МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

МІЖНАРОДНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

МАТЕРІАЛИ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

«РОЛЬ ТА МІСЦЕ МЕДИЦИНИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ»

21–22 листопада 2014 р.

м. Одеса

УДК 61(063)
ББК 5я43
Р 68

Роль та місце медицини у забезпеченні здоров'я людини
Р 68 **у сучасному суспільстві**: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 21–22 листопада 2014 р. – Одеса : Міжнародний гуманітарний університет, 2014. – 192 с.

ISBN 978-617-7178-43-8

У збірнику представлено стислий виклад доповідей і повідомлень, поданих на міжнародну науково-практичну конференцію «Роль та місце медицини у забезпеченні здоров'я людини у сучасному суспільстві», яка відбулася на базі Одеського медичного інституту Міжнародного гуманітарного університету 21–22 листопада 2014 р.

УДК 61(063)
ББК 5я43

ISBN 978-617-7178-43-8
© Одеський медичний інститут
Міжнародного гуманітарного університету, 2014

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Статеві відмінності цинкового статусу у постінфарктних діабетичних хворих
Алтуніна Н. В., Лизогуб В. Г., Бондарчук О. М. 9

Оперативное лечение женщин с врожденными пороками гениталий
с использованием ендоскопических технологий
Бенюк В. А., Винярский Я. М., Гончаренко В. Н.,
Шевченко И. М., Войток Т. Г., Довгалев Р. В. 10

Сучасний клініко-лабораторний портрет холестатичного гепатозу вагітних
Бенюк С. В., Ковалюк Т. В. 14

Фактори ризику та корекція порушень постави серед студентської молоді
Зайцева С. Г., Берко І. В. 17

Оптимізація корекції змін мікробіоти товстої кишки у хворих
на хронічні запальні захворювання кишечнику
Бойко Т. Й., Сорочан О. В., Стойкевич М. В.,
Мосалова Н. М., Вінник Н. В. 20

Взаємозв'язок показників фібринолізу плазми крові
та тканини тонкої кишки в умовах експериментального перитоніту
Войтів Я. Ю., Максименюк Д. В., Ніколенко К. М. 21

Діагностична оцінка величин ангіотензіореобарографії
у пацієнтів на есенційну гіпертензію II стадії
Гайдич Л. І. 24

Оцінка ефективності гемостатичної терапії
при гострих шлунково-кишкових кровотечах
Гапонов І. В., Ярошенко К. О. 26

Вивчення стану якості естетичних реставрацій фронтальної групи зубів
Герелюк В. І., Кобрин О. П., Кобрин Н. Т. 29

Гистероскопическая абляция в лечении гиперпластических процессов
ендометрия у женщин пери- и постменопаузального возраста
Гончаренко В. Н. 30

Вплив психоемоційних факторів на перебіг вагітності при невиношуванні
Даниш О. О. 34

Генеалогічний анамнез жінок із метаболічним синдромом
Диндар О. А., Бенюк В. О., Никонюк Т. Р. 37

Деякі аспекти структури і менеджменту безпліддя у жінок
Єляшович В. С., Неймарк О. С., Ковалюк Т. В. 40

Динамика клинико-функциональных параметров у пациентов
с ГЭРБ и сопутствующей ИБС на фоне терапии мелатонином
Измайлова О. В. 42

Особливості імунологічної реактивності у хворих
із загостренням хронічного обструктивного захворювання легень
Ільницький Р. І., Добрянський Д. В. 45

Современные методы лечения распространенного
атеросклероза магистральных артерий нижних конечностей
Кайма Е. А., Жук А. В. 48

Оцінка якості реставрацій бічних зубів у практиці лікаря-стоматолога
Герелюк В. І., Романишин С. С., Кобрин Н. Т. 50

Особливості лікування хворих на генералізований
пародонтит із супутньою патологією
**Кобрин О. П., Герелюк В. І., Романишин С. С.,
Кукурудз Н. І., Кобрин Н. Т. 51**

Прогностичне значення ранньої зміни кількості
навколоплідних вод щодо завмерлої на ранніх термінах вагітності
Бала О. О., Ковалюк Т. В., Ковальчук Х. В. 52

Зміни показників періапікального індексу під впливом запропонованого
лікування хронічного гранулюючого періодонтиту постійних зубів у дітей
Костюк І. Р., Мельничук Г. М., Костюк В. М. 55

Пластика діафрагми у новонароджених дітей з аплазією купола
Кривченя Д. Ю., Бензар І. М., Руденко Є. О., Шульжик І. І. 58

