринної недостатності підшлункової залози при синдромі надлишкового росту бактерій в тонкому кишечнику у дітей порушується травлення їжі, наростають бродильні процеси, моторні розлади за типом гіпо- або гіпермоторної дискінезії.

Протягом 2007-2008 років у 16 дітей Хмельницької області, батьки яких звернулись за допомогою, діагностовано синдром надлишкового росту бактерій в тонкому кишечнику. В 7 випадках даний синдром виник після перенесеної кишкової інфекції, у 6 дітей - на фоні синдрому подразненого кишечника, у 3 новонароджених дітей - як вид транзиторного порушення біоценозу кишечника в адаптаційний період.

Основними клінічними проявами синдрому надлишкового росту бактерій були: рідкий та жирний стілець, метеоризм, бурчання в животі, в копрограмі великий вміст нейтрального жиру, ознаки дицукридної недостатності, що підтверджено позитивною пробєю Бенедикта. За нашими даними у дітей з синдромом надлишкового росту бактерій в тонкому кишечнику частіше розвивається гіпермоторна дискінезія з діареєю (72,3%).

При контамінації тонкої кишки формується затяжна діарея з ферментопатією, тому для лікування дітей з синдромом надлишкового росту бактерій призначаються антибактеріальні засоби, які діють в тонкому кишечнику, ферменти підшлункової залози, антациди (з метою зниження кислотності в дванадцятипалій кишці і звільнення ферментів підшлункової залози), пребіотики (пробиотики протипоказані), полівітаміни.

Для лікування дітей з синдромом надлишкового росту бактерій в тонкому кишечнику дітям грудного віку рекомендували грудне молоко або низьколактозну суміш при доповненому або штучному вигодовуванні. З бактерицидною метою призначали препарат ніфуросазід, який практично не всмоктується з ШКТ, тому не во-



Протягом останніх десятиріч широко вивчаються питання про спотворення енергообміну клітини в процесі різних хвороб.

Метою роботи було визначення порушення обмінних процесів, які призводять до зміни компенсаторно-протосувальних реакцій організму.

Під спостереженням знаходилось 20 немовлят з проявами вродженої пневмонії та 25 здорових. Клінічно у дітей спостерігалися прояви дихальної недостатності другого і третього ступенів та інтоксикаційний синдром. Метаболічний дисбаланс ми визначали за рівнем у сироватці крові малонового діальдегіду (МДА), за активністю основних ферментів - супероксиддисмутази (СОД), сукцинатдегідрогенази (СДГ), церулоплазміну (ЦП), а також за вмістом сульфгідрильних (SH) груп. У новонароджених основної групи виявлено складний дисбаланс систем пероксидації-антиоксидації, що проявляється високими показниками МДА, перевищуючи більше як на 46% нормативи здорових немовлят, та відповідним підвищенням активності ферментів антиоксидантного захисту (церулоплазміну), зниженням активності СОД більше як на 30%, СДГ більш як у 3 рази щодо показників контрольної групи. Такий дисбаланс розцінюється як порушення мембранного гомеостазу.

Висновок: пролонгована дія пероксидації на мембрани клітин зумовлює їх структурно-функціональну дезорганізацію, призводить до поломок на клітинному, органному, системному рівнях, сприяє розвитку та тяжкості патологічного процесу.

УДК: 616.341-053.2:576.8.095

## **СИНДРОМ НАДЛИШКОВОГО РОСТУ БАКТЕРІЙ В ТОНКОМУ КИШЕЧНИКУ У ДІТЕЙ: ДІАГНОСТИКА, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ**

*Пипа Л.В., Філик А.В., Зимак О.С., Грешило М.С., Лисиця Ю.М.*

Кафедра педіатрії ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Кам'янецька, 94, м. Хмельницький, Україна, 29000)

Синдром надлишкового росту бактерій в тонкому кишечнику у дітей зустрічається при різних хворобах шлунково-кишкового тракту: хронічному гастриті, виразковій хворобі, запальних хворобах кишечника, хронічному холециститі, функціональних розладах кишечника.

Частота виявлення даного синдрому коливається, за даними В.М.Бондаренко із співавторами (2007) від 70 до 97%.

Порушення біоценозу кишечника у вигляді синдрому надлишкового росту бактерій обумовлено декількома патогенетичними механізмами: флора з товстого кишечника піднімається в тонкий і викликає подразнення слизової своїми кислими метаболітами, стимулює інтестинальну секрецію води і електролітів; в умовах зміненої рН настає передчасна активація та бактеріальна декон'югація жирних кислот, що веде до порушення розщеплення жирів; кисле середовище в тонкому кишечнику блокує виділення ферментів підшлунковою залозою в дванадцятипалу кишку.

Отже, внаслідок зміни рН, розвитку екзокринної недостатності підшлункової залози при синдромі надлишкового росту бактерій в тонкому кишечнику у дітей порушується травлення їжі, наростають бродильні процеси, моторні розлади за типом гіпо- або гіпермоторної дискінезії.

Протягом 2007-2008 років у 16 дітей Хмельницької області, батьки яких звернулись за допомогою, діагностовано синдром надлишкового росту бактерій в тонкому кишечнику. В 7 випадках даний синдром виник після перенесеної кишкової інфекції, у 6 дітей - на фоні синдрому подразненого кишечника, у 3 новонароджених дітей - як вид транзиторного порушення біоценозу кишечника в адаптаційний період.

Основними клінічними проявами синдрому надлишкового росту бактерій були: рідкий та жирний стілець, метеоризм, бурчання в животі, в копрограмі великий вміст нейтрального жиру, ознаки дицукридної недостатності, що підтверджено позитивною пробю Бенедикта. За нашими даними у дітей з синдромом надлишкового росту бактерій в тонкому кишечнику частіше розвивається гіпермоторна дискінезія з діареєю (72,3%).

При контамінації тонкої кишки формується затяжна діарея з ферментопатією, тому для лікування дітей з синдромом надлишкового росту бактерій призначаються антибактеріальні засоби, які діють в тонкому кишечнику, ферменти підшлункової залози, антациди (з метою зниження кислотності в дванадцятипалій кишці і звільнення ферментів підшлункової залози), пребіотики (пробиотики протипоказані), полівітаміни.

Для лікування дітей з синдромом надлишкового росту бактерій в тонкому кишечнику дітям грудного віку рекомендували грудне молоко або низьколактозну суміш при доповненому або штучному вигодовуванні. З бактерицидною метою призначали препарат ніфуросазід, який практично не всмоктується з ШКТ, тому не во-

лодіє системною бактеріальною активністю, має виключно місцеву ентеральну дію. Після прийому ніфуросазиду ефект настає в перші години лікування. Препарат активний по відношенню до більшості збудників ГКІ, як Грам(+), так і Грам(-) бактерій. Крім того, ніфуросазид стимулює фагоцитарну активність лейкоцитів та клітин ретикулоендотеліальної системи, що сприяє активації місцевого імунітету. В залежності від дози препарат має бактеріостатичний та бактерицидний ефект. Випускається у вигляді таблеток по 100 мг та в суспензії по 90 мг у флаконі.

Ніфуросазид призначали дітям віком від 2 до 6 міс. по 1/2-1 ч.л. 2 рази на добу, від 6 міс. до 6 років - по 1 ч.л. 3 рази на добу, від 6 років і старшим - по 1 ч.л. 4 рази на добу або по 2 таблетки 4 рази на добу протягом 5-7 днів.

В лікуванні синдрому надлишкового росту бактерій використовували препарати на основі панкреатичних ферментів, які сприяли травленню білків, жирів та вуглеводів. З цієї метою призначали препарат пангрол-10000, який відповідає міжнародним вимогам до ферментних засобів: стійкий до дії соляної кислоти та пепсину, фармакологічна дія реалізується в діапазоні pH 4-7, швидке вивільнення в дванадцятипалій кишці, відсутність токсичності, легкість в дозуванні. Активність препарату Пангрол визначається ферментною активністю ліпази та вмістом трипсину. Випускається у вигляді капсул, що містять блискучі гомогенні кишковорозчинні не покриті міні-таблетки, які містять по 500 од. та 1000 од ліпази. Спосіб застосування: 1000 од. ліпази/кг маси тіла/добу в 3 прийоми.

Слід пам'ятати, що при синдромі надлишкового росту бактерій призначення пробіотиків не показано.

Як протизапальний та знеболюючий засіб призначали німецький швидкодіючий фітопрепарат іберогаст. Рослини, що входять до складу препарату, мають подвійну регулюючу дію на моторику шлунку та кишечника, а також мають протизапальну, вітрогону й антибактеріальну дію. Іберогаст призначали дітям від 0 до 3-х місяців по 6 крапель, від 3 міс до 3 років - по 8 крапель, дітям від 3 до 6 років - по 10 крапель, від 6 до 12 років - по 15 крапель, підліткам - по 20 крапель 3 рази на добу.

Висновок: внаслідок призначеного лікування протягом 6-8 днів зникли основні клінічні симптоми, а саме, метеоризм, діарея, біль в животі. Стеаторея зникла на 4-5 день лікування. Тривалість лікування, в середньому, склала 8-12 днів.

**УДК: 616.13-002:616-03**

## **АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ**

**Процюк Т.Л., Чирка О.В., Суркова Н.М., Токарчук Н.І. Гулько О.Г., Катілов О.В., Ізюмець О.І.**  
Кафедра педіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна клінічна дитяча лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Дані епідеміологічних досліджень, за останні роки показують, що загальний рівень надання медичної допомоги хворим на бронхіальну астму (БА) далекий від оптимального, а структура медикаментозних призначень часто не відповідає вимогам міжнародних рекомендацій і національних стандартів по фармакотерапії БА. Більшість опитаних у ході подібних досліджень хворих, мали часті загострення БА і неодноразово були госпіталізовані до стаціонарів. Крім того, значна частина хворих постійно зазначала у себе ті чи інші симптоми БА і скаржилась на низький рівень якості життя [Цой, Архипов, 2003].

*Мета* дослідження: на основі різнопланового аналізу ситуації з наданням амбулаторної допомоги хворим на БА вивчити та дати клінічну оцінку хворих на БА, що отримують постійно протиастматичні препарати.

Проведене нами анкетування 400 хворих на БА дітей та аналіз 200 амбулаторних карт дітей хворих на бронхіальну астму, які проживають у м. Вінниці та Вінницькій області показав, що серед хворих, які отримували медичну допомогу з приводу БА, переважали хлопчики (68%). Середній вік хворих склав 11,0±1,5 років, а середня тривалість захворювання 8,0±1,7 роки. Анкетування виявило, що дебют БА може спостерігатись практично у будь-якому віці, однак у більшості випадків захворювання дебютувало у віці 2-3 років. У більшості хворих БА асоціювалась з іншими алергічними захворюваннями - алергічним ринітом (27,1%), atopічним дерматитом (33,4%), алергічним кон'юнктивітом (12,6%), кропивницею (4,3%), харчовою алергією (10,9%), медикаментозною алергією (4,7%). Аналіз амбулаторних карт засвідчив переважання у дітей БА з легким перебігом (77,2%), середньоважким - 17,9% і важким - 3,8%. Тоді як, серед хворих дітей, які регулярно зверталися за медичною допомогою переважали діти з середньоважким та важким перебігом (71,3%).

Як виявило анкетування, більшість опитаних хворих (56,0%) звертались у поліклініку для планового огляду, але у 24,5% випадків приводом для відвідування лікаря ставало загострення БА або погіршення перебігу хвороби. Було встановлено що, переважна більшість хворих дітей навіть у стабільному стані мала неконтрольований перебіг астми. Так за допомогою анкетування було з'ясовано, що на протязі тижня у 76,8% хворих дітей спостерігалась задишка або ядуха у денні години, 72,3% постійно турбував кашель, а 74,6% хворих - хоча б раз прокидались у ночі через симптоми астми. І лише 5,1% опитаних дітей не зазначило у себе ніяких проявів хвороби. Серед хворих на астму дітей 63,8% використовували бронхолітики частіше одного разу на день, і ще

лодіє системною бактеріальною активністю, має виключно місцеву ентеральну дію. Після прийому ніфуросазиду ефект настає в перші години лікування. Препарат активний по відношенню до більшості збудників ГКІ, як Грам(+), так і Грам(-) бактерій. Крім того, ніфуросазид стимулює фагоцитарну активність лейкоцитів та клітин ретикулоендотеліальної системи, що сприяє активації місцевого імунітету. В залежності від дози препарат має бактеріостатичний та бактерицидний ефект. Випускається у вигляді таблеток по 100 мг та в суспензії по 90 мг у флаконі.

Ніфуросазид призначали дітям віком від 2 до 6 міс. по 1/2-1 ч.л. 2 рази на добу, від 6 міс. до 6 років - по 1 ч.л. 3 рази на добу, від 6 років і старшим - по 1 ч.л. 4 рази на добу або по 2 таблетки 4 рази на добу протягом 5-7 днів.

В лікуванні синдрому надлишкового росту бактерій використовували препарати на основі панкреатичних ферментів, які сприяли травленню білків, жирів та вуглеводів. З цієї метою призначали препарат пангрол-10000, який відповідає міжнародним вимогам до ферментних засобів: стійкий до дії соляної кислоти та пепсину, фармакологічна дія реалізується в діапазоні рН 4-7, швидке вивільнення в дванадцятипалій кишці, відсутність токсичності, легкість в дозуванні. Активність препарату Пангрол визначається ферментною активністю ліпази та вмістом трипсину. Випускається у вигляді капсул, що містять блискучі гомогенні кишковорозчинні не покриті міні-таблетки, які містять по 500 од. та 1000 од ліпази. Спосіб застосування: 1000 од. ліпази/кг маси тіла/добу в 3 прийоми.

Слід пам'ятати, що при синдромі надлишкового росту бактерій призначення пробіотиків не показано.

Як протизапальний та знеболюючий засіб призначали німецький швидкодіючий фітопрепарат іберогаст. Рослини, що входять до складу препарату, мають подвійну регулюючу дію на моторику шлунку та кишечника, а також мають протизапальну, вітрогону й антибактеріальну дію. Іберогаст призначали дітям від 0 до 3-х місяців по 6 крапель, від 3 міс до 3 років - по 8 крапель, дітям від 3 до 6 років - по 10 крапель, від 6 до 12 років - по 15 крапель, підліткам - по 20 крапель 3 рази на добу.

Висновок: внаслідок призначеного лікування протягом 6-8 днів зникли основні клінічні симптоми, а саме, метеоризм, діарея, біль в животі. Стеаторея зникла на 4-5 день лікування. Тривалість лікування, в середньому, склала 8-12 днів.

**УДК: 616.13-002:616-03**

## **АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ**

**Процюк Т.Л., Чирка О.В., Суркова Н.М., Токарчук Н.І. Гулько О.Г., Катілов О.В., Ізюмець О.І.**  
Кафедра педіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна клінічна дитяча лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Дані епідеміологічних досліджень, за останні роки показують, що загальний рівень надання медичної допомоги хворим на бронхіальну астму (БА) далекий від оптимального, а структура медикаментозних призначень часто не відповідає вимогам міжнародних рекомендацій і національних стандартів по фармакотерапії БА. Більшість опитаних у ході подібних досліджень хворих, мали часті загострення БА і неодноразово були госпіталізовані до стаціонарів. Крім того, значна частина хворих постійно зазначала у себе ті чи інші симптоми БА і скаржилась на низький рівень якості життя [Цой, Архипов, 2003].

*Мета* дослідження: на основі різнопланового аналізу ситуації з наданням амбулаторної допомоги хворим на БА вивчити та дати клінічну оцінку хворих на БА, що отримують постійно протиастматичні препарати.

Проведене нами анкетування 400 хворих на БА дітей та аналіз 200 амбулаторних карт дітей хворих на бронхіальну астму, які проживають у м. Вінниці та Вінницькій області показав, що серед хворих, які отримували медичну допомогу з приводу БА, переважали хлопчики (68%). Середній вік хворих склав 11,0±1,5 років, а середня тривалість захворювання 8,0±1,7 роки. Анкетування виявило, що дебют БА може спостерігатись практично у будь-якому віці, однак у більшості випадків захворювання дебютувало у віці 2-3 років. У більшості хворих БА асоціювалась з іншими алергічними захворюваннями - алергічним ринітом (27,1%), atopічним дерматитом (33,4%), алергічним кон'юнктивітом (12,6%), кропивницею (4,3%), харчовою алергією (10,9%), медикаментозною алергією (4,7%). Аналіз амбулаторних карт засвідчив переважання у дітей БА з легким перебігом (77,2%), середньоважким - 17,9% і важким - 3,8%. Тоді як, серед хворих дітей, які регулярно зверталися за медичною допомогою переважали діти з середньоважким та важким перебігом (71,3%).