Диагностическая значимость отдельных патологических рефлексов
в неврологическом статусе у пациентов нейрохирургического профиля
Лагун Ю. В., Гуцко С. Н. 61

Фактори, які впливають на якість та тривалість життя підлітків та молодих
дорослих пацієнтів із прооперованими вродженими вадами серця
Лебідь І. Г., Касьянова А. Ю. 62

Малоинвазивные методы лечения доброкачественной
гиперплазии предстательной железы и сравнительная
характеристика осложнений некоторых из них
Ловыгин Г. А. 65

Результаты хирургического лечения острой мезентериальной ишемии
Марченко В.О. 67

Доступ к локтевому суставу при эндопротезировании
Носивец Д. С. 69

Ефективність проведеної імунопрофілактики гострих
респіраторних захворювань у дітей, які часто хворіють
Пилюк І. І. 71

Особливості функціонування нирок при доклінічних
формах інфекцій сечовивідних шляхів у вагітних
Ринжук Л. В., Ринжук В. Є., Куць А. В. 74

Дослідження антибактеріальної активності
зинаксину в присутності біологічних рідин
**Романишин С. С., Герелюк В. І., Кобрин О. П.,
Кукурудз Н. І., Павелко Н. М. 77**

Глоссодиния у больных хроническим
генерализованным пародонтитом на фоне паразитозов
Савельева Н. Н. 78

Електроміогістерографія як метод діагностики аномалій
пологової діяльності у багатонароджуючих жінок
Салламі Мохамед Амін, Майданник І. В. 81

Эндосклерозирование – «золотой стандарт» в лечении и профилактике
кровотечений при синдроме портальной гипертензии у детей
Козлова Е. И., Синькевич Н. С., Козлов И. Б. 84

Клінічні особливості гострого ішемічного інсульту
у пацієнтів із гіпофункцією щитоподібної залози
Філіпець О. О. 85

Вплив ліпосомального кверцетин-лецитинового комплексу
та гелю з гранул кверцетину на вміст проміжного продукту
перекисного окиснення ліпідів дієнових кон'югатів у хворих
на генералізований пародонтит хронічного перебігу I-II ступеня
Худякова М. Б., Рябоконь Є. М., Соколова І. І. 87

Імуногістохімічні реакції при чоловічій неплідності
Чалій А. С. 92

Якою повинна бути жорсткість щетини зубної щітки
Юсковець Л. П 93

Практичне значення визначення антитіл
до цитрулінованих білків при ревматоїдному артриті
Яременко О. Б., Микитенко Г. М. 98

НАПРЯМ 2. ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Особенности формирования кальцийдефицитных состояний
у населения промышленных городов
Белецкая Э. Н., Онул Н. М., Безуб О. В., Околова В. В. 102

Анкетирование как показатель психологического
и физического здоровья студентов-медиков
Ягодка А. А., Быльский Д. В., Савицкий И. В., Тюпа В. В. 106

Психогігієнічний аспект сучасного освітнього процесу
Головкова Т. А. 109

Психологічний мікроклімат студентських груп
майбутніх педіатрів як основа психогігієни навчального процесу
Землякова Т. Д., Антонова О. В. 111

Проблема забруднення навколишнього середовища міст
як ключовий чинник підвищення рівня захворюваності населення
Сурсаєва І. С., Орлова В. Ф. 114

НАПРЯМ 3. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

Дослідження організаційної культури
вітчизняних фармацевтичних закладів
Артюх Т. О., Зарічкова М. В. 119

Фітохімічне вивчення Carduus Acanthoides L., Carduus Nutans L.
Баланчук Т. І., Мазулін О. В. 121

До питання контролю за обігом лікарських засобів,
які потенційно можуть використовуватись в немедичних цілях
Бобрук В. П., Благун О. Д. 123

Фітохімічне вивчення Artemisia taurica Willd. та Artemisia balchanorum Krasch
Ведернікова К. В., Гречана О. В., Шевченко І. М. 125

Дотримання етики та деонтології у роботі провізорів та фармацевтів
Глушко Н. В., Черкасова Н. М. 126

До питання технології та застосування ліпосомальних форм
Гордзієвська Н. А., Слюсар О. А. 128

Проблема біосумісності розчинів
для перитонеального діалізу із мембраною очеревини
Гудзь Н. І., Коритнюк Р. С. 131

Перспективні ефірноолійні види роду Achillea L.
Дуюн І. Ф., Смойловська Г. П., Мазулін Г. В. 132

Динаміка доступності споживання метформіну
у подільському регіоні у 2011-2013 рр.
Івко Т. І., Германюк Т. А. **134**