Як виявило анкетування, більшість опитаних хворих (56,0%) звертались у поліклініку для планового огляду, але у 24,5% випадків приводом для відвідування лікаря ставало загострення БА або погіршення перебігу хвороби. Було встановлено що, переважна більшість хворих дітей навіть у стабільному стані мала неконтрольований перебіг астми. Так за допомогою анкетування було з'ясовано, що на протязі тижня у 76,8% хворих дітей спостерігалась задишка або ядуха у денні години, 72,3% постійно турбував кашель, а 74,6% хворих - хоча б раз прокидались у ночі через симптоми астми. І лише 5,1% опитаних дітей не зазначило у себе ніяких проявів хвороби. Серед хворих на астму дітей 63,8% використовували бронхолітики частіше одного рази на день, і ще

8,6% використовували ці препарати, принаймні 1 раз на день. Хворі на БА діти, які прийняли участь в анкетуванні зазначили, що у середньому лише 10,9 ночей за місяць вони не прокидалися через симптоми БА, а кількість днів, вільних від симптомів астми і днів без застосування засобів надання невідкладної допомоги складало в середньому 5,9 та 7,1, відповідно. Крім того, слід зауважити, що за даними анкетування в середньому кожна хвора на БА дитина протягом року 9,4 рази зверталася в поліклініку за допомогою і 4,5 рази викликала швидку допомогу. 40,0% опитаних дітей не мали протягом року жодної госпіталізації з приводу БА, тоді як 18,0% дітей протягом року двічі і більше раз були госпіталізовані. При опитуванні було з'ясовано, що 56,0% хворих на БА вважають, що вони отримують найбільш ефективні препарати для лікування з числа існуючих. Ще 21,8% опитаних вважають, що їм слід було б призначити більш ефективні засоби, ніж ті що вони отримують і 22,2% опитаних не змогли дати відповідь на поставлене запитання. Крім того з'ясувалося, що незважаючи на довіру до призначеного лікування лише 12,8% опитаних вважало своє лікування ефективним, 54,2% - недостатньо ефективним, 33,0% - неефективним.

Висновок: з числа хворих, що регулярно отримують лікування з приводу БА, лише 5,1% мають контроль над захворюванням. У 70-80% хворих перебіг БА супроводжується явними симптомами хвороби що суттєво знижує якість життя хворих.

**УДК:** 616.36-008.5-007

## **ПЕРВИННА РЕАНІМАЦІЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**Рубіна О.С., Добіжа М.В., Антоненко Т.І., Моравська О.А., Берцун К.Т., Неживенко Т.П., Гомон Р.О.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницький неонатальний центр (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Перше видання первинної реанімації новонароджених (ПРН) було опубліковано в 1987 році, друге видання було доповнене в 1995 році, третє - в 2000 році, що представляло перші рекомендації, розроблені міжнародною групою експертів на основі аналізу сучасної медичної літератури та доказів ефективності сучасної практики.

Сьогоднішня система ПРН базується на позиціях доказової медицини, є раціональною, міждисциплінарною, демедикалізованою. Майбутнє її - в налагодженій роботі кваліфікованого медперсоналу, відповідного обладнання та готовності надавати допомогу в будь-який момент.

Не дивлячись на досягнення в технічному забезпеченні та накопичений досвід, до сих пір залишаються спірними деякі питання в реанімаційній практиці, а саме: тепла підтримка, киснева підтримка, вентиляція.

Гестаційний вік (ГВ), де активне втручання у дітей залишається дискусійним ("сіра зона") - 22-26 тижнів. Відсоток виживання збільшується з кожним додатковим тижнем (днем) гестації. Який же нижній поріг життєздатності? 13% дослідників відзначають виживання в термін гестації 23 тижні 25% новонароджених, 17% дослідників вказують, що в терміні 24 тижні виживають 50% новонароджених (McElrath et al., 2002). Неврологічні наслідки у новонароджених, що народилися "на межі" виживання: у новонароджених з ГВ менше 25 тижнів не спостерігалось покращення неврологічних наслідків до 18-22 місяця скоригованого віку (Hintz et al., 2005). Коли термін гестації, маса при народженні та/або є вади розвитку, несумісні з життям (ГВ менше 23 тижнів, маса при народженні менше 400 грамів) - реанімація не показана (ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation, 2005). В умовах невизначеного прогнозу: сумнівного виживання, високого відсотка захворюваності, коли витрати на виходжування будуть великими - бажання батьків про початок реанімації повинно бути підтримано (ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation, 2005).

Теплова підтримка - є перший крок реанімації новонароджених - підтримка ректальної температури 36,5-37,5°C. Гіпотермія, холодний стрес ведуть до захворюваності та смертності дітей з екстремально малою масою тіла (EMMT). Холодовий стрес підвищує потребу в кисні. З іншого боку, важливо дитину не перегріти. Стоїть питання про використання лікувальної гіпотермії при асфіксії новонароджених. Міжнародні принципи реанімації пропонують приймати немовля в теплому місці, помістити під джерело променевого тепла, осушити шкіру, забрати мокру пелюшку, загорнути в теплу. Альтернатива: контакт "шкіра до шкіри". 20% відділень інтенсивної терапії використовують ізолюючий матеріал замість просушування недоношених. Немає "золотого" стандарту щодо матеріалу та тривалості його використання (Knobel et al., 2005). Використання пластикових мішків покращує тепловий баланс новонароджених (рівень доказовості IIA). Але при використанні цієї методики є ризик виникнення гіпертермії. Новонароджені від матерів з лихоманкою мають вищий ризик респіраторної депресії, судом, церебрального параліча, смерті. Дослідження на тваринах довели, що гіпертермія після ішемії асоціюється з наростанням пошкодження мозку. Тому важливо підтримувати нормотермію та попереджати гіпертермію (IIB). Помірна гіпотермія (зниження температури тіла на 2-3°C) здійснює нейропротекторну дію у тварин. Проведено мультицен-

8,6% використовували ці препарати, принаймні 1 раз на день. Хворі на БА діти, які прийняли участь в анкетуванні зазначили, що у середньому лише 10,9 ночей за місяць вони не прокидались через симптоми БА, а кількість днів, вільних від симптомів астми і днів без застосування засобів надання невідкладної допомоги складало в середньому 5,9 та 7,1, відповідно. Крім того, слід зауважити, що за даними анкетування в середньому кожна хвора на БА дитина протягом року 9,4 рази зверталася в поліклініку за допомогою і 4,5 рази викликала швидку допомогу. 40,0% опитаних дітей не мали протягом року жодної госпіталізації з приводу БА, тоді як 18,0% дітей протягом року двічі і більше раз були госпіталізовані. При опитуванні було з'ясовано, що 56,0% хворих на БА вважають, що вони отримують найбільш ефективні препарати для лікування з числа існуючих. Ще 21,8% опитаних вважають, що їм слід було б призначити більш ефективні засоби, ніж ті що вони отримують і 22,2% опитаних не змогли дати відповідь на поставлене запитання. Крім того з'ясувалося, що незважаючи на довіру до призначеного лікування лише 12,8% опитаних вважало своє лікування ефективним, 54,2% - недостатньо ефективним, 33,0% - неефективним.

Висновок: з числа хворих, що регулярно отримують лікування з приводу БА, лише 5,1% мають контроль над захворюванням. У 70-80% хворих перебіг БА супроводжується явними симптомами хвороби що суттєво знижує якість життя хворих.

**УДК:** 616.36-008.5-007

## **ПЕРВИННА РЕАНІМАЦІЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**Рубіна О.С., Добіжа М.В., Антоненко Т.І., Моравська О.А., Берцун К.Т., Неживенко Т.П., Гомон Р.О.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницький неонатальний центр (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Перше видання первинної реанімації новонароджених (ПРН) було опубліковано в 1987 році, друге видання було доповнене в 1995 році, третє - в 2000 році, що представляло перші рекомендації, розроблені міжнародною групою експертів на основі аналізу сучасної медичної літератури та доказів ефективності сучасної практики.

Сьогоднішня система ПРН базується на позиціях доказової медицини, є раціональною, міждисциплінарною, демедикалізованою. Майбутнє її - в налагодженій роботі кваліфікованого медперсоналу, відповідного обладнання та готовності надавати допомогу в будь-який момент.

Не дивлячись на досягнення в технічному забезпеченні та накопичений досвід, до сих пір залишаються спірними деякі питання в реанімаційній практиці, а саме: тепла підтримка, киснева підтримка, вентиляція.

Гестаційний вік (ГВ), де активне втручання у дітей залишається дискусійним ("сіра зона") - 22-26 тижнів. Відсоток виживання збільшується з кожним додатковим тижнем (днем) гестації. Який же нижній поріг життєздатності? 13% дослідників відзначають виживання в термін гестації 23 тижні 25% новонароджених, 17% дослідників вказують, що в терміні 24 тижні виживають 50% новонароджених (McElrath et al., 2002). Неврологічні наслідки у новонароджених, що народилися "на межі" виживання: у новонароджених з ГВ менше 25 тижнів не спостерігалось покращення неврологічних наслідків до 18-22 місяця скоригованого віку (Hintz et al., 2005). Коли термін гестації, маса при народженні та/або є вади розвитку, несумісні з життям (ГВ менше 23 тижнів, маса при народженні менше 400 грамів) - реанімація не показана (ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation, 2005). В умовах невизначеного прогнозу: сумнівного виживання, високого відсотка захворюваності, коли витрати на виходжування будуть великими - бажання батьків про початок реанімації повинно бути підтримано (ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation, 2005).

Теплова підтримка - є перший крок реанімації новонароджених - підтримка ректальної температури 36,5-37,5°C. Гіпотермія, холодний стрес ведуть до захворюваності та смертності дітей з екстремально малою масою тіла (EMMT). Холодовий стрес підвищує потребу в кисні. З іншого боку, важливо дитину не перегріти. Стоїть питання про використання лікувальної гіпотермії при асфіксії новонароджених. Міжнародні принципи реанімації пропонують приймати немовля в теплому місці, помістити під джерело променевого тепла, осушити шкіру, забрати мокру пелюшку, загорнути в теплу. Альтернатива: контакт "шкіра до шкіри". 20% відділень інтенсивної терапії використовують ізолюючий матеріал замість просушування недоношених. Немає "золотого" стандарту щодо матеріалу та тривалості його використання (Knobel et al., 2005). Використання пластикових мішків покращує тепловий баланс новонароджених (рівень доказовості IIA). Але при використанні цієї методики є ризик виникнення гіпертермії. Новонароджені від матерів з лихоманкою мають вищий ризик респіраторної депресії, судом, церебрального параліча, смерті. Дослідження на тваринах довели, що гіпертермія після ішемії асоціюється з наростанням пошкодження мозку. Тому важливо підтримувати нормотермію та попереджати гіпертермію (IIB). Помірна гіпотермія (зниження температури тіла на 2-3°C) здійснює нейропротекторну дію у тварин. Проведено мультицен-

трове дослідження: новонародженим із ознаками асфіксії (n=234) проведено охолодження голови (t=34-35°C) протягом 6 годин після народження. Дослідження показало відсутність суттєвої різниці в рівні захворюваності та смертності через 18 місяців, при цьому значна користь відмічена у дітей з помірною енцефалопатією. У дітей з вираженими змінами на ехоенцефалограмі виявлено відсутність ефекту (Gluckmann et al., 2005). Використання пластикових мішків під променевим теплом ефективно, як і стандартні техніки збереження температури. Недостатньо даних для рутинного використання гіпотермії дитині, народженій в асфіксії (ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation, 2005).

Меконіальне забруднення навколоплідних вод та синдром аспірації меконієм (СAM) спостерігається у 1:120 - 1:180 новонароджених, 25-60% потребують ШВЛ, летальність складає 5-12%. Проведено проспективне, рандомізоване контрольоване дослідження в 12 центрах. Оцінювали тактику лікування у активних новонароджених з меконіальним забрудненням навколоплідних вод: група інтубації та санації, група очікувальної тактики. Не було виявлено достовірної різниці між групами за частотою розвитку дихальної недостатності. Сучасні рекомендації не радять рутинну санацію рото-, носоглотки в пологах при меконіальному забрудненні навколоплідних вод (I A). Не рекомендується рутинна інтубація та санація дітей з добрими дихальними зусиллями, м'язевим тонусом, ЧСС більше 100 за хвилину (I A).

Щодо волюмокорекції, фізрозчин має переваги для відновлення ОЦК, тому що краще затримує рідину в організмі в перші 48 годин. Використання колоїдів збільшує тривалість залежності від кисню. Використання альбуміну збільшує смертність у групі критичних хворих з опіками, гіповолемією, гіпоальбумінемією. Оскільки немає даних, що доводять ефективність ендотрахеального введення адреналіну, рекомендується швидко налагодити венозний доступ та вводити адреналін внутрішньовенно. Рекомендована доза 0,01-0,03 мг/кг, використання дози 0,1 мг/кг призводить до гіпертензії, зменшення серцевого викиду, негативних неврологічних наслідків.

Киснева підтримка: в різних закладах, країнах використовують різні концентрації кисню. Результати 40 центрів з 19 країн показали: 50% центрів використовують перемінні концентрації кисню, 50% - рутинно використовують 100% концентрацію кисню (O'Donnell et al., 2004). Потенціальні позитивні ефекти 100% кисню: церебральна мікроциркуляція швидше відновлюється на 100% кисні, порівняно з повітрям (показано на тваринах). Більш висока мозкова активність визначена після церебральної ішемії через 20 хвилин після реанімації 100% киснем. Сприяє дилатації судин легень при персистуючій легеневій гіпертензії. Негативні ефекти 100% кисню - констрикція мозкових артерій та артерій сітківки, утворення вільних радикалів кисню, гальмування становлення самостійного дихання, збільшена потреба в кисні збільшує роботу дихання та швидкість метаболізму (Mortola et al., 1992). При аналізі систематизованого огляду та метааналізу з використання 100% кисню та повітря встановили, що не має суттєвої різниці за результатами неврологічних ускладнень у віці 18-24 місяців (Davis et al., 2004).

Вентиляційна підтримка: мінімальний рівень смертності, неврологічних ускладнень спостерігається в групі, яким проводилась СРАР-терапія в порівнянні з дітьми, яким проводилась інтубація трахеї (IMV) (Aley et al., 2005).

Висновки: попередження втрат тепла з використанням пластикових пакетів є ефективним, але потребує удосконалення. Вентиляція повітрям є достатньо ефективною, як киснем, але не може бути рекомендованою всім новонародженим дітям. Найбільш спірне питання - вентиляційна підтримка - потребує удосконалення та покращення якості існуючих апаратів для вентиляції. Рішення для раннього назального СРАР чи інтубації приймається індивідуально для пацієнта. Успіх ведення новонароджених на НСРАР залежить від гестаційного віку та досвіду.

**УДК: 616.6-018.2-007**

## **СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ЯКИМ В РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ПРОВОДИЛАСЬ ШТУЧНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЛЕГЕНЬ**

**Рубіна О. С., Добіжа М. В., Берцун К. Т., Антоненко Т. І., Неживенко Т. П., Гомон Р. О., Сушицька Т. П., Гузовата О. М.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницький неонатальний центр (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Від своєчасності й якості проведення реанімаційних заходів в пологовому залі значною мірою залежить результат ранньої постнатальної адаптації новонародженої дитини. Це впливає не лише на виживання немовлят у перші дні життя, але й на їхній подальший розвиток і показники здоров'я в наступні вікові періоди.

Метою дослідження є вивчення стану здоров'я дітей, яким в неонатальному періоді проводилась ШВЛ та визначення взаємозв'язку між тривалістю ШВЛ та подальшим станом здоров'я дітей і частотою їх звернень за медичною допомогою. Досліджувалась група дітей (50 дітей), які перебували у відділенні інтенсивної терапії та реанімації новонароджених Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні за період з січня по червень 2008 року, яким у неонатальному періоді проводилась штучна вентиляція легень за допомогою різних апаратів ШВЛ.

трове дослідження: новонародженим із ознаками асфіксії (n=234) проведено охолодження голови (t=34-35°C) протягом 6 годин після народження. Дослідження показало відсутність суттєвої різниці в рівні захворюваності та смертності через 18 місяців, при цьому значна користь відмічена у дітей з помірною енцефалопатією. У дітей з вираженими змінами на ехоенцефалограмі виявлено відсутність ефекту (Gluckmann et al., 2005). Використання пластикових мішків під променевим теплом ефективно, як і стандартні техніки збереження температури. Недостатньо даних для рутинного використання гіпотермії дитині, народженій в асфіксії (ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation, 2005).

Меконіальне забруднення навколоплідних вод та синдром аспірації меконієм (СAM) спостерігається у 1:120 - 1:180 новонароджених, 25-60% потребують ШВЛ, летальність складає 5-12%. Проведено проспективне, рандомізоване контрольоване дослідження в 12 центрах. Оцінювали тактику лікування у активних новонароджених з меконіальним забрудненням навколоплідних вод: група інтубації та санації, група очікувальної тактики. Не було виявлено достовірної різниці між групами за частотою розвитку дихальної недостатності. Сучасні рекомендації не радять рутинну санацію рото-, носоглотки в пологах при меконіальному забрудненні навколоплідних вод (I A). Не рекомендується рутинна інтубація та санація дітей з добрими дихальними зусиллями, м'язевим тонусом, ЧСС більше 100 за хвилину (I A).

Щодо волюмокорекції, фізрозчин має переваги для відновлення ОЦК, тому що краще затримує рідину в організмі в перші 48 годин. Використання колоїдів збільшує тривалість залежності від кисню. Використання альбуміну збільшує смертність у групі критичних хворих з опіками, гіповолемією, гіпоальбумінемією. Оскільки немає даних, що доводять ефективність ендотрахеального введення адреналіну, рекомендується швидко налагодити венозний доступ та вводити адреналін внутрішньовенно. Рекомендована доза 0,01-0,03 мг/кг, використання дози 0,1 мг/кг призводить до гіпертензії, зменшення серцевого викиду, негативних неврологічних наслідків.