Вивчення ринку седативних лікарських засобів
рослинного походження вітчизняного виробництва
Котельнікова М. Г. **136**

Флавоноїдний склад видів роду Polygonum L.
Лукіна І. А., Мазулін О. В. **138**

Дослідження накопичення макро- та мікроелементів у суцвіттях рослин
роду Tagetes L. в умовах м. Запоріжжя та Запорізької області
Малюгіна О. О. **140**

Перспективні види роду Cirsium L. флори України
Попова Я. В., Мазулін О. В., Шевченко І. М. **142**

Перспективи використання гриба Hericium Erinaceus
в медичній та фармацевтичній практиці
Саханда І. В. **144**

Підбір корекції смаку для рідких лікарських засобів
орального застосування у вигляді сиропів
Слюсар О. А., Гордзієвська Н. А. **147**

Макро- и микроэлементный состав лекарственного сырья
тысячелистника субобыкновенного
Смойловская Г. П. **148**

Викладка лікарських засобів на полицях
як один із напрямків удосконалення аптечного нейромаркетингу
Унгурян Л. М. **151**

НАПРЯМ 4. МЕДИЧНО-БІОЛОГІЧНІ НАУКИ

Антидепресивна активність нових комплексів $SnCl_4$ з саліцилоїлгідразонами
бензальдегіду та 4-бромбензальдегіду при пероральному введенні
**Александрова О. І., Кравченко І. А., Прокопчук О. Г.,
Шматкова Н. В., Сейфуліна І. Й.** **154**

Рационализация научно-организационных принципов деятельности
судебно-медицинской службы при идентификации
неопознанных трупов в условиях массовой гибели людей
Варсан Е. Б. **156**

Патофизиологические критерии диагностики
невротического конфликта тестом Л. Сонди
**Гайворонский А. Н., Савицкий И. В.,
Быльский Д. В., Ягодка А. А., Тюпа В. В.....160**

Синдром Лемьера – прогноз и осложнения
Гужва А. А. 162

Особенности экспрессии HepPar-1
и альфа-фетопротеина в гепатоцеллюлярном раке печени
Туманский В. А., Зубко М. Д. 164

Електронномікроскопічне дослідження гемомікроциркуляторного русла
острівців лангенгарса на тлі медикаментозної корекції
експериментального цукрового діабету
Іванців О. Р. 165

Використання методів днк-аналізу у практиці Одеського обласного бюро
судово-медичної експертизи при дослідженні слідів сечі
Кривда Р. Г. 167

Генетические аспекты резистентности
Neisseria Gonorrhoeae к антимикробным препаратам
Чернякова А. М., Максименко Л. Д. 170

G. Vaginalis как ведущий этиологический фактор
в развитии бактериального вагиноза
Паймина И. С. 172

Особенности проведения комплексной экспертизы
при наезде автомобилем на велосипедиста
Плевинскис П. В. 174

Патогенетичне обгрунтування реабілітації репродуктивної функції
з допомогою NO ендогенного та екзогенного походження
Савицький І. В., Дворецький Р. І., Мізевич Ю. В., Магденко Г. К. 178

Нейроно-гліально-капілярні відносини у постцентральній
звивині кори головного мозку людини
Сероух О. Г. 181

Онкоэпидемиологическое исследование
как приоритетное направление в профилактике рака молочной железы
Синькевич Н. С., Козлова Е. И., Точёная Н. А. 184

Оценка эффективности достижения целевых лабораторных показателей
у пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом
Синькевич Н. С., Козлова Е. И., Захаренко Н. Н. 187

НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ ЦИНКОВОГО СТАТУСУ У ПОСТІНФАРКТНИХ ДІАБЕТИЧНИХ ХВОРИХ

Алтуніна Н. В.
кандидат медичних наук,
асистент кафедри внутрішньої медицини № 4
Лизогуб В. Г.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри внутрішньої медицини № 4
Бондарчук О. М.
кандидат медичних наук, асистент кафедри внутрішньої медицини № 4
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Мета роботи: вивчити гендерні особливості концентрації цинку у крові хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу, що перенесли не-Q-інфаркт міокарда (не-Q-ІМ) в порівнянні з такими ж пацієнтами без інфаркту в анамнезі та з недіабетичними постінфарктними хворими.

Матеріали і методи: Обстежено 73 хворих (44 чоловіки та 29 жінок, середній вік хворих – 62,69 ± 0,91 р.), з яких 26 (16 чоловіків та 10 жінок) – пацієнти, які перенесли не-Q-ІМ і хворіють на ЦД 2 типу (основна група), 23 (14 чоловіків та 9 жінок) хворих з перенесеним не-Q-ІМ без супутнього ЦД (І група порівняння) та 24 (14 чоловіків та 10 жінок) пацієнти з ЦД 2 типу без ІМ в анамнезі (ІІ група порівняння). Хворим визначали рівень цинку в сироватці венозної крові методом атомно-абсорбційної спектрометрії. Контрольну групу (КГ) склали 22 практично здорові особи. Достовірність відмінностей при порівнянні середніх значень визначали за допомогою t-критерія Стьюдента.

Результати: Аналіз отриманих даних в основній групі хворих показав достовірне зменшення концентрації цинку крові ($p<0,001$) у цих пацієнтів порівняно з КГ практично здорових осіб незалежно від статі. При цьому, рівень цинку у постінфарктних хворих з ЦД 2 типу виявився достовірно нижчим в порівнянні з такими ж хворими без ЦД ($p<0,05$) за рахунок нижчої його концентрації у пацієнтів жіночої статі ($p<0,001$), а порівняно з пацієнтами з ЦД 2 типу без ІМ в анамнезі не мав достовірних відмінностей.

При співставленні отриманих результатів в групах порівняння виявлено достовірне зниження концентрації цинку крові порівняно з особами КГ як у хворих І групи порівняння ($p<0,01$) за рахунок зменшення його рівня у осіб чоловічої статі ($p<0,001$), так і у пацієнтів ІІ групи порівняння ($p<0,001$) незалежно від статі.

Внутрішньогруповий гендерний аналіз показав достовірно нижчий рівень цинку у чоловіків з перенесеним не-Q-ІМ без супутнього ЦД ($p<0,01$)

порівняно з особами жіночої статі, а в групах діабетичних хворих відмічено тенденцію до нижчих концентрацій цинку у жінок (p<0,2).

Отже, отримані нами дані свідчать про зниження рівня цинку в усіх досліджуваних групах пацієнтів порівняно з КГ практично здорових осіб. При цьому, більш суттєве зниження цинку відмічається у діабетичних хворих. За гендерними ж особливостями виявлено нижчі рівні цинку у діабетичних жінок та у постінфарктних чоловіків.

Висновки. Результати наших досліджень встановили чіткі відмінності в концентрації цинку серед пацієнтів жіночої статі. Так, для жінок, хворих на ЦД 2 типу, що перенесли не-Q-ІМ, характерне більш суттєве зниження концентрації цинку крові в порівнянні з недіабетичними постінфарктними пацієнтками та співставний рівень цинку з діабетичними особами жіночої статі без ІМ в анамнезі.

Концентрація цинку у пацієнтів чоловічої статі в досліджуваних групах не мала суттєвих відмінностей, але зафіксовано нижчий рівень цинку у постінфарктних чоловіків без ЦД порівняно з особами жіночої статі цієї групи.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ ГЕНИТАЛИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Бенюк В. А.
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 3
Винярский Я. М.
кандидат медицинских наук, руководитель
Гончаренко В. Н.
кандидат медицинских наук, доцент, акушер-гинеколог
Шевченко И. М.
акушер-гинеколог
Войток Т. Г.
акушер-гинеколог
Центра общей гинекологии клинической больницы «Феофания»
Довгалев Р. В.
ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 3
Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца
г. Киев, Украина

Самые первые сведения об аплазиях влагалища принято относить к эпохе Гиппократа, который в своем трактате «Природа женщины» описал как само по себе отсутствие влагалища, так и предлагавшиеся в то время способы лечения. Упоминание об этой патологии стало чаще появляться в манускриптах, относившимся к более поздним периодам греческой и древнеримской

цивилизаций, хотя первое документированное описание вагинальной аплазии у женщин датируется 1781 г. [4]

В настоящее время такие социальные процессы, как урбанизация и снижение уровня жизни населения, табакокурение и наркомания, ухудшение экологической обстановки, фармакологический бум с бесконтрольным применением лекарственных средств, в том числе и вовремя беременности создают объективные предпосылки к возрастанию удельного веса врожденных аномалий женских гениталий в структуре гинекологической патологии и составляет 2,7% в структуре гинекологических заболеваний детей и подростков [2, 3]. Согласно данным литературы среди врожденных пороков развития гениталий частота аномалий развития влагалища составляет 1:5000 родов, среди гинекологических больных пороки развития встречаются в 0,1-0,6%, а частота аплазии влагалища и матки составляют 1 на 20000 женщин [1, 3].