Киснева підтримка: в різних закладах, країнах використовують різні концентрації кисню. Результати 40 центрів з 19 країн показали: 50% центрів використовують перемінні концентрації кисню, 50% - рутинно використовують 100% концентрацію кисню (O'Donnell et al., 2004). Потенціальні позитивні ефекти 100% кисню: церебральна мікроциркуляція швидше відновлюється на 100% кисні, порівняно з повітрям (показано на тваринах). Більш висока мозкова активність визначена після церебральної ішемії через 20 хвилин після реанімації 100% киснем. Сприяє дилатації судин легень при персистуючій легеневій гіпертензії. Негативні ефекти 100% кисню - констрикція мозкових артерій та артерій сітківки, утворення вільних радикалів кисню, гальмування становлення самостійного дихання, збільшена потреба в кисні збільшує роботу дихання та швидкість метаболізму (Mortola et al., 1992). При аналізі систематизованого огляду та метааналізу з використання 100% кисню та повітря встановили, що не має суттєвої різниці за результатами неврологічних ускладнень у віці 18-24 місяців (Davis et al., 2004).

Вентиляційна підтримка: мінімальний рівень смертності, неврологічних ускладнень спостерігається в групі, яким проводилась СРАР-терапія в порівнянні з дітьми, яким проводилась інтубація трахеї (IMV) (Aley et al., 2005).

Висновки: попередження втрат тепла з використанням пластикових пакетів є ефективним, але потребує удосконалення. Вентиляція повітрям є достатньо ефективною, як киснем, але не може бути рекомендованою всім новонародженим дітям. Найбільш спірне питання - вентиляційна підтримка - потребує удосконалення та покращення якості існуючих апаратів для вентиляції. Рішення для раннього назального СРАР чи інтубації приймається індивідуально для пацієнта. Успіх ведення новонароджених на НСРАР залежить від гестаційного віку та досвіду.

**УДК: 616.6-018.2-007**

## **СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ЯКИМ В РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ПРОВОДИЛАСЬ ШТУЧНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЛЕГЕНЬ**

**Рубіна О. С., Добіжа М. В., Берцун К. Т., Антоненко Т. І., Неживенко Т. П., Гомон Р. О., Сушицька Т. П., Гузовата О. М.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницький неонатальний центр (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Від своєчасності й якості проведення реанімаційних заходів в пологовому залі значною мірою залежить результат ранньої постнатальної адаптації новонародженої дитини. Це впливає не лише на виживання немовлят у перші дні життя, але й на їхній подальший розвиток і показники здоров'я в наступні вікові періоди.

Метою дослідження є вивчення стану здоров'я дітей, яким в неонатальному періоді проводилась ШВЛ та визначення взаємозв'язку між тривалістю ШВЛ та подальшим станом здоров'я дітей і частотою їх звернень за медичною допомогою. Досліджувалась група дітей (50 дітей), які перебували у відділенні інтенсивної терапії та реанімації новонароджених Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні за період з січня по червень 2008 року, яким у неонатальному періоді проводилась штучна вентиляція легень за допомогою різних апаратів ШВЛ.

Контрольною була група дітей (50 дітей), яким не застосовувалась респіраторна підтримка. Вся досліджувана група дітей була поділена за терміном гестаційного віку на: доношених (в цю групу увійшло 14 дітей); недоношених (цю групу склали 36 дітей); за масою: діти з малою масою тіла (19 дітей); діти з дуже малою масою тіла (14 дітей); діти з екстремально малою масою тіла (6 дітей).

В ході дослідження з'ясувалось, що всі діти народжені жінками з обтяженим акушерським анамнезом (100%). А саме від вагітностей, що перебігали із: загрозою переривання (14 дітей - 28%), гестозами (18 дітей - 36%), анемією (8 дітей - 16%), фетоплацентарною недостатністю (5 дітей - 10%), на фоні гострої вірусної інфекції (5 дітей - 10%). Також з'ясувалося, що 46% дітей народжені від ускладнених пологів, серед причин яких домінують: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти; вторинна слабкість пологової діяльності; 14% досліджуваних дітей народилися шляхом кесарського розтину; 39% дітей народжені у важкій асфіксії, 6% досліджуваних народилися з вродженою внутрішньоутробною інфекцією. Серед причин, які обумовили необхідність призначення ШВЛ у доношених дітей переважали: важка асфіксія; аспіраційна і вроджена пневмонія, ускладнена супутньою неврологічною патологією (гіпоксично-ішемічне ушкодження ЦНС, внутрішньошлуночкові крововиливи, набряк головного мозку). Для недоношених дітей основною причиною був респіраторний дистрес синдром. В ході дослідження оцінювались наступні показники: тривалість перебування на ШВЛ; тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії; частота звернень за медичною допомогою на 1, 3, 6 місяцях життя; причини звернення за медичною допомогою. В першій групі дітей (доношені діти) загальна тривалість перебування на ШВЛ склала  $5,2 \pm 2,3$  дні. Перебування на ШВЛ дітей з другої групи (недоношені діти) залежала від маси тіла при народженні: діти з малою масою тіла -  $7,6 \pm 2,6$  дні; діти з дуже малою масою тіла -  $9,2 \pm 2,2$  дні; діти з екстремально малою масою тіла -  $12,3 \pm 3,2$  днів. Тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії у дітей першої групи в середньому склала  $7,2 \pm 2,3$  днів. Для дітей з другої групи -  $9,3 \pm 3,1$  дні. На 1 місяці життя в кабінеті катамнезу було зареєстровано 38 звернень (76%) з досліджуваної групи дітей. З контрольної групи дітей в кабінеті катамнезу зареєстровано 15 звернень (30%). Причинами звернення дітей з контрольної групи стали: ГРВІ (12 випадків), atopічний дерматит (3). Причини звернення за медичною допомогою серед дітей з досліджуваної групи залежали від тривалості ШВЛ в неонатальному періоді. Серед доношених дітей, у яких тривалість ШВЛ становила  $5,2 \pm 2,3$  днів переважали такі захворювання: ГРВІ (8 випадків); гіпоксичне пошкодження ЦНС: синдром рухових розладів (1 звернення); синдром гіперзбудливості (2 звернення). Загальна кількість звернень - 11. У недоношених, де ШВЛ тривала в середньому  $12,4 \pm 5,2$  днів домінували такі патології: бронхо-легеневі захворювання з супутнім обструктивним синдромом (12 звернень); гіпоксичне пошкодження ЦНС: синдром рухових розладів спостерігався у 8 дітей; синдром гіперзбудливості став причиною звернення у 7 дітей. Загальна кількість звернень - 27(54%). На 3 місяці у контрольній групі зареєстровано 21 звернення за медичною допомогою. Причинами стали: ГРВІ (15 звернень); затримка фізичного розвитку (2 випадки); пневмонія (2 випадки); рахіт (2 звернення). У доношених дітей, де тривалість ШВЛ становила  $5,2 \pm 2,3$  днів домінували: гострий простий бронхіт (5 випадків); пневмонія (2 звернення); обструктивний бронхіт (3 випадки); рахіт (1 звернення); затримка фізичного розвитку (3 звернення). Загальна кількість - 14 дітей (28%). У дітей, що перебували на ШВЛ  $12,4 \pm 5,2$  днів переважали: стенозуючий ларинготрахеїт (2 випадки); гострий обструктивний бронхіт (5 випадків); гострий простий бронхіт (3 випадки); пневмонії (3 випадки); затримка фізичного розвитку (3 випадки). Загальна кількість звернень - 16(32%).

Оцінюючи рівень захворюваності в досліджуваній групі, виявилось, що вона становить 19,3%, що на 10,1% вищий порівняно із контрольною групою (9,15%).

Висновок: основними причинами звернення дітей з досліджуваної групи в усіх вікових періодах є: бронхо-легеневі захворювання з бронхообструктивним синдромом - 42,5%; ураження нервової системи - 25,5%; затримка фізичного розвитку - 9,3%; ГРВІ, ускладнені стенозуючим ларингітом - 22,7%.

**УДК:** 615.03:616-053.3:616.34-008.314.4

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ HUMANA-ЕЛЕКТРОЛІТ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

**Саврун Т.І., Пахнюща Н.М., Однорогова Г.Г., Сауленко Т.О.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Функціональна діарея згідно з Римськими критеріями III (2006) входить у групу функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГІР) у дітей раннього віку - група G5. До ФГІР входять стани (функціональна діарея, циклічне блювання, функціональний закреп, кишкові кольки та ін.), при яких відсутні будь-які морфологічні, генетичні, метаболічні та інші зміни, які могли б пояснити наявні клінічні симптоми. ФГІР займають одне з провідних місць у структурі патології травної системи у дітей. Згідно з даними літератури на їх частку припадає близько 90%



Контрольною була група дітей (50 дітей), яким не застосовувалась респіраторна підтримка. Вся досліджувана група дітей була поділена за терміном гестаційного віку на: доношених (в цю групу увійшло 14 дітей); недоношених (цю групу склали 36 дітей); за масою: діти з малою масою тіла (19 дітей); діти з дуже малою масою тіла (14 дітей); діти з екстремально малою масою тіла (6 дітей).

В ході дослідження з'ясувалось, що всі діти народжені жінками з обтяженим акушерським анамнезом (100%). А саме від вагітностей, що перебігали із: загрозою переривання (14 дітей - 28%), гестозами (18 дітей - 36%), анемією (8 дітей - 16%), фетоплацентарною недостатністю (5 дітей - 10%), на фоні гострої вірусної інфекції (5 дітей - 10%). Також з'ясувалося, що 46% дітей народжені від ускладнених пологів, серед причин яких домінують: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти; вторинна слабкість пологової діяльності; 14% досліджуваних дітей народилися шляхом кесарського розтину; 39% дітей народжені у важкій асфіксії, 6% досліджуваних народилися з вродженою внутрішньоутробною інфекцією. Серед причин, які обумовили необхідність призначення ШВЛ у доношених дітей переважали: важка асфіксія; аспіраційна і вроджена пневмонія, ускладнена супутньою неврологічною патологією (гіпоксично-ішемічне ушкодження ЦНС, внутрішньошлуночкові крововиливи, набряк головного мозку). Для недоношених дітей основною причиною був респіраторний дистрес синдром. В ході дослідження оцінювались наступні показники: тривалість перебування на ШВЛ; тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії; частота звернень за медичною допомогою на 1, 3, 6 місяцях життя; причини звернення за медичною допомогою. В першій групі дітей (доношені діти) загальна тривалість перебування на ШВЛ склала  $5,2 \pm 2,3$  дні. Перебування на ШВЛ дітей з другої групи (недоношені діти) залежала від маси тіла при народженні: діти з малою масою тіла -  $7,6 \pm 2,6$  дні; діти з дуже малою масою тіла -  $9,2 \pm 2,2$  дні; діти з екстремально малою масою тіла -  $12,3 \pm 3,2$  днів. Тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії у дітей першої групи в середньому склала  $7,2 \pm 2,3$  днів. Для дітей з другої групи -  $9,3 \pm 3,1$  дні. На 1 місяці життя в кабінеті катамнезу було зареєстровано 38 звернень (76%) з досліджуваної групи дітей. З контрольної групи дітей в кабінеті катамнезу зареєстровано 15 звернень (30%). Причинами звернення дітей з контрольної групи стали: ГРВІ (12 випадків), atopічний дерматит (3). Причини звернення за медичною допомогою серед дітей з досліджуваної групи залежали від тривалості ШВЛ в неонатальному періоді. Серед доношених дітей, у яких тривалість ШВЛ становила  $5,2 \pm 2,3$  днів переважали такі захворювання: ГРВІ (8 випадків); гіпоксичне пошкодження ЦНС: синдром рухових розладів (1 звернення); синдром гіперзбудливості (2 звернення). Загальна кількість звернень - 11. У недоношених, де ШВЛ тривала в середньому  $12,4 \pm 5,2$  днів домінували такі патології: бронхо-легеневі захворювання з супутнім обструктивним синдромом (12 звернень); гіпоксичне пошкодження ЦНС: синдром рухових розладів спостерігався у 8 дітей; синдром гіперзбудливості став причиною звернення у 7 дітей. Загальна кількість звернень - 27(54%). На 3 місяці у контрольній групі зареєстровано 21 звернення за медичною допомогою. Причинами стали: ГРВІ (15 звернень); затримка фізичного розвитку (2 випадки); пневмонія (2 випадки); рахіт (2 звернення). У доношених дітей, де тривалість ШВЛ становила  $5,2 \pm 2,3$  днів домінували: гострий простий бронхіт (5 випадків); пневмонія (2 звернення); обструктивний бронхіт (3 випадки); рахіт (1 звернення); затримка фізичного розвитку (3 звернення). Загальна кількість - 14 дітей (28%). У дітей, що перебували на ШВЛ  $12,4 \pm 5,2$  днів переважали: стенозуючий ларинготрахеїт (2 випадки); гострий обструктивний бронхіт (5 випадків); гострий простий бронхіт (3 випадки); пневмонії (3 випадки); затримка фізичного розвитку (3 випадки). Загальна кількість звернень - 16(32%).

Оцінюючи рівень захворюваності в досліджуваній групі, виявилось, що вона становить 19,3%, що на 10,1% вищий порівняно із контрольною групою (9,15%).

Висновок: основними причинами звернення дітей з досліджуваної групи в усіх вікових періодах є: бронхо-легеневі захворювання з бронхообструктивним синдромом - 42,5%; ураження нервової системи - 25,5%; затримка фізичного розвитку - 9,3%; ГРВІ, ускладнені стенозуючим ларингітом - 22,7%.

**УДК:** 615.03:616-053.3:616.34-008.314.4

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ HUMANA-ЕЛЕКТРОЛІТ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

**Саврун Т.І., Пахнюща Н.М., Однорогова Г.Г., Сауленко Т.О.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

Функціональна діарея згідно з Римськими критеріями III (2006) входить у групу функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГІР) у дітей раннього віку - група G5. До ФГІР входять стани (функціональна діарея, циклічне блювання, функціональний закреп, кишкові кольки та ін.), при яких відсутні будь-які морфологічні, генетичні, метаболічні та інші зміни, які могли б пояснити наявні клінічні симптоми. ФГІР займають одне з провідних місць у структурі патології травної системи у дітей. Згідно з даними літератури на їх частку припадає близько 90%

випадків, органічні порушення зустрічаються лише у 5-10% дітей.

Функціональна діарея (Functional Diarrhea) - найбільш частий функціональний розлад травлення у дітей першого року життя, який потребує серйозної уваги зі сторони педіатрів та лікарів загальної практики, оскільки не своєчасне лікування може призвести до втрати води і електролітів і як наслідок - зневоднення організму.

Сучасним ефективним і доступним засобом патогенетичної терапії при даному стані є оральна регідратація за допомогою препарату Нумана-Електроліт. Нумана-Електроліт - це збалансована суміш легкозасвоюваних високоенергетичних вуглеводів і мінеральних речовин у вигляді порошку, який легко розчиняється у воді. Спеціально розроблена формула суміші відповідає всім вимогам ВООЗ і ESPGAN. Суміш відновлює втрати води і електролітів. Мальтодекстрин, який входить у склад суміші, сприяє росту біфідо- і лактобakterій, а цитрат швидко перетворюється у бікарбонат і попереджує розвиток ацидозу.

Ми застосовували Нумана-Електроліт у комплексному лікуванні функціональної діареї у 35 дітей першого року життя. Позитивний ефект у вигляді припинення зривування і блювання, нормалізації стулу відмічений на 2-3 добу у 95% дітей і у 100% - на 3-4 добу.

Висновок: аналіз результатів дослідження показав, що препарат Нумана-Електроліт є високоефективним сучасним засобом оральної регідратації, раннє і правильне призначення якого підвищує ефективність лікування дітей з функціональною діареєю.

**УДК: 616.127-053.2-036**

## **ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ**

**Сенаторова А.С., Приходько В.С., Сергиенко Е.В., Какабадзе Х.Н.**

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 64022)

Обследовано 380 больных с патологией миокарда, установленной в раннем возрасте. По данным медицинской документации (в дебюте заболевания) всем детям были установлены следующие диагнозы: дилатационная кардиомиопатия (ДКМП); фиброэластоз эндомиокарда (ФЭ); неревматический миокардит (НРМ); вторичная кардиомиопатия (ВтКМП). Срок катamnестического наблюдения - от 1 года до 20 лет. Отдельную группу составили дети с нарушением сердечного ритма (НРС).

В катamnезе, в группе детей с первичным диагнозом ФЭ обследовано 5 человек. Летальный исход наступил у 100% пациентов. У детей с ДКМП диагноз был пересмотрен у 50% больных в пользу хронического миокардита. Из 22 детей, которым в раннем возрасте был установлен НРМ, в катamnезе наблюдались 19 больных. Летальный исход наблюдался у 2 детей раннего возраста, диагноз клинический совпал с патологоанатомическим. У 17 детей этой группы диагноз остался прежним.

Из 176 детей с ВтКМП полное выздоровление наступило у 70,5% детей с гипоксической кардиомиопатией. Медленное восстановление функций сердца было зарегистрировано у 85,2% детей с дисметаболической ВтКМП. Более быстрая динамика восстановления наблюдалась у детей, которые перенесли инфекционно-токсическую ВтКМП.

В группе больных с идиопатическими НРС у 30,1% обследованных вне зависимости от вида и длительности аритмии выявлены биомаркеры повреждения миокарда.