Женщин с данной патологией условно можно разделить на 3 группы. Первая группа – с выраженными вторичными половыми признаками. Большинство из них пропорционального телосложения, женственны, изящны. Принадлежность их к женскому полу подтверждается данными исследования полового хроматина и кариотипа \XX\. Имеются полностью развитые яичники, которые обнаруживаются при чревосечении в процессе кольпопоэза.

Вторая группа – с нарушением половой дифференцировки. Среди больных имеются лица с ложным мужским гермафродитизмом. Внешне их тело имеет женское строение с развитыми молочными железами. Однако в области больших половых губ, в паховых областях или в брюшной полости располагаются яички. Отмечается низкое содержание полового хроматина. Хромосомный набор ХУ. У многих из этих больных имеется слепо заканчивающееся влагалище, вполне пригодное для половой жизни. Реже отмечается аплазия влагалища и больные нуждаются в операции.

К третьей группе относятся больные с кариотипом ХУ, гипертрофией клитора, гирсутизмом, отсутствием влагалища. Половые железы располагаются в складках неразвившейся мошонки, паховых каналах или брюшной полости. Анатомическое строение наружных половых органов, уретры и промежности имеет особенности: наружное отверстие уретры открывается несколько ниже, чем обычно, область входа во влагалище выражена недостаточно, промежность низкая.

Для аплазии матки и влагалища характерно невозможность нормальных половых отношений, отсутствие менструаций, наличие периодических ежемесячных тянущих болей внизу живота, нагрубанием молочных желез. Различные формы пороков развития матки и влагалища клинически могут проявляться в пубертатном периоде, с началом половой жизни или после начала ее в связи с бесплодием [2, 5].

Цель исследования. Разработка индивидуального подхода при оперативном лечении врожденных пороков женских гениталий с использованием новых эндоскопических технологий.

Материалы и методы исследования. Нами проведено обследование 19 больных с пороками развития матки и влагалища в возрасте от 16 до 34 лет. Больным производили общеклинические, гинекологические исследова-

ния, вагинографию, УЗИ органов малого таза, определение уровня антимюллерова фактора в крови, кариотипирование.

При анализе возрастной структуры прооперированных больных установлено, что наибольшую группу составили больные в возрасте 17–21 лет – 9 (47,4%), в возрастном цензе 22–34 лет – 5 (26,3%) до 16 лет – 4 (21,0%) наблюдения, и в возрасте 34 и старше 1 (5,2%) больная.

Структура выявленных аномалий гениталий – аплазия влагалища 6(31,6%) наблюдений, аплазия матки и влагалища 2(10,4%), 4(20,8%) больных имели гипоплазию матки и аплазию влагалища, аплазия матки и гипоплазия влагалища диагностирована у 6(31,6%) женщин, в 1(5,2%) – аплазия матки и влагалища с гипертрофией клитора.

Оперативное лечение проводили в два этапа – на первом этапе выполнялось лапароскопическое обследование, что позволяло уточнить характер патологии, оценить анатомо-топографические особенности, при необходимости определить оптимальный участок кишечника и разработать дифференцированный вариант оперативного метода коррекции.

На втором этапе моделировался основной обьем кольпопоэза, оперативную коррекцию наружных половых органов, резекция яичников вариант одновременно вырабатывая дополнительно тактику под контролем лапароскопии.

В зависимости от формы врожденной патологии и индивидуальных анатомо-топографческих особенностей малого таза нами выполнены следующие оперативные вмешательства: 10 (52%) – кольпопоэз из тканей урогенитального синуса, у 6 (31,6%) кольпопоэз из сигмовидной кишки по Е. Гиговскому, кольпопоэз из париетальной брюшины выполнен 2 (10,4%), а из фрагмента тонкого кишечника 1(5,2%) женщинам.

Результаты и их обсуждение. При наличии благоприятных условий, а именно достаточная величина кармана урогенитального синуса проводилось формирования неовагины, за счет тканей урогенитального синуса в 10(52%) наблюдений. При относительной простоте в сравнении с другими методиками данный метод требовал бережного отношения к слизистой синуса, уточнения границ и анатомических взаимоотношений, что в дальнейшем и определяло обьем проведенной пластики.

При выполнении кольпопоэза и формировании канала для неовагины проводилась диафаноскопия диафрагмы таза лапароскопом, что позволяло четко определить оперативную зону с учетом профилактики травматизма смежных органов и сосудов.

Кольпопоэз из тонкой кишки и сигмовидной кишки по Е. Гиговскому выполняли при отсутствии возможности использовать ткани урогенитального синуса и париетальной брюшины. Трансплантат для искусственного влагалища при отсутствии дополнительной петли сигмовидной кишки выделяли в ректосигмоидной зоне, при короткой сигмовидной кишке выделяли в десцендосигмоидной зоне, длина сформированной неовагины составила 8–11 сантиметров.

В двух наблюдениях технически оптимальным вариантом кольпопоэза формирование неовагины проводили из париетальной брюшины. С помощью лапароскопии определен оптимальный сегмент париетальной брюшины мало-

го таза, при диафаноскопии тазового дна лапароскопом определен участок формирования неовагины .

В реабилитационном периоде для профилактики спаечного процесса использовали пелот из пенополиуретана, который вводился в неовагину ежедневно, начиная со следующего дня после операции. Больные выписывались на 12-14 сутки. Половую жизнь рекомедовали к концу 1 месяца после операции. Дальнейшее использование пелота рекомендовалось при отсутствии регулярной половой жизни.

Выводы.

1. Эндоскопическая ассистенция при выполнении кольпопоэза позволяет уточнить диагноз, оценить анатомо-топографические особенности и смоделировать рациональный вариант оперативного вмешательства, снизить травматичность и продолжительность оперативного вмешательства, определить рациональную лечебно-реабилитационную программу.

2. Для социальной и половой реабилитации целесообразно диагностировать порок развития гениталий до замужества с проведением последующей оперативной коррекции.

3. Реабилитация сексуальной функции благоприятно влияла на психоэмоциональный статус девушек, и качество жизни.

Литература:

1. Адамян Л.В., Оперативная гинекология детей и подростков /Адамян Л.В., Богданова Е.А. /. – М.: ЭликсКом, – 2004. – 114 с.

2. Давыдов Н.С. Брюшинный кольпопоэз.. / Давыдов Н.С. /. – Л., 1977. – 170 с.

3. Burger RA, Ileocecal vaginal reconstruction. /Burger RA, Ried Miller H, Knapstein PG, et al/ Am J Obstet Gynecol 161:, 1989 – 162-167 p.

4. Buttram VC: Mullerian anomalies and their management. / Buttram VC: / Fertil Steril 40:, 1983. – 159–163 p

5. Carson SA Heri’ aspects of uterine anomalies/Carson SA, Simpson JL, Malinak LR, et al: / Fertil Steril 40:, 1983. – 86–90 p.

СУЧАСНИЙ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИЙ ПОРТРЕТ ХОЛЕСТАТИЧНОГО ГЕПАТОЗУ ВАГІТНИХ

Бенюк С. В.
асистент кафедри акушерства і гінекології № 3
Ковалюк Т. В.
асистент кафедри акушерства і гінекології № 3
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Холестаз вагітних – специфічне ускладнення вагітності, що виникає, переважно, в III триместрі, проявляється шкірним свербежем і змінами біохімії крові. Холестатичний гепатоз вагітних (ХГВ), як правило має доброякісний перебіг для матері, але характеризується підвищеним рівнем передчасних пологів, дистресу плода, перинатальних ускладнень [1, с. 202; 2, с. 611].

Перше повідомлення про холестатичний гепатоз вагітних з'явилося в літературі в 1883 році, коли Ф. Альфельд описав інтенсивний шкірний свербіж на тлі легкої жовтяниці в останньому триместрі вагітності, що повністю регресує після розродження. Пізніше про подібний стан при вагітності в 1937 році згадує Епінгер, а в 1955 році – Торлінг і Сванборг [3, с. 898]. І до сьогодні інтерес науковців до даної проблеми не згасає. За даними літератури, частота ХГВ має генетичну та демографічну обумовленість, а тяжкість може варіювати в залежності від характеру харчування, вживання гепатотоксичних медикаментів, супутньої патології [1, с. 202; 4, с. 1386; 5, с. 323].

Метою нашого дослідження стало вивчення клініко-лабораторних характеристик холестатичного гепатозу вагітних на сучасному етапі.