**УДК: 616.674-085.7-08-067.2-045.7**

## **ТАКТИКА АНТИБИОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ІНВАЗИВНИХ ФОРМАХ МЕНІНГОКОКОВОЇ ТА ПНЕВМОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ**

**Шостакович-Корецька Л.Р., Дудаєва І.В., Якуніна О.М., Тимофєєва Л.В., Чумак В.І., Полинко В.М.**

Кафедра інфекційних хвороб Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49100), КЗ міської клінічної лікарні №21 ім. проф. Є.Г.Попкової (вул. Канатна, 17, м. Дніпропетровськ, 49006)

Метою дослідження явилось визначення критеріїв вибору емпіричної антибіотикотерапії (АБП) при інвазивних формах менінгококової та пневмококової інфекцій.

Впродовж двох років в клініку надійшло 62 хворих, яким на підставі наявності геморагічно-некротичної висипки був встановлений первісний діагноз менінгококової інфекції. При бактеріологічному дослідженні у 34% хворих був виділений менінгокок, у 17% хворих - пневмокок, у решти хворих етіологію захворювання встановити не вдалося. У всіх хворих мікроорганізми були виділені з стерильних середовищ.

Будь-яких особливостей клінічного перебігу інфекцій в залежності від етіології не визначалось: спостері-

випадків, органічні порушення зустрічаються лише у 5-10% дітей.

Функціональна діарея (Functional Diarrhea) - найбільш частий функціональний розлад травлення у дітей першого року життя, який потребує серйозної уваги зі сторони педіатрів та лікарів загальної практики, оскільки не своєчасне лікування може призвести до втрати води і електролітів і як наслідок - зневоднення організму.

Сучасним ефективним і доступним засобом патогенетичної терапії при даному стані є оральна регідратація за допомогою препарату Нумана-Електроліт. Нумана-Електроліт - це збалансована суміш легкозасвоюваних високоенергетичних вуглеводів і мінеральних речовин у вигляді порошку, який легко розчиняється у воді. Спеціально розроблена формула суміші відповідає всім вимогам ВООЗ і ESPGAN. Суміш відновлює втрати води і електролітів. Мальтодекстрин, який входить у склад суміші, сприяє росту біфідо- і лактобakterій, а цитрат швидко перетворюється у бікарбонат і попереджує розвиток ацидозу.

Ми застосовували Нумана-Електроліт у комплексному лікуванні функціональної діареї у 35 дітей першого року життя. Позитивний ефект у вигляді припинення зригування і блювання, нормалізації стулу відмічений на 2-3 добу у 95% дітей і у 100% - на 3-4 добу.

Висновок: аналіз результатів дослідження показав, що препарат Нумана-Електроліт є високоефективним сучасним засобом оральної регідратації, раннє і правильне призначення якого підвищує ефективність лікування дітей з функціональною діареєю.

**УДК: 616.127-053.2-036**

## **ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ**

**Сенаторова А.С., Приходько В.С., Сергиенко Е.В., Какабадзе Х.Н.**

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 64022)

Обследовано 380 больных с патологией миокарда, установленной в раннем возрасте. По данным медицинской документации (в дебюте заболевания) всем детям были установлены следующие диагнозы: дилатационная кардиомиопатия (ДКМП); фиброэластоз эндомиокарда (ФЭ); неревматический миокардит (НРМ); вторичная кардиомиопатия (ВтКМП). Срок катamnестического наблюдения - от 1 года до 20 лет. Отдельную группу составили дети с нарушением сердечного ритма (НРС).

В катamnезе, в группе детей с первичным диагнозом ФЭ обследовано 5 человек. Летальный исход наступил у 100% пациентов. У детей с ДКМП диагноз был пересмотрен у 50% больных в пользу хронического миокардита. Из 22 детей, которым в раннем возрасте был установлен НРМ, в катamnезе наблюдались 19 больных. Летальный исход наблюдался у 2 детей раннего возраста, диагноз клинический совпал с патологоанатомическим. У 17 детей этой группы диагноз остался прежним.

Из 176 детей с ВтКМП полное выздоровление наступило у 70,5% детей с гипоксической кардиомиопатией. Медленное восстановление функций сердца было зарегистрировано у 85,2% детей с дисметаболической ВтКМП. Более быстрая динамика восстановления наблюдалась у детей, которые перенесли инфекционно-токсическую ВтКМП.

В группе больных с идиопатическими НРС у 30,1% обследованных вне зависимости от вида и длительности аритмии выявлены биомаркеры повреждения миокарда.

**УДК: 616.674-085.7-08-067.2-045.7**

## **ТАКТИКА АНТИБИОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ІНВАЗИВНИХ ФОРМАХ МЕНІНГОКОКОВОЇ ТА ПНЕВМОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ**

**Шостакович-Корецька Л.Р., Дудаєва І.В., Якуніна О.М., Тимофєєва Л.В., Чумак В.І., Полинко В.М.**

Кафедра інфекційних хвороб Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49100), КЗ міської клінічної лікарні №21 ім. проф. Є.Г.Попкової (вул. Канатна, 17, м. Дніпропетровськ, 49006)

Метою дослідження явилось визначення критеріїв вибору емпіричної антибіотикотерапії (АБП) при інвазивних формах менінгококової та пневмококової інфекцій.

Впродовж двох років в клініку надійшло 62 хворих, яким на підставі наявності геморагічно-некротичної висипки був встановлений первісний діагноз менінгококової інфекції. При бактеріологічному дослідженні у 34% хворих був виділений менінгокок, у 17% хворих - пневмокок, у решти хворих етіологію захворювання встановити не вдалося. У всіх хворих мікроорганізми були виділені з стерильних середовищ.

Будь-яких особливостей клінічного перебігу інфекцій в залежності від етіології не визначалось: спостері-

випадків, органічні порушення зустрічаються лише у 5-10% дітей.

Функціональна діарея (Functional Diarrhea) - найбільш частий функціональний розлад травлення у дітей першого року життя, який потребує серйозної уваги зі сторони педіатрів та лікарів загальної практики, оскільки не своєчасне лікування може призвести до втрати води і електролітів і як наслідок - зневоднення організму.

Сучасним ефективним і доступним засобом патогенетичної терапії при даному стані є оральна регідратація за допомогою препарату Нумана-Електроліт. Нумана-Електроліт - це збалансована суміш легкозасвоюваних високоенергетичних вуглеводів і мінеральних речовин у вигляді порошку, який легко розчиняється у воді. Спеціально розроблена формула суміші відповідає всім вимогам ВООЗ і ESPGAN. Суміш відновлює втрати води і електролітів. Мальтодекстрин, який входить у склад суміші, сприяє росту біфідо- і лактобактерій, а цитрат швидко перетворюється у бікарбонат і попереджує розвиток ацидозу.

Ми застосовували Нумана-Електроліт у комплексному лікуванні функціональної діареї у 35 дітей першого року життя. Позитивний ефект у вигляді припинення зригування і блювання, нормалізації стулу відмічений на 2-3 добу у 95% дітей і у 100% - на 3-4 добу.

Висновок: аналіз результатів дослідження показав, що препарат Нумана-Електроліт є високоефективним сучасним засобом оральної регідратації, раннє і правильне призначення якого підвищує ефективність лікування дітей з функціональною діареєю.

**УДК: 616.127-053.2-036**

## **ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ**

**Сенаторова А.С., Приходько В.С., Сергиенко Е.В., Какабадзе Х.Н.**

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии Харьковского национального медицинского университета (пр. Ленина, 4, г. Харьков, Украина, 64022)

Обследовано 380 больных с патологией миокарда, установленной в раннем возрасте. По данным медицинской документации (в дебюте заболевания) всем детям были установлены следующие диагнозы: дилатационная кардиомиопатия (ДКМП); фиброэластоз эндомиокарда (ФЭ); неревматический миокардит (НРМ); вторичная кардиомиопатия (ВтКМП). Срок катamnестического наблюдения - от 1 года до 20 лет. Отдельную группу составили дети с нарушением сердечного ритма (НРС).

В катamnезе, в группе детей с первичным диагнозом ФЭ обследовано 5 человек. Летальный исход наступил у 100% пациентов. У детей с ДКМП диагноз был пересмотрен у 50% больных в пользу хронического миокардита. Из 22 детей, которым в раннем возрасте был установлен НРМ, в катamnезе наблюдались 19 больных. Летальный исход наблюдался у 2 детей раннего возраста, диагноз клинический совпал с патологоанатомическим. У 17 детей этой группы диагноз остался прежним.

Из 176 детей с ВтКМП полное выздоровление наступило у 70,5% детей с гипоксической кардиомиопатией. Медленное восстановление функций сердца было зарегистрировано у 85,2% детей с дисметаболической ВтКМП. Более быстрая динамика восстановления наблюдалась у детей, которые перенесли инфекционно-токсическую ВтКМП.

В группе больных с идиопатическими НРС у 30,1% обследованных вне зависимости от вида и длительности аритмии выявлены биомаркеры повреждения миокарда.

**УДК: 616.674-085.7-08-067.2-045.7**

## **ТАКТИКА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ІНВАЗИВНИХ ФОРМАХ МЕНІНГОКОКОВОЇ ТА ПНЕВМОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ**

**Шостакович-Корецька Л.Р., Дудаєва І.В., Якуніна О.М., Тимофєєва Л.В., Чумак В.І., Полинко В.М.**

Кафедра інфекційних хвороб Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49100), КЗ міської клінічної лікарні №21 ім. проф. Є.Г.Попкової (вул. Канатна, 17, м. Дніпропетровськ, 49006)

Метою дослідження явилось визначення критеріїв вибору емпіричної антибіотикотерапії (АБП) при інвазивних формах менінгококової та пневмококової інфекцій.

Впродовж двох років в клініку надійшло 62 хворих, яким на підставі наявності геморагічно-некротичної висипки був встановлений первісний діагноз менінгококової інфекції. При бактеріологічному дослідженні у 34% хворих був виділений менінгокок, у 17% хворих - пневмокок, у решти хворих етіологію захворювання встановити не вдалося. У всіх хворих мікроорганізми були виділені з стерильних середовищ.

Будь-яких особливостей клінічного перебігу інфекцій в залежності від етіології не визначалось: спостері-

гався гострий або раптовий початок, відбита інтоксикація з гіпертермією та ознаками септичного шоку, геморагічно-некротична висипка на кінцівках та тулобі, у 27% хворих спостерігався гнійний менінгіт.

Отже спільність клінічних ознак цих захворювань не дозволяє при первісному клінічному обстеженні провести аргументовану диференційну діагностику менінгококової та пневмококової інфекцій з метою диференційного вибору АБТ. Саме цей факт зумовлює необхідність вибору антибіотика, ефективного для будь-якої з них.

Найбільш "традиційними" антибіотиками в практичній діяльності при лікуванні вказаних інфекцій є бензілпеніцилін-натрію та левоміцетина-сукцинат (хлорамфенікол), які призначаються відразу при надходженні хворих до лікарні. Проте проведений аналіз антибіотикограми у наших хворих виявив низьку чутливість менінгококка (10%) і абсолютну резистентність пневмококка до вказаних антибіотиків. Висока чутливість пневмокока і менінгококка спостерігалася до цефтріаксону (78%).

Висновки: спільність клінічних симптомів інвазивних форм менінгококової та пневмококової інфекцій є аргументом для єдиної тактики щодо вибору емпіричної антибіотикотерапії: рекомендовано емпіричну антибіотикотерапію при інвазивних формах менінгококової та пневмококкової інфекцій починати з застосування цефтріаксону.

**УДК:** 616.914-035.7-08-053.2-053.8

## **АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ**

*Шостакович-Корецкая Л.Р., Маврутенков В.В., Тимофеева Л.В., Чертова И.М., Матвеева И.Н., Ткаченко В.Д., Ахундова Ю.К., Якимова С.В., Ульянова И.Ю., Гавриленко Л.Н., Данилина О.С., Таран С.В., Польшко В.С., Сафронкова О.Ф.*

Кафедра инфекционных болезней Днепропетровской государственной медицинской академии (ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49100), КЗ городская клиническая больница №21 им. проф. Е.Г.Попковой (ул. Канатная, 17, г. Днепропетровск, Украина, 49006)

Ветряная оспа (ВО), являющаяся типичным вариантом первичной герпес-зостерной инфекции (ГЗИ), остается в Украине одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний. В связи с чем, знание о методах диагностики, лечения и профилактики ВО, как для врачей общей практики, так и "узких" специалистов является необходимым условием для оказания квалифицированной помощи.

Цель работы: улучшить качество диагностики и лечения ВО, основываясь на анализе госпитальных случаев данной инфекции за эпидемический период 2006-2008 гг.

Исследования проводились в форме ретроспективного анализа историй болезней пациентов, находившихся на лечении с 2006 по 2008 гг. в инфекционном стационаре ГКБ №21 им. проф. Е.Г.Попковой в связи с заболеванием ВО (табл. 1). Диагноз ВО устанавливался только на основании клинико-эпидемиологического анамнеза и результатов общеклинических лабораторных анализов. Специфических серологических или молекулярно-биологических исследований для верификации острой ГЗИ не проводилось.

Существенных различий в гендерном составе пациентов, поступивших на стационарное лечение по поводу ВО за указанный период наблюдений не обнаружено.

Как видно из таблицы 1, среди госпитализированных больных преобладали пациенты в возрасте старше 18 лет, данный факт свидетельствует, что ВО в зрелом возрасте представляется серьезным заболеванием. При этом доминирующим показателем к стационарному лечению являлись клинические предпосылки, на что указывает структура госпитальных форм ВО, где преобладали среднетяжелые формы, которые в совокупности с тяжелыми случаями болезни составляли более 70% (табл. 2). Вместе с тем, у детей в этом плане имелось отличие, т.к. весомую долю в показаниях к госпитализации занимали эпидемические и социально-бытовые факторы. В

**Таблица 1.** Возрастной контингент и количество пациентов, госпитализированных в связи с заболеванием ВО за период с 2006 по 2008 гг.

Возрастные контингенты пациентов	2006	2007	2008
	n (%)	n (%)	n (%)
Общее количество госпитализированных больных с ВО	89	103	91
Лица старше 18 лет	48 (53,9%)	61 (59,2%)	53 (58,2%)
Дети, общее количество	41 (46,1%)	42 (40,8%)	38 (41,7%)
Дети младше 12 месяцев*	2 (4,9%)	1 (2,4%)	1 (1,1%)

**Примечание.** \* - расчет от общего числа госпитализированных больных с ВО.

структуре осложнений ВО гнойно-септические поражения (фолликулиты, целлюлиты, пневмонии, рожистое воспаление) встречались с одинаковой частотой как у взрослых, так и среди детей. Поражения нервной системы при ВО регистрировался только у детей первых трех лет жизни в форме церебеллита. Во всех случаях осложненного течения ВО болезнь закончилась благополучно. Отличительной чертой как среди взрослых, так и у детей, направленных на госпитализацию являлось позднее поступление в стационар. Так, 68% пациентов поступали в

гався гострий або раптовий початок, відбита інтоксикація з гіпертермією та ознаками септичного шоку, геморагічно-некротична висипка на кінцівках та тулобі, у 27% хворих спостерігався гнійний менінгіт.

Отже спільність клінічних ознак цих захворювань не дозволяє при первісному клінічному обстеженні провести аргументовану диференційну діагностику менінгококової та пневмококової інфекцій з метою диференційного вибору АБТ. Саме цей факт зумовлює необхідність вибору антибіотика, ефективного для будь-якої з них.

Найбільш "традиційними" антибіотиками в практичній діяльності при лікуванні вказаних інфекцій є бензілпеніцилін-натрію та левоміцетина-сукцинат (хлорамфенікол), які призначаються відразу при надходженні хворих до лікарні. Проте проведений аналіз антибіотикограми у наших хворих виявив низьку чутливість менінгококка (10%) і абсолютну резистентність пневмококка до вказаних антибіотиків. Висока чутливість пневмокока і менінгококка спостерігалася до цефтріаксону (78%).

Висновки: спільність клінічних симптомів інвазивних форм менінгококової та пневмококової інфекцій є аргументом для єдиної тактики щодо вибору емпіричної антибіотикотерапії: рекомендовано емпіричну антибіотикотерапію при інвазивних формах менінгококової та пневмококової інфекцій починати з застосування цефтріаксону.

**УДК:** 616.914-035.7-08-053.2-053.8

## **АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ**

*Шостакович-Корецкая Л.Р., Маврутенков В.В., Тимофеева Л.В., Чертова И.М., Матвеева И.Н., Ткаченко В.Д., Ахундова Ю.К., Якимова С.В., Ульянова И.Ю., Гавриленко Л.Н., Данилина О.С., Таран С.В., Польшко В.С., Сафронкова О.Ф.*

Кафедра инфекционных болезней Днепропетровской государственной медицинской академии (ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49100), КЗ городская клиническая больница №21 им. проф. Е.Г.Попковой (ул. Канатная, 17, г. Днепропетровск, Украина, 49006)

Ветряная оспа (ВО), являющаяся типичным вариантом первичной герпес-зостерной инфекции (ГЗИ), остается в Украине одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний. В связи с чем, знание о методах диагностики, лечения и профилактики ВО, как для врачей общей практики, так и "узких" специалистов является необходимым условием для оказания квалифицированной помощи.

Цель работы: улучшить качество диагностики и лечения ВО, основываясь на анализе госпитальных случаев данной инфекции за эпидемический период 2006-2008 гг.