Основним симптомом у вагітних з ХГВ був шкірний свербіж (у 100% жінок). Інтенсивність шкірного свербежу варіювала від легкої до вираженої. Іноді шкірний свербіж ставав нестерпним, призводив до емоційних розладів: дратівливості, пригнічення настрою (69,0%), посилюючись в нічний час, порушував сон, викликаючи безсоння (69,8%). Інтенсивний і тривалий шкірний свербіж призводив до екскоріацій шкірних покривів (63,9%). Анорексія (2,3%) мала місце, як правило, при найбільш тяжких формах ХГВ. Жовтяничне забарвлення шкіри і слизових оболонок відмічали лише у 10 (7,7%) вагітних з холестазом. У 4 жінок вираженість жовтяниці була помірною, у вигляді іктеричності склер, рівень білірубіну досягав 50±3,5 мкмоль/л (прямий білірубін складав 8,7±0,2 мкмоль/л). У цих вагітних розвиток холестатичного гепатозу характеризувався раннім початком (II триместр) і найбільш важким перебігом. У 6 випадках рівень білірубіну підвищувався максимально до 40±3,4 мкмоль/л (прямий білірубін 8,2±0,3 мкмоль/л). У цих випадках жовтяниця проявлялася у вигляді іктеричності склер. Таких клінічних проявів холестазу як стеаторея, ксантоми не відмічали.

При об'єктивному обстеженні вагітних з ХГВ не відмічали збільшення розмірів печінки або болючості при її пальпації. Не спостерігали і локальної болючості при пальпації жовчного міхура. При ультразвуковому скануванні гепатобіліарної системи відзначалися нормальні розміри і ехогенність ткани-

ни печінки. Проте у 2/3 вагітних з ХГВ виявляли збільшення об'єму жовчного міхура. За даними ультразвукового дослідження, розміри жовчного міхура в середньому склали 8,1±1,3 см.

Загальний стан вагітних з ХГВ оцінювали як задовільний. Перші прояви холестатичного гепатозу вагітних відмічали в різні терміни вагітності. Найчастіше холестатичний гепатоз дебютував в III триместрі вагітності. У половині випадків терміни виникнення захворювання коливалися від 27 до 32-х тижнів, більш ніж в третині випадків – від 33 до 38 тижнів. В середньому термін вагітності при перших проявах ХГВ склав 32,1±2,4 тижні.

Залежно від ступеня вираженості змін біохімічних показників крові і з урахуванням симптоматології захворювання перебіг ХГВ можна було розділити на легкий, середньої тяжкості і тяжкий. При усіх ступенях тяжкості холестатичного гепатозу вагітних відмічали достовірне ($p<0,001$) підвищення активності загальної лужної фосфатази (ЗЛФ) в порівнянні з відповідними показниками крові здорових вагітних: при легкому ступені – в 1,5 рази, при середній тяжкості – в 1,8 разів, при тяжкому – в 2,6 рази. При цьому частка плацентарної лужної фосфатази (ПЛФ) знижувалася при всіх ступенях ХГВ. При легкому ступені частка ПЛФ складала 33%, при середній тяжкості – 25%, при тяжкому ХГВ – 20% від рівня загальної лужної фосфатази.

Рівень холестерину також підвищувався в порівнянні з показниками у здорових вагітних: при легкому – в 1,4 рази, при середній тяжкості – в 1,5 рази, при тяжкому перебігу – в 1,7 разів.

Рівень білірубіну підвищувався при легкому ступені ХГВ в 1,3 рази в порівнянні з показниками у здорових вагітних ($p<0,01$), але при цьому залишався в межах нормальних значень, при середній тяжкості відмічали підвищення білірубіну в 2 рази, при тяжкому ступені – в 3 рази. Активність γ-глутамілтранспептидази (γ-ГТП) підвищувалася в 1,5 рази при середній тяжкості і в 2,5 рази при тяжкому ступені ХГВ в порівнянні з показниками у здорових вагітних, а також в порівнянні з показниками при легкому ступені ХГВ.

Активність АЛТ достовірно підвищувалася при середній тяжкості в 2 рази, при тяжкому ступені – в 2,5 разів. Активність АСТ при середній тяжкості підвищувалася в 1,5 рази, при тяжкому ступені – в 2 рази.

Показники загального аналізу крові, згортаючої системи, рівень глюкози та тимолова проба знаходились в межах нормальних значень і достовірно не відрізнялися від показників крові у здорових вагітних, лише відзначалася тенденція до зниження рівня тромбоцитів.

Нами проведена оцінка стану перекисного окиснення ліпідів по рівню первинного продукту – дієнових кон'югатів та антиоксидантної системи. При легкому ступені ХГВ рівень дієнових кон'югатів підвищувався в 1,2 рази в порівнянні з показниками у здорових вагітних, при середній тяжкості ХГВ – в 1,8 разів, при тяжкому ступені – в 2 рази. Рівень антирадикальної активності при цьому достовірно знижувався в порівнянні з показниками у здорових вагітних при всіх ступенях ХГВ в середньому в 1,3 рази.