Исследования проводились в форме ретроспективного анализа историй болезней пациентов, находившихся на лечении с 2006 по 2008 гг. в инфекционном стационаре ГКБ №21 им. проф. Е.Г.Попковой в связи с заболеванием ВО (табл. 1). Диагноз ВО устанавливался только на основании клинико-эпидемиологического анамнеза и результатов общеклинических лабораторных анализов. Специфических серологических или молекулярно-биологических исследований для верификации острой ГЗИ не проводилось.

Существенных различий в гендерном составе пациентов, поступивших на стационарное лечение по поводу ВО за указанный период наблюдений не обнаружено.

Как видно из таблицы 1, среди госпитализированных больных преобладали пациенты в возрасте старше 18 лет, данный факт свидетельствует, что ВО в зрелом возрасте представляется серьезным заболеванием. При этом доминирующим показателем к стационарному лечению являлись клинические предпосылки, на что указывает структура госпитальных форм ВО, где преобладали среднетяжелые формы, которые в совокупности с тяжелыми случаями болезни составляли более 70% (табл. 2). Вместе с тем, у детей в этом плане имелось отличие, т.к. весомую долю в показаниях к госпитализации занимали эпидемические и социально-бытовые факторы. В

**Таблица 1.** Возрастной контингент и количество пациентов, госпитализированных в связи с заболеванием ВО за период с 2006 по 2008 гг.

Возрастные контингенты пациентов	2006	2007	2008
	n (%)	n (%)	n (%)
Общее количество госпитализированных больных с ВО	89	103	91
Лица старше 18 лет	48 (53,9%)	61 (59,2%)	53 (58,2%)
Дети, общее количество	41 (46,1%)	42 (40,8%)	38 (41,7%)
Дети младше 12 месяцев*	2 (4,9%)	1 (2,4%)	1 (1,1%)

**Примечание.** \* - расчет от общего числа госпитализированных больных с ВО.

структуре осложнений ВО гнойно-септические поражения (фолликулиты, целлюлиты, пневмонии, рожистое воспаление) встречались с одинаковой частотой как у взрослых, так и среди детей. Поражения нервной системы при ВО регистрировался только у детей первых трех лет жизни в форме церебеллита. Во всех случаях осложненного течения ВО болезнь закончилась благополучно. Отличительной чертой как среди взрослых, так и у детей, направленных на госпитализацию являлось позднее поступление в стационар. Так, 68% пациентов поступали в

**Таблиця 2.** Клиническая характеристика госпитальных случаев ВО за период с 2006 по 2008 гг.

Тяжесть ВО	2006	2007	2008
	n (%)	n (%)	n (%)
Легкая форма	25 (29%)	14 (12,7%)	12 (13,2%)
Среднетяжелая форма	53 (61,1%)	70 (63,6%)	78 (85,7%)
Тяжелая форма	8 (7,5%)	26 (23,6%)	1 (1,1%)
Летальные случаи	0	0	0

наличие у ребенка хронической соматической патологии, недавно перенесенные острые заболевания, проведенная накануне вакцинация. Тогда как у взрослых наиболее частой причиной запоздалой госпитализации являлось незнание того факта, что ВО в старшем возрасте является самостоятельным предикатом риска тяжелого течения заболевания даже у иммунокомпетентных лиц. Анализ структуры ошибок диагностики ВО выявил преобладание случаев гипердиагностики заболевания, когда фолликулит, контактный дерматит, инсектная или иная аллергия, а также диссеминированные формы вируса герпеса 1+2 типа у лиц с иммунодефицитом ошибочно расценивались как ГЗИ. При этом, случаи единичных ошибок, где вовремя была не распознана ВО, отмечались только на догоспитальном этапе в первые 24 часа от начала заболевания. В связи с чем следует внедрить в клиническую практику лабораторной верификации ГЗИ на основании определения противовирусных антител и ДНК вируса молекулярно-биологическими методами.

Основным принципом терапии ВО в условиях стационара являлось назначение этиотропной химиотерапии (ацикловира) вне зависимости от сроков заболевания при наличии угрожаемого течения болезни или осложнений, а также гомологичного иммуноглобулина для внутривенного введения. Кроме того, мы широко использовали антибактериальную химиотерапию исходя из того, что ВО является независимым фактором риска развития инвазивных бактериальных суперинфекций (прежде всего стафилококка). При этом мы полностью отказались от обработки кожи потенциально токсичными анилиновыми красителями, затрудняющими диагностику гнойно-септических осложнений, что не повлекло увеличение частоты дерматологических суперинфекций. Категорически запрещалось использование аспирина и нимесулида для борьбы с лихорадкой при ВО у детей до 14 лет.

Выводы: 1. Следует рассмотреть вопрос о внедрении в календарь обязательных прививок Украины вакцинации против ГЗИ. 2. Наладить выпуск отечественного противозостерного гомологичного иммуноглобулина, для оказания эффективной пассивной иммунопрофилактики лицам с наличием противопоказаний к герпес-зостерной вакцине. 3. Внедрить в практику здравоохранения серологических и молекулярно-биологических методов верификации ГЗИ.

**УДК: 616.34-008.314.4-053.2**

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ВІРУСНИХ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ**

**Сторожук І.В., Шаламай М.О.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Лікування ротовірусної інфекції у дітей молодшого віку залишається невирішеною проблемою та ґрунтується, в основному, на патогенетичному принципі на основі патофізіологічних уявлень про механізм виникнення діареї. Ротовірус є причиною важкого перебігу гастроентериту у дітей молодшого віку. Щорічно ротавірус викликає біля напівмільйона летальних випадків у дітей, молодших 5 років. Кожна друга дитина в США до п'ятирічного віку інфікується ротавірусом з проявами гастроентериту. Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності і дії на мікробіоценоз кишківника препарату "Гропринозін" у комплексній терапії ротавірусної інфекції у дітей молодшого віку. Визначена його клінічна висока ефективність у відношенні рото- та аденовірусів, однак у 28% випадків клінічний ефект був недостатньо вираженим за рахунок збереження дисбіотичних та функціональних порушень з боку шлунково-кишкового тракту, особливо при ротавірусно-бактеріальній міксінфекції. Під нашим спостереженням знаходилось 35 дітей з вірусною діареєю у віці від 6 місяців до 3-х років. Діти поступали у інфекційно-діагностичне відділення Вінницької обласної клінічної дитячої лікарні на 1-2 добу хвороби та отримували загально прийнятну базисну терапію (дієта, оральна регідратація, ферментні препарати та симптоматичні засоби). Позитивні результати були отримані при застосуванні у схемі лікування ротавірусної діареї у дітей молодшого віку, як засобу етіотропної терапії, противірусного препарату "Гропринозін". При аналізі динаміки зникнення основних клінічних симптомів встановлено, що при включенні у схему лікування "Гропринозину" симптоми інтоксикації та ексікозу у 78% хворих дітей зникали на 3-4 добу лікування. Значно швидше зникала лихоманка - на 3 добу у 62,3% дітей. Після десятиденного курсу лікування з включенням

**Таблиця 2.** Клиническая характеристика госпитальных случаев ВО за период с 2006 по 2008 гг.

Тяжесть ВО	2006	2007	2008
	n (%)	n (%)	n (%)
Легкая форма	25 (29%)	14 (12,7%)	12 (13,2%)
Среднетяжелая форма	53 (61,1%)	70 (63,6%)	78 (85,7%)
Тяжелая форма	8 (7,5%)	26 (23,6%)	1 (1,1%)
Летальные случаи	0	0	0

наличие у ребенка хронической соматической патологии, недавно перенесенные острые заболевания, проведенная накануне вакцинация. Тогда как у взрослых наиболее частой причиной запоздалой госпитализации являлось незнание того факта, что ВО в старшем возрасте является самостоятельным предиктором риска тяжелого течения заболевания даже у иммунокомпетентных лиц. Анализ структуры ошибок диагностики ВО выявил преобладание случаев гипердиагностики заболевания, когда фолликулит, контактный дерматит, инсектная или иная аллергия, а также диссеминированные формы вируса герпеса 1+2 типа у лиц с иммунодефицитом ошибочно расценивались как ГЗИ. При этом, случаи единичных ошибок, где вовремя была не распознана ВО, отмечались только на догоспитальном этапе в первые 24 часа от начала заболевания. В связи с чем следует внедрить в клиническую практику лабораторной верификации ГЗИ на основании определения противовирусных антител и ДНК вируса молекулярно-биологическими методами.

Основным принципом терапии ВО в условиях стационара являлось назначение этиотропной химиотерапии (ацикловира) вне зависимости от сроков заболевания при наличии угрожаемого течения болезни или осложнений, а также гомологичного иммуноглобулина для внутривенного введения. Кроме того, мы широко использовали антибактериальную химиотерапию исходя из того, что ВО является независимым фактором риска развития инвазивных бактериальных суперинфекций (прежде всего стафилококка). При этом мы полностью отказались от обработки кожи потенциально токсичными анилиновыми красителями, затрудняющими диагностику гнойно-септических осложнений, что не повлекло увеличение частоты дерматологических суперинфекций. Категорически запрещалось использование аспирина и нимесулида для борьбы с лихорадкой при ВО у детей до 14 лет.

Выводы: 1. Следует рассмотреть вопрос о внедрении в календарь обязательных прививок Украины вакцинации против ГЗИ. 2. Наладить выпуск отечественного противозостерного гомологичного иммуноглобулина, для оказания эффективной пассивной иммунопрофилактики лицам с наличием противопоказаний к герпес-зостерной вакцине. 3. Внедрить в практику здравоохранения серологических и молекулярно-биологических методов верификации ГЗИ.

**УДК: 616.34-008.314.4-053.2**

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ВІРУСНИХ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ**

**Сторожук І.В., Шаламай М.О.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Лікування ротовірусної інфекції у дітей молодшого віку залишається невирішеною проблемою та ґрунтується, в основному, на патогенетичному принципі на основі патофізіологічних уявлень про механізм виникнення діареї. Ротовірус є причиною важкого перебігу гастроентериту у дітей молодшого віку. Щорічно ротавірус викликає біля напівмільйона летальних випадків у дітей, молодших 5 років. Кожна друга дитина в США до п'ятирічного віку інфікується ротавірусом з проявами гастроентериту. Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності і дії на мікробіоценоз кишківника препарату "Гропринозін" у комплексній терапії ротавірусної інфекції у дітей молодшого віку. Визначена його клінічна висока ефективність у відношенні рото- та аденовірусів, однак у 28% випадків клінічний ефект був недостатньо вираженим за рахунок збереження дисбіотичних та функціональних порушень з боку шлунково-кишкового тракту, особливо при ротавірусно-бактеріальній міксінфекції. Під нашим спостереженням знаходилось 35 дітей з вірусною діареєю у віці від 6 місяців до 3-х років. Діти поступали у інфекційно-діагностичне відділення Вінницької обласної клінічної дитячої лікарні на 1-2 добу хвороби та отримували загально прийнятну базисну терапію (дієта, оральна регідратація, ферментні препарати та симптоматичні засоби). Позитивні результати були отримані при застосуванні у схемі лікування ротавірусної діареї у дітей молодшого віку, як засобу етіотропної терапії, противірусного препарату "Гропринозін". При аналізі динаміки зникнення основних клінічних симптомів встановлено, що при включенні у схему лікування "Гропринозину" симптоми інтоксикації та ексікозу у 78% хворих дітей зникали на 3-4 добу лікування. Значно швидше зникала лихоманка - на 3 добу у 62,3% дітей. Після десятиденного курсу лікування з включенням



"Гропринозину" наступало клінічне видужування дітей з нормалізацією частоти та характеру випорожнень.

Висновок: включення препарату "Гропринозин" у схему лікування ротовірусних діарей призводить до достовірного скорочення тривалості захворювання та сприяє нормалізації складу мікрофлори кишківнику.

**УДК:** 616-053.32-003.96:615.916'15

## **ПОКРАЩЕННЯ АДАПТАЦІЇ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ШЛЯХОМ КОРЕКЦІЇ РАЦІОНУ ЖІНОК-ГОДУВАЛЬНИЦЬ ЙОДОМ**

**Траверсе Г.М., Аллагі Аніс**

Кафедра педіатрії №1 з пропедевтичною педіатрією та неонатологією, ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" (вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36024)

В неонатальному періоді єдиним продуктом харчування дитини є материнське молоко. Мати-годувальниця, яка проживає в умовах навіть легкої нестачі йоду, і яка не одержує його додатково пропорційно зростаючої потреби, не здатна забезпечити цим мікроелементом свою дитину. Прямо чи опосередковано рівень вживання йоду визначає можливість дитини реалізувати генетичну програму інтелектуального і фізичного розвитку, забезпечити стійкість до факторів навколишнього середовища і хвороб.

Тому метою нашої роботи була оцінка впливу збагачення раціону матері йодом на адаптацію передчасно народжених дітей на першому місяці життя.

Під спостереженням були 53 жінки та їх передчасно народжені діти, які знаходились у відділенні патології новонароджених ДМКЛ м. Полтави. 32 жінки-годувальниці отримували "Йодомарин" у добовій дозі 200 мкг (згідно рекомендацій ВООЗ, 2001 р.) і склали основну групу дослідження. 21 мама (група порівняння) не приймали препарат йоду. Адаптаційні можливості новонароджених дітей оцінювались за добовим приростом маси тіла, динамікою вегето-вісцеральних порушень (зригання, здуття живота), клінічних аналізів крові (показників червоного ростка та лімфопоезу). Гестаційний вік у 10 дітей (18,8%) був меншим 32 тижнів, у 32 (60,3%) - 32-34 тижні, у 11 (20,7%) - 35-37 тижні. 45 (84,9%) немовлят народилися в асфіксії.

Аналіз лактограм у матерів-годувальниць обох груп показав, що на сьому добу прийому препарату у матерів основної групи кількість молока збільшилася, але статистично не відрізнялася від групи порівняння. Достовірне збільшення лактації у матерів основної групи спостерігалось на 15-ту добу прийому препарату.

Добовий приріст маси тіла новонароджених відображає синтетичні процеси. У нашому спостереженні у дітей першої групи, матері яких отримували додатково "Йодомарин", середньодобовий приріст маси тіла був достовірно вищим. Така анаболічна спрямованість у дітей, що отримували збагачене йодом грудне молоко, обумовлена тим, що гормони щитовидної залози прискорюють всмоктування глюкози із кишечника, підвищують метаболізм вуглеводів, активуючи як анаеробні, так і аеробні його шляхи, підсилюють глікогенолітичні процеси в печінці.

Важливим показником неонатальної адаптації передчасно народжених дітей є становлення кровотворення. Розвиток анемії на першому місяці життя є характерним для цих дітей. Аналіз лабораторних показників у обстежених новонароджених показав, що рівень гемоглобіну і кількість еритроцитів у дітей першої групи при виписці із стаціонару були значно вищими у порівнянні з такими у дітей другої групи.

Відомо, що на відміну від доношених новонароджених у передчасно народжених дітей відмічається затримка "перехресту" лімфоцитарного і гранулоцитарного ростків через виражену незрілість імунної системи, дефіцит енергетичного потенціалу, який необхідний для гемопоезу і частого приєднання інфекційних захворювань. У нашому спостереженні у дітей першої групи до моменту виписки переважання лімфоцитарного ростка відмічалось в два рази частіше, ніж у дітей другої групи, матері яких не одержували "Йодомарин".

Висновок: застосування "Йодомарину" у жінок-годувальниць на першому місяці після передчасних пологів сприяє збільшенню добової кількості молока та поліпшує адаптаційні можливості передчасно народжених дітей, сприяє анаболічній спрямованості білкового обміну, що підвищує добовий приріст маси тіла та сприяє становленню кровотворної та імунної системи.

**УДК:** 613.221+613.287

## **ДИФЕРЕНЦІЙНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ**

**Тищенко В.А., Плеханова Т.Н., Бакай Н.С.**

Кафедра госпітальної педіатрії №2 і неонатології Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

"Гропринозину" наступало клінічне видужування дітей з нормалізацією частоти та характеру випорожнень.

Висновок: включення препарату "Гропринозин" у схему лікування ротовірусних діарей призводить до достовірного скорочення тривалості захворювання та сприяє нормалізації складу мікрофлори кишківнику.

**УДК:** 616-053.32-003.96:615.916'15

## **ПОКРАЩЕННЯ АДАПТАЦІЇ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ШЛЯХОМ КОРЕКЦІЇ РАЦІОНУ ЖІНОК-ГОДУВАЛЬНИЦЬ ЙОДОМ**

**Траверсе Г.М., Аллагі Аніс**

Кафедра педіатрії №1 з пропедевтичною педіатрією та неонатологією, ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" (вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36024)

В неонатальному періоді єдиним продуктом харчування дитини є материнське молоко. Мати-годувальниця, яка проживає в умовах навіть легкої нестачі йоду, і яка не одержує його додатково пропорційно зростаючої потреби, не здатна забезпечити цим мікроелементом свою дитину. Прямо чи опосередковано рівень вживання йоду визначає можливість дитини реалізувати генетичну програму інтелектуального і фізичного розвитку, забезпечити стійкість до факторів навколишнього середовища і хвороб.

Тому метою нашої роботи була оцінка впливу збагачення раціону матері йодом на адаптацію передчасно народжених дітей на першому місяці життя.

Під спостереженням були 53 жінки та їх передчасно народжені діти, які знаходились у відділенні патології новонароджених ДМКЛ м. Полтави. 32 жінки-годувальниці отримували "Йодомарин" у добовій дозі 200 мкг (згідно рекомендацій ВООЗ, 2001 р.) і склали основну групу дослідження. 21 мама (група порівняння) не приймали препарат йоду. Адаптаційні можливості новонароджених дітей оцінювались за добовим приростом маси тіла, динамікою вегето-вісцеральних порушень (зригання, здуття живота), клінічних аналізів крові (показників червоного ростка та лімфопоезу). Гестаційний вік у 10 дітей (18,8%) був меншим 32 тижнів, у 32 (60,3%) - 32-34 тижні, у 11 (20,7%) - 35-37 тижні. 45 (84,9%) немовлят народилися в асфіксії.

Аналіз лактограм у матерів-годувальниць обох груп показав, що на сьому добу прийому препарату у матерів основної групи кількість молока збільшилася, але статистично не відрізнялася від групи порівняння. Достовірне збільшення лактації у матерів основної групи спостерігалось на 15-ту добу прийому препарату.

Добовий приріст маси тіла новонароджених відображає синтетичні процеси. У нашому спостереженні у дітей першої групи, матері яких отримували додатково "Йодомарин", середньодобовий приріст маси тіла був достовірно вищим. Така анаболічна спрямованість у дітей, що отримували збагачене йодом грудне молоко, обумовлена тим, що гормони щитовидної залози прискорюють всмоктування глюкози із кишечника, підвищують метаболізм вуглеводів, активуючи як анаеробні, так і аеробні його шляхи, підсилюють глікогенолітичні процеси в печінці.

Важливим показником неонатальної адаптації передчасно народжених дітей є становлення кровотворення. Розвиток анемії на першому місяці життя є характерним для цих дітей. Аналіз лабораторних показників у обстежених новонароджених показав, що рівень гемоглобіну і кількість еритроцитів у дітей першої групи при виписці із стаціонару були значно вищими у порівнянні з такими у дітей другої групи.

Відомо, що на відміну від доношених новонароджених у передчасно народжених дітей відмічається затримка "перехресту" лімфоцитарного і гранулоцитарного ростків через виражену незрілість імунної системи, дефіцит енергетичного потенціалу, який необхідний для гемопоезу і частого приєднання інфекційних захворювань. У нашому спостереженні у дітей першої групи до моменту виписки переважання лімфоцитарного ростка відмічалось в два рази частіше, ніж у дітей другої групи, матері яких не одержували "Йодомарин".

Висновок: застосування "Йодомарину" у жінок-годувальниць на першому місяці після передчасних пологів сприяє збільшенню добової кількості молока та поліпшує адаптаційні можливості передчасно народжених дітей, сприяє анаболічній спрямованості білкового обміну, що підвищує добовий приріст маси тіла та сприяє становленню кровотворної та імунної системи.

**УДК:** 613.221+613.287

## **ДИФЕРЕНЦІЙНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ**

**Тищенко В.А., Плеханова Т.Н., Бакай Н.С.**

Кафедра госпітальної педіатрії №2 і неонатології Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

"Гропринозину" наступало клінічне видужування дітей з нормалізацією частоти та характеру випорожнень.

Висновок: включення препарату "Гропринозин" у схему лікування ротовірусних діарей призводить до достовірного скорочення тривалості захворювання та сприяє нормалізації складу мікрофлори кишківнику.

**УДК:** 616-053.32-003.96:615.916'15

## **ПОКРАЩЕННЯ АДАПТАЦІЇ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ШЛЯХОМ КОРЕКЦІЇ РАЦІОНУ ЖІНОК-ГОДУВАЛЬНИЦЬ ЙОДОМ**

**Траверсе Г.М., Аллагі Аніс**

Кафедра педіатрії №1 з пропедевтичною педіатрією та неонатологією, ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" (вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36024)

В неонатальному періоді єдиним продуктом харчування дитини є материнське молоко. Мати-годувальниця, яка проживає в умовах навіть легкої нестачі йоду, і яка не одержує його додатково пропорційно зростаючої потреби, не здатна забезпечити цим мікроелементом свою дитину. Прямо чи опосередковано рівень вживання йоду визначає можливість дитини реалізувати генетичну програму інтелектуального і фізичного розвитку, забезпечити стійкість до факторів навколишнього середовища і хвороб.

Тому метою нашої роботи була оцінка впливу збагачення раціону матері йодом на адаптацію передчасно народжених дітей на першому місяці життя.

Під спостереженням були 53 жінки та їх передчасно народжені діти, які знаходились у відділенні патології новонароджених ДМКЛ м. Полтави. 32 жінки-годувальниці отримували "Йодомарин" у добовій дозі 200 мкг (згідно рекомендацій ВООЗ, 2001 р.) і склали основну групу дослідження. 21 мама (група порівняння) не приймали препарат йоду. Адаптаційні можливості новонароджених дітей оцінювались за добовим приростом маси тіла, динамікою вегето-вісцеральних порушень (зригання, здуття живота), клінічних аналізів крові (показників червоного ростка та лімфопоезу). Гестаційний вік у 10 дітей (18,8%) був меншим 32 тижнів, у 32 (60,3%) - 32-34 тижні, у 11 (20,7%) - 35-37 тижні. 45 (84,9%) немовлят народилися в асфіксії.

Аналіз лактограм у матерів-годувальниць обох груп показав, що на сьому добу прийому препарату у матерів основної групи кількість молока збільшилася, але статистично не відрізнялася від групи порівняння. Достовірне збільшення лактації у матерів основної групи спостерігалось на 15-ту добу прийому препарату.

Добовий приріст маси тіла новонароджених відображає синтетичні процеси. У нашому спостереженні у дітей першої групи, матері яких отримували додатково "Йодомарин", середньодобовий приріст маси тіла був достовірно вищим. Така анаболічна спрямованість у дітей, що отримували збагачене йодом грудне молоко, обумовлена тим, що гормони щитовидної залози прискорюють всмоктування глюкози із кишечника, підвищують метаболізм вуглеводів, активуючи як анаеробні, так і аеробні його шляхи, підсилюють глікогенолітичні процеси в печінці.

Важливим показником неонатальної адаптації передчасно народжених дітей є становлення кровотворення. Розвиток анемії на першому місяці життя є характерним для цих дітей. Аналіз лабораторних показників у обстежених новонароджених показав, що рівень гемоглобіну і кількість еритроцитів у дітей першої групи при виписці із стаціонару були значно вищими у порівнянні з такими у дітей другої групи.

Відомо, що на відміну від доношених новонароджених у передчасно народжених дітей відмічається затримка "перехресту" лімфоцитарного і гранулоцитарного ростків через виражену незрілість імунної системи, дефіцит енергетичного потенціалу, який необхідний для гемопоезу і частого приєднання інфекційних захворювань. У нашому спостереженні у дітей першої групи до моменту виписки переважання лімфоцитарного ростка відмічалось в два рази частіше, ніж у дітей другої групи, матері яких не одержували "Йодомарин".

Висновок: застосування "Йодомарину" у жінок-годувальниць на першому місяці після передчасних пологів сприяє збільшенню добової кількості молока та поліпшує адаптаційні можливості передчасно народжених дітей, сприяє анаболічній спрямованості білкового обміну, що підвищує добовий приріст маси тіла та сприяє становленню кровотворної та імунної системи.

**УДК:** 613.221+613.287

## **ДИФЕРЕНЦІЙНА ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ**

**Тищенко В.А., Плеханова Т.Н., Бакай Н.С.**

Кафедра госпітальної педіатрії №2 і неонатології Дніпропетровської державної медичної академії (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

Моніторинг фізичного розвитку недоношених дітей з перинатальною патологією дозволив встановити, що біля 50% немовлят перед випискою із стаціонару не набирають масу тіла, відповідну постконцептуальному віку. Оцінка індивідуальної вагової кривої дозволяє своєчасно оцінити функціональну толерантність до харчування, зробити індивідуально підбір і прогнозувати темпи росту і фізичного розвитку дитини. Оцінка вагової кривої у недоношених дітей дозволила виділити 4 типи: безперервний повільний, безперервний швидкий, ступінчастий, хвилеподібний. Безперервний повільний і швидкий типи вагової кривої характеризувалися щоденними стабільними приростами в масі тіла, які свідчать, що дитина добре засвоює і фіксує поживні речовини. При ступінчастому типі вагової кривої 2-4 дні приросту в масі тіла чергувалися з 1-2 днями "стояння" маси, що свідчило про засвоєння і фіксацію з деякою напругою. Хвилеподібний тип мав чергування підйомів і падінь маси тіла, що свідчило про напружений і нестійкий метаболізм. Встановлено, що хвилеподібний тип вагової кривої приросту в масі тіла менше 20 гр/добу можуть служити критеріями низької функціональної толерантності до ентерального харчування і використовуватися як прогностичні критерії затримки постнатального розвитку. Відзначено, що для збереження темпів безперервного зростання, недоношені діти з постнатальною затримкою розвитку, при виписуванні із стаціонару потребують висококалорійного харчування з підвищеним вмістом білка.

Висновок: спостереження за ваговою кривою протягом 2-х тижнів після виписування із стаціонару дозволить оцінити функціональну толерантність до ентерального харчування і провести своєчасну корекцію.

**УДК:** 616-037-084:616-053.32

## **ПОКАЗНИКИ ВИЖИВАННЯ НАДЗВИЧАЙНО НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЦЕЙ ПРОЦЕС У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

**Яблонь О.С., Антоненко Т.І., Моравська О.А., Сергета Д.П., Кондратюк О.Ю., Кужель Г.Г.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

У 2007-2008 роках в Україні відбулось прогнозоване ВООЗ зростання показників перинатальної, неонатальної та маюкової смертності, обумовлене переходом на нові стандарти реєстрації перинатального періоду з 22 тижнів вагітності. З'явилися нові проблеми, що потребують нагального вирішення та ретельного аналізу чинників, що впливають на ці процеси.

Метою роботи було дослідження впливу сучасних технологій інтенсивної терапії на показники виживання новонароджених з надзвичайно малою масою тіла (500-999 г).

Проведений аналіз засвідчив, що на тлі зростання народжуваності у 2007-2008 роках зросла частка недоношених дітей, зокрема з надзвичайно малою масою тіла - на 27% у порівнянні з 2006 роком. Позитивним є зростання частки глибоко недоношених дітей, які вижили. Так, серед новонароджених з масою тіла 1000-1499 г вижили 91%, а серед дітей масою тіла до 1000 г - 47,0%. Цей показник формують, в основному, діти з масою тіла 750-999 г, оскільки виживання недоношених з масою тіла 500-750 г можливе лише при народженні дитини в умовах закладу 3 рівня надання медичної допомоги.

Згідно регіональної моделі надання медичної допомоги, в пологових будинках області глибоко недоношені діти мають можливість отримувати ранню респіраторну підтримку за допомогою СРАР-терапії. При необхідності проведення пролонгованої штучної вентиляції легень висококваліфікована допомога таким новонародженим надається у обласному неонатальному центрі при обласній дитячій лікарні. Близько 60% дітей з масою тіла менше 1500 г були переведені з пологових будинків у відділення анестезіології та інтенсивної терапії неонатального центру. Транспортування здійснювалося виїзною реанімаційною бригадою, причому 60% дітей були транспортовані у першу добу життя, решта - до 3 діб.

У лікуванні дітей з надзвичайно малою масою тіла застосовуються сучасні технології. Так, 43,3% дітей отримали препарати сурфактанту, 80% знаходилися на механічній вентиляції, а 36,7% потребували штучної вентиляції довше 5 діб. Невідкладна допомога включала також раннє ентеральне годування за принципом мінімального трофічного живлення та парентеральне збалансоване харчування з використанням препаратів амінокислот (аміновен), жирових емульсій (ліпофундин), вуглеводів із забезпеченням новонароджених нутрієнтами та енергією відповідно до рекомендацій ESPGAN-COM та AAPCON. Всі діти отримували антибіотики та пробіотики. Комплексна терапія 80% дітей включала препарати довших імуноглобулінів. Догляд за новонародженими з ДММТ та НММТ здійснювався з неухильним дотриманням вимог "теплого ланцюжка" та принципів фізіологічного догляду.

Висновок: показник виживання новонароджених з надзвичайно малою масою тіла у Вінницькій області зріс до 47% і відповідає загально біологічним закономірностям. Визначальна роль у покращенні показників вижи-

Моніторинг фізичного розвитку недоношених дітей з перинатальною патологією дозволив встановити, що біля 50% немовлят перед випискою із стаціонару не набирають масу тіла, відповідну постконцептуальному віку. Оцінка індивідуальної вагової кривої дозволяє своєчасно оцінити функціональну толерантність до харчування, зробити індивідуально підбір і прогнозувати темпи росту і фізичного розвитку дитини. Оцінка вагової кривої у недоношених дітей дозволила виділити 4 типи: безперервний повільний, безперервний швидкий, ступінчастий, хвилеподібний. Безперервний повільний і швидкий типи вагової кривої характеризувалися щоденними стабільними приростами в масі тіла, які свідчать, що дитина добре засвоює і фіксує поживні речовини. При ступінчастому типі вагової кривої 2-4 дні приросту в масі тіла чергувалися з 1-2 днями "стояння" маси, що свідчило про засвоєння і фіксацію з деякою напругою. Хвилеподібний тип мав чергування підйомів і падінь маси тіла, що свідчило про напружений і нестійкий метаболізм. Встановлено, що хвилеподібний тип вагової кривої приросту в масі тіла менше 20 гр/добу можуть служити критеріями низької функціональної толерантності до ентерального харчування і використовуватися як прогностичні критерії затримки постнатального розвитку. Відзначено, що для збереження темпів безперервного зростання, недоношені діти з постнатальною затримкою розвитку, при виписуванні із стаціонару потребують висококалорійного харчування з підвищеним вмістом білка.

Висновок: спостереження за ваговою кривою протягом 2-х тижнів після виписування із стаціонару дозволить оцінити функціональну толерантність до ентерального харчування і провести своєчасну корекцію.

**УДК:** 616-037-084:616-053.32

## **ПОКАЗНИКИ ВИЖИВАННЯ НАДЗВИЧАЙНО НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЦЕЙ ПРОЦЕС У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

**Яблонь О.С., Антоненко Т.І., Моравська О.А., Сергета Д.П., Кондратюк О.Ю., Кужель Г.Г.**

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня (Хмельницьке шосе, 108, м. Вінниця, Україна, 21000)

У 2007-2008 роках в Україні відбулось прогнозоване ВООЗ зростання показників перинатальної, неонатальної та маюкової смертності, обумовлене переходом на нові стандарти реєстрації перинатального періоду з 22 тижнів вагітності. З'явилися нові проблеми, що потребують нагального вирішення та ретельного аналізу чинників, що впливають на ці процеси.

Метою роботи було дослідження впливу сучасних технологій інтенсивної терапії на показники виживання новонароджених з надзвичайно малою масою тіла (500-999 г).

Проведений аналіз засвідчив, що на тлі зростання народжуваності у 2007-2008 роках зросла частка недоношених дітей, зокрема з надзвичайно малою масою тіла - на 27% у порівнянні з 2006 роком. Позитивним є зростання частки глибоко недоношених дітей, які вижили. Так, серед новонароджених з масою тіла 1000-1499 г вижили 91%, а серед дітей масою тіла до 1000 г - 47,0%. Цей показник формують, в основному, діти з масою тіла 750-999 г, оскільки виживання недоношених з масою тіла 500-750 г можливе лише при народженні дитини в умовах закладу 3 рівня надання медичної допомоги.

Згідно регіональної моделі надання медичної допомоги, в пологових будинках області глибоко недоношені діти мають можливість отримувати ранню респіраторну підтримку за допомогою СРАР-терапії. При необхідності проведення пролонгованої штучної вентиляції легень висококваліфікована допомога таким новонародженим надається у обласному неонатальному центрі при обласній дитячій лікарні. Близько 60% дітей з масою тіла менше 1500 г були переведені з пологових будинків у відділення анестезіології та інтенсивної терапії неонатального центру. Транспортування здійснювалося виїзною реанімаційною бригадою, причому 60% дітей були транспортовані у першу добу життя, решта - до 3 діб.

У лікуванні дітей з надзвичайно малою масою тіла застосовуються сучасні технології. Так, 43,3% дітей отримали препарати сурфактанту, 80% знаходилися на механічній вентиляції, а 36,7% потребували штучної вентиляції довше 5 діб. Невідкладна допомога включала також раннє ентеральне годування за принципом мінімального трофічного живлення та парентеральне збалансоване харчування з використанням препаратів амінокислот (аміновен), жирових емульсій (ліпофундин), вуглеводів із забезпеченням новонароджених нутрієнтами та енергією відповідно до рекомендацій ESPGAN-COM та AAPCON. Всі діти отримували антибіотики та пробіотики. Комплексна терапія 80% дітей включала препарати довших імуноглобулінів. Догляд за новонародженими з ДММТ та НММТ здійснювався з неухильним дотриманням вимог "теплого ланцюжка" та принципів фізіологічного догляду.

Висновок: показник виживання новонароджених з надзвичайно малою масою тіла у Вінницькій області зріс до 47% і відповідає загально біологічним закономірностям. Визначальна роль у покращенні показників вижи-

вання надзвичайно недоношених новонароджених належить наданню невідкладної допомоги у лікувально-профілактичних закладах 3 рівня, ранньому призначенню респіраторної підтримки за допомогою СРАР-терапії, своєчасному застосуванню сурфактантної терапії, введенню довених імуноглобулінів.

УДК: 616.235-007.17-036

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ**

**Степаненко Т.И.**

Кафедра госпитальной педиатрии №2 и неонатологии Днепропетровской государственной медицинской академии (ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49044)

В базисной терапии бронхолегочной дисплазии (БЛД) используют ингаляционные глюкокортикостероиды. В последние годы выделяют две формы БЛД: "классическую" и "новую", имеющие разные патогенетические механизмы. Поэтому в лечении требуется дифференцированный подход к назначению базисной терапии.

*Цель работы:* оценить эффективность ингаляционного препарата пульмикорт при разных формах БЛД. Под нашим наблюдением находилось 52 ребенка со средне-тяжелым и тяжелым течением БЛД в возрасте от 3 месяцев до 1 года. Среди них у 36 (69,2%) была "классическая", у 16 (30,8%) - "новая" форма БЛД. Все дети родились недоношенными в сроке гестации от 25 до 32 недель. Дети с "классической" формой БЛД с первых часов жизни находились на ИВЛ, длительность которой была от 6 до 45 дней (в среднем 26 дней). Дети с "новой" формой БЛД не имели тяжелых дыхательных расстройств в раннем неонатальном периоде, респираторная поддержка начиналась в среднем в возрасте 16 суток и ее длительность не превышала 20 дней. Все дети получали препарат пульмикорт ингаляционно через небулайзерный ингалятор. Длительность терапии составила от 3 до 6 месяцев. Эффективность терапии оценивали по регрессу клинических симптомов, динамике показателей газов крови, изменений на рентгенограммах органов грудной клетки.

Анализ полученных результатов показал, что назначение пульмикорта у детей с "классической" БЛД сопровождалось достоверной положительной динамикой всех клинических проявлений заболевания в первые 3 месяца лечения у 32 (88,9%) детей: восстанавливалась нормальная частота дыхания ( $p < 0,01$ ), исчезала одышка в покое ( $p < 0,001$ ), уменьшалась частота регистрации бронхообструктивного синдрома вне ( $p < 0,001$ ) и при обострении заболевания ( $p < 0,01$ ). Это сопровождалось уменьшением степени гиперинфляции и фиброзных изменений в легких на рентгенограммах грудной клетки (при неизменно повышенной прозрачности); достоверным уменьшением гипоксемии ( $PaO_2 > 257,55 \pm 3,8$  мм рт. ст. исходно и  $70,28 \pm 3,55$  мм рт. ст. через 6 мес.;  $p < 0,05$ ), а также тенденцией к нормализации показателей  $PaCO_2$  и насыщения крови кислородом (сатурации). Такая положительная динамика болезни позволила отменить гормональную терапию через 2-3 месяца. У 4 (11,1%) детей был менее быстрый регресс клинических симптомов в первые 3 месяца лечения, длительность лечения пульмикортом у них составила от 4 до 6 месяцев.

У детей с "новой" БЛД динамика регресса клинических симптомов была менее выражена: только у 7 (43,8%) детей наблюдался регресс клинических проявлений в первые 3 месяца лечения. У 6 (37,5%) детей этой группы терапия пульмикортом была не эффективной.

На основании результатов клинико-параclinicalического обследования тяжесть течения заболевания через 3 месяца от начала наблюдения была пересмотрена в сторону ее снижения у 73% больных с "классической" БЛД и только у 10% детей с "новой" БЛД ( $p < 0,01$ ).

**Вывод:** базисную терапию БЛД пульмикортом следует признать более эффективной у детей с "классической" формой БЛД, что объясняется более выраженными воспалительными изменениями на слизистой оболочке бронхов у детей, получавших длительную ИВЛ.

УДК: 616.409.17.11

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ ПРИ ПОСТАСФИКТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

**Мавропуло Т.К., Капшученко Н.С., Рибка О.Ю.**

Кафедра госпитальной педиатрии №2 і неонатології Дніпропетровської державної медичної академії, дитяча міська клінічна лікарня №3, пологовий будинок міської клінічної лікарні №9 (пр. Пушкіна, 26, ДМКЛ №3, м. Дніпропетровськ, 49006)

В структурі причин захворюваності та смертності новонароджених дітей асфіксія займає одне з провідних місць (Шуцько, 2009). Однією з головних проблем удосконалення методів реанімації та інтенсивної терапії ново-

вання надзвичайно недоношених новонароджених належить наданню невідкладної допомоги у лікувально-профілактичних закладах 3 рівня, ранньому призначенню респіраторної підтримки за допомогою СРАР-терапії, своєчасному застосуванню сурфактантної терапії, введенню довених імуноглобулінів.

УДК: 616.235-007.17-036

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ**

**Степаненко Т.И.**

Кафедра госпитальной педиатрии №2 и неонатологии Днепропетровской государственной медицинской академии (ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49044)

В базисной терапии бронхолегочной дисплазии (БЛД) используют ингаляционные глюкокортикостероиды. В последние годы выделяют две формы БЛД: "классическую" и "новую", имеющие разные патогенетические механизмы. Поэтому в лечении требуется дифференцированный подход к назначению базисной терапии.

*Цель работы:* оценить эффективность ингаляционного препарата пульмикорт при разных формах БЛД. Под нашим наблюдением находилось 52 ребенка со средне-тяжелым и тяжелым течением БЛД в возрасте от 3 месяцев до 1 года. Среди них у 36 (69,2%) была "классическая", у 16 (30,8%) - "новая" форма БЛД. Все дети родились недоношенными в сроке гестации от 25 до 32 недель. Дети с "классической" формой БЛД с первых часов жизни находились на ИВЛ, длительность которой была от 6 до 45 дней (в среднем 26 дней). Дети с "новой" формой БЛД не имели тяжелых дыхательных расстройств в раннем неонатальном периоде, респираторная поддержка начиналась в среднем в возрасте 16 суток и ее длительность не превышала 20 дней. Все дети получали препарат пульмикорт ингаляционно через небулайзерный ингалятор. Длительность терапии составила от 3 до 6 месяцев. Эффективность терапии оценивали по регрессу клинических симптомов, динамике показателей газов крови, изменений на рентгенограммах органов грудной клетки.

Анализ полученных результатов показал, что назначение пульмикорта у детей с "классической" БЛД сопровождалось достоверной положительной динамикой всех клинических проявлений заболевания в первые 3 месяца лечения у 32 (88,9%) детей: восстанавливалась нормальная частота дыхания ( $p < 0,01$ ), исчезала одышка в покое ( $p < 0,001$ ), уменьшалась частота регистрации бронхообструктивного синдрома вне ( $p < 0,001$ ) и при обострении заболевания ( $p < 0,01$ ). Это сопровождалось уменьшением степени гиперинфляции и фиброзных изменений в легких на рентгенограммах грудной клетки (при неизменно повышенной прозрачности); достоверным уменьшением гипоксемии ( $PaC > 257,55 \pm 3,8$  мм рт. ст. исходно и  $70,28 \pm 3,55$  мм рт. ст. через 6 мес.;  $p < 0,05$ ), а также тенденцией к нормализации показателей  $PaCO_2$  и насыщения крови кислородом (сатурации). Такая положительная динамика болезни позволила отменить гормональную терапию через 2-3 месяца. У 4 (11,1%) детей был менее быстрый регресс клинических симптомов в первые 3 месяца лечения, длительность лечения пульмикортом у них составила от 4 до 6 месяцев.

У детей с "новой" БЛД динамика регресса клинических симптомов была менее выражена: только у 7 (43,8%) детей наблюдался регресс клинических проявлений в первые 3 месяца лечения. У 6 (37,5%) детей этой группы терапия пульмикортом была не эффективной.

На основании результатов клинико-параclinicalического обследования тяжесть течения заболевания через 3 месяца от начала наблюдения была пересмотрена в сторону ее снижения у 73% больных с "классической" БЛД и только у 10% детей с "новой" БЛД ( $p < 0,01$ ).

Вывод: базисную терапию БЛД пульмикортом следует признать более эффективной у детей с "классической" формой БЛД, что объясняется более выраженными воспалительными изменениями на слизистой оболочке бронхов у детей, получавших длительную ИВЛ.

УДК: 616.409.17.11

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ ПРИ ПОСТАСФИКТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

**Мавропуло Т.К., Капшученко Н.С., Рибка О.Ю.**

Кафедра госпитальной педиатрии №2 і неонатології Дніпропетровської державної медичної академії, дитяча міська клінічна лікарня №3, пологовий будинок міської клінічної лікарні №9 (пр. Пушкіна, 26, ДМКЛ №3, м. Дніпропетровськ, 49006)

В структурі причин захворюваності та смертності новонароджених дітей асфіксія займає одне з провідних місць (Шуцько, 2009). Однією з головних проблем удосконалення методів реанімації та інтенсивної терапії ново-

вання надзвичайно недоношених новонароджених належить наданню невідкладної допомоги у лікувально-профілактичних закладах 3 рівня, ранньому призначенню респіраторної підтримки за допомогою СРАР-терапії, своєчасному застосуванню сурфактантної терапії, введенню довених імуноглобулінів.

УДК: 616.235-007.17-036

## **ДИФФЕРЕНЦІРОВАННИЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ**

**Степаненко Т.И.**

Кафедра госпитальной педиатрии №2 и неонатологии Днепропетровской государственной медицинской академии (ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49044)

В базисной терапии бронхолегочной дисплазии (БЛД) используют ингаляционные глюкокортикостероиды. В последние годы выделяют две формы БЛД: "классическую" и "новую", имеющие разные патогенетические механизмы. Поэтому в лечении требуется дифференцированный подход к назначению базисной терапии.

*Цель работы:* оценить эффективность ингаляционного препарата пульмикорт при разных формах БЛД. Под нашим наблюдением находилось 52 ребенка со средне-тяжелым и тяжелым течением БЛД в возрасте от 3 месяцев до 1 года. Среди них у 36 (69,2%) была "классическая", у 16 (30,8%) - "новая" форма БЛД. Все дети родились недоношенными в сроке гестации от 25 до 32 недель. Дети с "классической" формой БЛД с первых часов жизни находились на ИВЛ, длительность которой была от 6 до 45 дней (в среднем 26 дней). Дети с "новой" формой БЛД не имели тяжелых дыхательных расстройств в раннем неонатальном периоде, респираторная поддержка начиналась в среднем в возрасте 16 суток и ее длительность не превышала 20 дней. Все дети получали препарат пульмикорт ингаляционно через небулайзерный ингалятор. Длительность терапии составила от 3 до 6 месяцев. Эффективность терапии оценивали по регрессу клинических симптомов, динамике показателей газов крови, изменений на рентгенограммах органов грудной клетки.

Анализ полученных результатов показал, что назначение пульмикорта у детей с "классической" БЛД сопровождалось достоверной положительной динамикой всех клинических проявлений заболевания в первые 3 месяца лечения у 32 (88,9%) детей: восстанавливалась нормальная частота дыхания ( $p < 0,01$ ), исчезала одышка в покое ( $p < 0,001$ ), уменьшалась частота регистрации бронхообструктивного синдрома вне ( $p < 0,001$ ) и при обострении заболевания ( $p < 0,01$ ). Это сопровождалось уменьшением степени гиперинфляции и фиброзных изменений в легких на рентгенограммах грудной клетки (при неизменно повышенной прозрачности); достоверным уменьшением гипоксемии ( $PaC > 257,55 \pm 3,8$  мм рт. ст. исходно и  $70,28 \pm 3,55$  мм рт. ст. через 6 мес.;  $p < 0,05$ ), а также тенденцией к нормализации показателей  $PaCO_2$  и насыщения крови кислородом (сатурации). Такая положительная динамика болезни позволила отменить гормональную терапию через 2-3 месяца. У 4 (11,1%) детей был менее быстрый регресс клинических симптомов в первые 3 месяца лечения, длительность лечения пульмикортом у них составила от 4 до 6 месяцев.

У детей с "новой" БЛД динамика регресса клинических симптомов была менее выражена: только у 7 (43,8%) детей наблюдался регресс клинических проявлений в первые 3 месяца лечения. У 6 (37,5%) детей этой группы терапия пульмикортом была не эффективной.

На основании результатов клинико-параclinicalического обследования тяжесть течения заболевания через 3 месяца от начала наблюдения была пересмотрена в сторону ее снижения у 73% больных с "классической" БЛД и только у 10% детей с "новой" БЛД ( $p < 0,01$ ).

Вывод: базисную терапию БЛД пульмикортом следует признать более эффективной у детей с "классической" формой БЛД, что объясняется более выраженными воспалительными изменениями на слизистой оболочке бронхов у детей, получавших длительную ИВЛ.

УДК: 616.409.17.11

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ ПРИ ПОСТАСФИКТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

**Мавропуло Т.К., Капшученко Н.С., Рибка О.Ю.**

Кафедра госпитальной педиатрии №2 і неонатології Дніпропетровської державної медичної академії, дитяча міська клінічна лікарня №3, пологовий будинок міської клінічної лікарні №9 (пр. Пушкіна, 26, ДМКЛ №3, м. Дніпропетровськ, 49006)

В структурі причин захворюваності та смертності новонароджених дітей асфіксія займає одне з провідних місць (Шуцько, 2009). Однією з головних проблем удосконалення методів реанімації та інтенсивної терапії ново-



народжених в постасфіктичному періоді є можливість своєчасного прогнозування подальшого перебігу патології.

Нами були обстежені 53 доношених новонароджених з асфіксією при народженні: 27 дітей мали ознаки асфіксії важкого ступеня та 26 новонароджених - помірного. 12 немовлят померли протягом 3-7 днів внаслідок розвитку декомпенсованої фази постгіпоксичного набряку мозку. Статистичний аналіз динаміки клінічних проявів, даних додаткових обстежень вказував на те, що в якості факторів ризику розвитку цієї вкрай несприятливої ситуації зазвичай виступали такі ознаки, як низька ефективність проведення первинної реанімації, маніфестація судомного синдрому і порушень центральної гемодинаміки, необхідність використання вентиляційної підтримки з перших годин життя, розвиток поліорганної недостатності. Окрім того, факторами ризику несприятливого прогнозу були розвиток гіпокапнії внаслідок гіпервентиляції в першу добу життя, низький рівень артеріального тиску та рН при переводі дитини у відділення інтенсивної терапії, розвиток декомпенсованого метаболічного ацидозу до другої доби життя. В якості наслідку некомпенсованих респіраторних та гемодинамічних порушень можуть розглядатись виявлені у цих дітей ознаки порушення церебральної гемодинаміки: низькі швидкості кровотоку та індекси резистентності стріарних артерій, ознаки посилення венозного кровотоку в першу добу життя, низькі індекси резистентності передньої, середньої та базиллярної мозкових артерій (феномен реперфузії) на другу-третю добу життя, доплерографічні ознаки порушення церебрального кровоплину у вертебро-базиллярному басейні.

Діти з несприятливим перебігом постасфіктичного періоду (розвиток поліорганної недостатності та III ст. гіпоксично-ішемічної енцефалопатії) мали достовірно нижчий рівень васкулоендотеліального ростового фактору (VEGF) венозної крові в перші 48 годин життя.

Висновок: серед факторів ризику розвитку несприятливого прогнозу при асфіксії у доношених новонароджених важливе місце займають ранні ознаки розвитку гемодинамічних та респіраторних порушень, наслідком не своєчасної корекції яких може бути прогресування змін церебральної гемодинаміки. Розвиток тяжкої неврологічної дисфункції і деструктивних ушкоджень мозкової тканини супроводжується відносним дефіцитом VEGF.

**УДК: 616-053.32-08-036.838 616.131.3**

## **ВІДКРИТА АРТЕРІАЛЬНА ПРОТОКА У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

**Мавропуло Т.К., Мороз С.В.**

Кафедра госпітальної педіатрії №2 і неонатології Дніпропетровської державної медичної академії, дитяча міська клінічна лікарня №3 (пр. Пушкіна, 26, ДМКЛ №3, м. Дніпропетровськ, 49006)

45-50% новонароджених дітей з вагою менше 1500 г, які потребують вентиляційної підтримки, мають гемодинамічно значиму відкриту артеріальну протоку (ВАП) (згідно даних літератури та досвіду роботи відділення інтенсивної терапії новонароджених ДМКЛ №3 м. Дніпропетровська). Ефективним методом лікування є закриття артеріальної протоки за допомогою інгібіторів простагландинсинтетази (частіше використовується індометацин). Найбільш суттєвими проблемами такого підходу являються існування різних терапевтичних стратегій, труднощі використання внутрішньовенних форм препаратів та необхідність вирішення в кожному конкретному випадку питання: ВАП причина розвитку патологічного стану і потребує закриття чи його симптом? Запропоновані різні методики медикаментозного закриття ВАП: призначення тільки новонародженим з клінічними проявами (використання препарату в старшому віці може призвести до його неефективності), призначення всім дітям групи ризику (але збільшується частота ускладнень), призначення терапії при гемодинамічно значимому ВАП (найбільш доцільний метод, але обмежений діагностичними можливостями відділень та різними підходами до самого поняття гемодинамічної значимості). У глибоко недоношених новонароджених запропонована система стадійного визначення гемодинамічної значимості ВАП, яка включає клінічні дані (кардіоваскулярні, респіраторні та гастроінтестинальні прояви) і показники ехокардіографічного обстеження. Традиційні ехографічні ознаки ВАП при цьому доповнені даними щодо діаметру протоки (більш 1,5 мм), характеру (рестриктивний безперервний чи нерестриктивний пульсуючий) та швидкості трансдуктального потоку (більш чи менш 180-200 см/с). Але навіть при отриманні цих даних залишається відкритим питання: при якій стадії гемодинамічної значимості застосування медикаментозного закриття є найбільш ефективним та безпечним.

Визначені протипоказання для призначення індометацину, серед яких обов'язково вказується прогресування внутрішньошлункових крововиливів (згідно наших спостережень ВШК різного ступеня діагностуються у 70-80% таких немовлят). Дотримання цього обмеження доволі складна діагностична задача, адже ранні доплерографічні ознаки розвитку крововиливу можуть бути замасковані гемодинамічними змінами внаслідок функціонування ВАП.

Висновок: проблема медикаментозного закриття ВАП у глибоконедоношених дітей потребує подальшого вивчення й розробки єдиного стандарту, а до того - використання "місцевих алгоритмів" з урахуванням діагностичних і лікувальних можливостей неонатальних відділень.

народжених в постасфіктичному періоді є можливість своєчасного прогнозування подальшого перебігу патології.

Нами були обстежені 53 доношених новонароджених з асфіксією при народженні: 27 дітей мали ознаки асфіксії важкого ступеня та 26 новонароджених - помірного. 12 немовлят померли протягом 3-7 діб внаслідок розвитку декомпенсованої фази постгіпоксичного набряку мозку. Статистичний аналіз динаміки клінічних проявів, даних додаткових обстежень вказував на те, що в якості факторів ризику розвитку цієї вкрай несприятливої ситуації зазвичай виступали такі ознаки, як низька ефективність проведення первинної реанімації, маніфестація судомного синдрому і порушень центральної гемодинаміки, необхідність використання вентиляційної підтримки з перших годин життя, розвиток поліорганної недостатності. Окрім того, факторами ризику несприятливого прогнозу були розвиток гіпокапнії внаслідок гіпервентиляції в першу добу життя, низький рівень артеріального тиску та рН при переводі дитини у відділення інтенсивної терапії, розвиток декомпенсованого метаболічного ацидозу до другої доби життя. В якості наслідку некомпенсованих респіраторних та гемодинамічних порушень можуть розглядатись виявлені у цих дітей ознаки порушення церебральної гемодинаміки: низькі швидкості кровотоку та індекси резистентності стріарних артерій, ознаки посилення венозного кровотоку в першу добу життя, низькі індекси резистентності передньої, середньої та базиллярної мозкових артерій (феномен реперфузії) на другу-третю добу життя, доплерографічні ознаки порушення церебрального кровоплину у вертебро-базиллярному басейні.

Діти з несприятливим перебігом постасфіктичного періоду (розвиток поліорганної недостатності та III ст. гіпоксично-ішемічної енцефалопатії) мали достовірно нижчий рівень васкулоендотеліального ростового фактору (VEGF) венозної крові в перші 48 годин життя.

Висновок: серед факторів ризику розвитку несприятливого прогнозу при асфіксії у доношених новонароджених важливе місце займають ранні ознаки розвитку гемодинамічних та респіраторних порушень, наслідком не своєчасної корекції яких може бути прогресування змін церебральної гемодинаміки. Розвиток тяжкої неврологічної дисфункції і деструктивних ушкоджень мозкової тканини супроводжується відносним дефіцитом VEGF.

**УДК: 616-053.32-08-036.838 616.131.3**

## **ВІДКРИТА АРТЕРІАЛЬНА ПРОТОКА У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ**

**Мавропуло Т.К., Мороз С.В.**

Кафедра госпітальної педіатрії №2 і неонатології Дніпропетровської державної медичної академії, дитяча міська клінічна лікарня №3 (пр. Пушкіна, 26, ДМКЛ №3, м. Дніпропетровськ, 49006)

45-50% новонароджених дітей з вагою менше 1500 г, які потребують вентиляційної підтримки, мають гемодинамічно значиму відкриту артеріальну протоку (ВАП) (згідно даних літератури та досвіду роботи відділення інтенсивної терапії новонароджених ДМКЛ №3 м. Дніпропетровська). Ефективним методом лікування є закриття артеріальної протоки за допомогою інгібіторів простагландинсинтетази (частіше використовується індометацин). Найбільш суттєвими проблемами такого підходу являються існування різних терапевтичних стратегій, труднощі використання внутрішньовенних форм препаратів та необхідність вирішення в кожному конкретному випадку питання: ВАП причина розвитку патологічного стану і потребує закриття чи його симптом? Запропоновані різні методики медикаментозного закриття ВАП: призначення тільки новонародженим з клінічними проявами (використання препарату в старшому віці може призвести до його неефективності), призначення всім дітям групи ризику (але збільшується частота ускладнень), призначення терапії при гемодинамічно значимому ВАП (найбільш доцільний метод, але обмежений діагностичними можливостями відділень та різними підходами до самого поняття гемодинамічної значимості). У глибоко недоношених новонароджених запропонована система стадійного визначення гемодинамічної значимості ВАП, яка включає клінічні дані (кардіоваскулярні, респіраторні та гастроінтестинальні прояви) і показники ехокардіографічного обстеження. Традиційні ехографічні ознаки ВАП при цьому доповнені даними щодо діаметру протоки (більш 1,5 мм), характеру (рестриктивний безперервний чи нерестриктивний пульсуючий) та швидкості трансдуктального потоку (більш чи менш 180-200 см/с). Але навіть при отриманні цих даних залишається відкритим питання: при якій стадії гемодинамічної значимості застосування медикаментозного закриття є найбільш ефективним та безпечним.

Визначені протипоказання для призначення індометацину, серед яких обов'язково вказується прогресування внутрішньошлункових крововиливів (згідно наших спостережень ВШК різного ступеня діагностуються у 70-80% таких немовлят). Дотримання цього обмеження доволі складна діагностична задача, адже ранні доплерографічні ознаки розвитку крововиливу можуть бути замасковані гемодинамічними змінами внаслідок функціонування ВАП.

Висновок: проблема медикаментозного закриття ВАП у глибоконедоношених дітей потребує подальшого вивчення й розробки єдиного стандарту, а до того - використання "місцевих алгоритмів" з урахуванням діагностичних і лікувальних можливостей неонатальних відділень.

УДК: 578.27+613.952

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН НА ОЧНОМУ ДНІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ TORCH-ІНФЕКЦІЄЮ**

**Сенюта Л.М., Стефанишин І.М., Марчук Л.І., Олійник О.М., Гаркот Л.І.**

Кафедра дитячих хвороб факультету післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

Актуальність вивчення TORCH-інфекцій у новонароджених визначається їх поширеністю, високим рівнем перинатальної смертності, впливом на формування вад розвитку систем і органів, неспецифічного імунітету дитини.

*Мета* - оцінити специфічність та інформативність змін на очному дні у новонароджених дітей із TORCH-інфекцією.

Проведено ретроспективний аналіз 54 дітей, які лікувалися у відділенні виходжування недоношених новонароджених у 2004-2006 роках з приводу природженої герпетичної, цитомегаловірусної інфекції, токсоплазмозу та уреаплазмозу. Оцінювали зміни на очному дні. Діагноз підтверджували визначенням ПЛР та специфічних IgG, IgA та IgM методом ІФА.

Усі діти госпіталізовані у тяжкому стані, з них 81,5% переведені із відділення інтенсивної терапії новонароджених. Середня тривалість перебування у ВІТН 7,09±0,67 ліжкоднів.

Природжений хламідіоз виявлено у 26 немовлят як у формі моноінфекції, так і в комбінації з іншими TORCH-патогенами. Ізольована природжена хламідійна інфекція вірогідно рідше призводить до розвитку набряку диску зорового нерва (20%), ніж поєднана (72,7%,  $p < 0,05$ ). Наявність пігментації, спазму артерій і/або вен на очному дні зустрічаються у більшості пацієнтів даної групи і за частотою виявлення вірогідно не відрізняються від груп новонароджених немовлят з іншими перинатальними інфекційними захворюваннями та без TORCH-інфекції.

Анти-Тохо-IgG виявлено у 22 хворих. Проте, не виявлено жодного випадку природженого активного токсоплазмозу. Серед обстежених виявлено тільки один випадок природженого латентного серологічно підтвердженого токсоплазмозу і один підозрілий випадок. Серологічно підтверджений природжений латентний токсоплазмоз супроводжувався набряком диску зорового нерва та пігментною каймою довкола диску, а підозрілий - набряком диску зорового нерва та аваскулярними ділянками по периферії сітківки.

Природжений уреаплазмоз мав місце у 4 хворих. В усіх випадках, незалежно від ступеня недоношеності/незрілості на очному дні спостерігалася набряк диску зорового нерва і аваскулярна сітківка ( $p < 0,01$ ).

Природжена CMV-інфекція констатована у 6 хворих. Усі діти поступили в стаціонар із різко вираженим набряком диску зорового нерва, у 66,7% випадків на очному дні визначалася пігментація, що перевищує показники в аналогічній групі серонегативних новонароджених, але не є достовірним ( $p > 0,05$ ). Тоді як склеральний серп спостерігався тільки у новонароджених з цитомегаловірусною інфекцією (33,3%,  $p < 0,05$ ).

У 40 хворих виявлено анти-HSV-IgG, які не перевищували рівень відповідних антитіл у матері, при від'ємних анти-HSV-IgM та ДНК HSV в крові дітей. Жодних специфічних змін на очному дні в даній групі не виявлено.

Висновки: хламідійна інфекція не призводить до розвитку набряку дисків зорових нервів та специфічних змін на очному дні. Природжений уреаплазмоз призводить до затримки васкуляризації сітківки та розвитку набряку дисків зорових нервів. Склеральний серп і різко виражений набряк дисків зорових нервів супроводжують природжену CMV-інфекцію. Таким чином, зміни з боку очного дна не можуть бути діагностичним критерієм TORCH-інфекцій у новонароджених, проте, мають діагностичну цінність, як додатковий метод оцінки тяжкості ураження.

УДК: 616.61-008.1-053.32

## **ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІЇ НИРОК У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ**

**Сенаторова Г.С., Ріга О.О., Бойченко А.Д., Сенаторова А.В.**

Кафедра педіатрії №1 і неонатології Харківського національного медичного університету (пр. Леніна, 4, м. Харків, Україна, 61022)

Відомо, що основні функції нирок, як гломерулярна фільтрація та тубулярна функція, є незрілими у недоношених. Тому метою дослідження було удосконалення діагностики функції нирок у передчасно народжених дітей. Обстежено 20 новонароджених з гестаційним віком 32,2±2,02 тижня та масою тіла від 700 до 2200 г. Особливості вагітності та пологів у матерів: загроза передчасних пологів (44,4%), багатоплідна вагітність (44,4%), відшарування плаценти (30%), мікст-інфікування (11,1%), кесарів розтин (22,2%). Помірна та тяжка асфіксія при народженні була у 5 дітей. Середній артеріальний тиск від 30 до 50 мм рт. ст. При УЗ-дослідженні нирок у всіх дітей спостерігалася фетальна почасткованість нирок, середні розміри органа: права нирка 18,42±2,26 мм на 41,34±6,304мм, ліва - 19,58±2,46 мм на 38,95±4,50 мм; максимальна швидкість артеріального потоку крові у

УДК: 578.27+613.952

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН НА ОЧНОМУ ДНІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ TORCH-ІНФЕКЦІЄЮ**

**Сенюта Л.М., Стефанишин І.М., Марчук Л.І., Олійник О.М., Гаркот Л.І.**

Кафедра дитячих хвороб факультету післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету (вул. Галицька 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

Актуальність вивчення TORCH-інфекцій у новонароджених визначається їх поширеністю, високим рівнем перинатальної смертності, впливом на формування вад розвитку систем і органів, неспецифічного імунітету дитини.

*Мета* - оцінити специфічність та інформативність змін на очному дні у новонароджених дітей із TORCH-інфекцією.

Проведено ретроспективний аналіз 54 дітей, які лікувалися у відділенні виходжування недоношених новонароджених у 2004-2006 роках з приводу природженої герпетичної, цитомегаловірусної інфекції, токсоплазмозу та уреоплазмозу. Оцінювали зміни на очному дні. Діагноз підтверджували визначенням ПЛР та специфічних IgG, IgA та IgM методом ІФА.

Усі діти госпіталізовані у тяжкому стані, з них 81,5% переведені із відділення інтенсивної терапії новонароджених. Середня тривалість перебування у ВІТН  $7,09 \pm 0,67$  ліжкоднів.

Природжений хламідіоз виявлено у 26 немовлят як у формі моноінфекції, так і в комбінації з іншими TORCH-патогенами. Ізольована природжена хламідійна інфекція вірогідно рідше призводить до розвитку набряку диску зорового нерва (20%), ніж поєднана (72,7%,  $p < 0,05$ ). Наявність пігментації, спазму артерій і/або вен на очному дні зустрічаються у більшості пацієнтів даної групи і за частотою виявлення вірогідно не відрізняються від груп новонароджених немовлят з іншими перинатальними інфекційними захворюваннями та без TORCH-інфекції.

Анти-Тохо-IgG виявлено у 22 хворих. Проте, не виявлено жодного випадку природженого активного токсоплазмозу. Серед обстежених виявлено тільки один випадок природженого латентного серологічно підтвердженого токсоплазмозу і один підозрілий випадок. Серологічно підтверджений природжений латентний токсоплазмоз супроводжувався набряком диску зорового нерва та пігментною каймою довкола диску, а підозрілий - набряком диску зорового нерва та аваскулярними ділянками по периферії сітківки.

Природжений уреоплазмоз мав місце у 4 хворих. В усіх випадках, незалежно від ступеня недоношеності/незрілості на очному дні спостерігалася набряк диску зорового нерва і аваскулярна сітківка ( $p < 0,01$ ).

Природжена CMV-інфекція констатована у 6 хворих. Усі діти поступили в стаціонар із різко вираженим набряком диску зорового нерва, у 66,7% випадків на очному дні визначалася пігментація, що перевищує показники в аналогічній групі серонегативних новонароджених, але не є достовірним ( $p > 0,05$ ). Тоді як склеральний серп спостерігався тільки у новонароджених з цитомегаловірусною інфекцією (33,3%,  $p < 0,05$ ).

У 40 хворих виявлено анти-HSV-IgG, які не перевищували рівень відповідних антитіл у матері, при від'ємних анти-HSV-IgM та ДНК HSV в крові дітей. Жодних специфічних змін на очному дні в даній групі не виявлено.

Висновки: хламідійна інфекція не призводить до розвитку набряку дисків зорових нервів та специфічних змін на очному дні. Природжений уреоплазмоз призводить до затримки васкуляризації сітківки та розвитку набряку дисків зорових нервів. Склеральний серп і різко виражений набряк дисків зорових нервів супроводжують природжену CMV-інфекцію. Таким чином, зміни з боку очного дна не можуть бути діагностичним критерієм TORCH-інфекцій у новонароджених, проте, мають діагностичну цінність, як додатковий метод оцінки тяжкості ураження.

УДК: 616.61-008.1-053.32

## **ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІЇ НИРОК У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ**

**Сенаторова Г.С., Ріга О.О., Бойченко А.Д., Сенаторова А.В.**

Кафедра педіатрії №1 і неонатології Харківського національного медичного університету (пр. Леніна, 4, м. Харків, Україна, 61022)

Відомо, що основні функції нирок, як гломерулярна фільтрація та тубулярна функція, є незрілими у недоношених. Тому метою дослідження було удосконалення діагностики функції нирок у передчасно народжених дітей. Обстежено 20 новонароджених з гестаційним віком  $32,2 \pm 2,02$  тижня та масою тіла від 700 до 2200 г. Особливості вагітності та пологів у матерів: загроза передчасних пологів (44,4%), багатоплідна вагітність (44,4%), відшарування плаценти (30%), мікст-інфікування (11,1%), кесарів розтин (22,2%). Помірна та тяжка асфіксія при народженні була у 5 дітей. Середній артеріальний тиск від 30 до 50 мм рт. ст. При УЗ-дослідженні нирок у всіх дітей спостерігалася фетальна почасткованість нирок, середні розміри органа: права нирка  $18,42 \pm 2,26$  мм на  $41,34 \pm 6,304$  мм, ліва -  $19,58 \pm 2,46$  мм на  $38,95 \pm 4,50$  мм; максимальна швидкість артеріального потоку крові у

нирковій артерії ( $V_{max}$ ) -  $22,47 \pm 7,56$  см/сек, кінцева діастолічна швидкість потоку ( $V_{min}$ ) -  $14,9 \pm 4,77$  см/сек, індекс резистентності (IR) у двох дітей дорівнював 0,99 та 1,02, що свідчило про низьку перфузію органа. Встановлені кореляційні зв'язки між швидкістю клубочкової фільтрації та діастолічним артеріальним тиском ( $r=+0,304$ ), індексом резистентності ( $r=+0,566$ ), фракцією викиду лівого шлуночка ( $r=+0,445$ ), максимальною швидкістю артеріального потоку ( $r=+0,475$ ), симптомом "білої плями" ( $r=+0,729$ ), середнім артеріальним тиском ( $r=+0,823$ ).

Висновок: середній артеріальний тиск, симптом "білої плями" наряду з кліренсом креатиніну у недоношених дітей та з УЗД реального кровообігу віддзеркалюють стан функції нирок у передчасно народжених дітей.