Результати проведених імунологічних досліджень у вагітних з ХГВ показали, що у більшості з них виявлено порушення з боку показників клітинної та гуморальної ланок імунітету. Індивідуальний аналіз імунограм свідчить, що

ступінь вираженості цих порушень прямо корелював зі ступенем тяжкості перебігу захворювання. Зміни імунологічних показників характеризувалися наявністю Т-лімфопенії, дизбалансом основних регуляторних субпопуляцій Т-клітин в сторону превалюючого зниження кількості циркулюючих Т-хелперів/індукторів (CD4+), а внаслідок цього імунорегуляторного індексу CD4+/CD8+, який відображає співвідношення клітин з хелперною та супресорною активністю. Число Т-супресорів (CD8+) і В-клітин у більшості обстежених вагітних з ХГВ зберігалося в межах норми. Описана динаміка виявлялася при обстеженні як у другому, так і в третьому триместрах вагітності. Такі зміни імунітету трактуються як супресорний варіант вторинного імунодефіциту.

Таким чином, клінічні прояви ХГВ представлені, в основному, шкірним свербежем і емоційними розладами. Жовтяниця, диспептичні розлади не характерні для даної патології. Лабораторно, при холестатичному гепатозі вагітних, відзначається підвищення рівня холестерину в крові і загальної лужної фосфатази при усіх ступенях тяжкості захворювання, а також підвищення рівня білірубіну, активності γ-ГТП, АЛТ, АСТ, посилення процесів перекисного окиснення ліпідів, зниження антирадикальної активності та вторинна супресія імунітету.

Література:

1. Arrese M. Intrahepatic holestasis of pregnancy: a past and present riddle / Arrese M., Reyes H. // An. Hepat., 2006. – 5(3). – P. 202–205.

2. Бенюк В.О. Особливості перебігу вагітності та пологів при холестатичному гепатозі вагітних. / Бенюк В.О., Дубенець С.В., Усевич І.А., Бенюк С.В.// Зб. наук. праць. асоц. акуш.-гінек. України. – К. Інтер-мед, 2008. – С. 609–611.

3. Lee N.M. Liver disease in pregnancy / Lee N.M., Brady C.W. // World J Gastroenterol. 2009. – 15(8). – P. 897–906.

4. Marschall H.U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and associated hepatobiliary disease: a population-based cohort study / Marschall H.U., Shemer E.W., Ludvigsson J.F. et al. // Hepatology, 2013. – vol. 58. – P. 1385–1391.

5. Oztas E., Can routine laboratory parameters predict adverse pregnancy outcomes in intrahepatic cholestasis of pregnancy? / Oztas E, Erkenekli K, Ozler S, et al // J Perinat Med., 2014. – № 24(7). – P. 321–325.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Зайцева С. Г., Берко І. В.
викладачі циклових комісій терапевтичних та хірургічних дисциплін
Сумського медичного коледжу
м. Суми, Україна

Порушення постави є однією з основних патологій фізичного розвитку людини. За останні роки це питання все більше і більше привертає увагу педагогів, лікарів та батьків. І це не випадково. Наука вказує, що 62% наших дітей потребують корекції викривлень хребта, вони страждають порушенням опорно-рухового апарату в тій чи іншій мірі. А це – передумова до розвитку багатьох хронічних хвороб [2].

Постава – звичне положення тіла при сидінні, стоянні, ходьбі. Вона починає формуватися з раннього дитинства і залежить від форми хребта, рівномірності розвитку і тонусу мускулатури торсу [1].

Однак, порушення постави – це не тільки косметичний дефект, існування якого є неприємним фактом. Порушення постави, до того ж, супроводжуються розладом в роботі внутрішніх органів і систем. Відбувається це внаслідок стискання внутрішніх органів, порушення їх анатомічно правильного розташування в організмі. Неправильне положення тіла порушує легеневу вентиляцію, зменшує надходження кисню до головного мозку. Порушення постави може, навіть, спричиняти розвиток захворювань серцево-судинної та дихальної систем. Через неправильну поставу порушується робота нервової системи, оскільки у міжхребцевих отворах проходять багаточисельні нерви, що регулюють роботу окремих органів та організму в цілому.

Порушенню нормальної діяльності органів черевної порожнини сприяє слабкість м’язів живота. Внаслідок порушення постави відбуваються зміни функції хребта – це спричиняє постійні мікротравми головного мозку під час ходьби, бігу і інших рухів, що негативно позначається на вищій нервовій діяльності, супроводжується швидким настанням втоми, а нерідко і головними болями.

Найчастіше серед викривлень хребта зустрічається сколіоз. На превеликий жаль, медична статистика вельми невтішна – сколіоз діагностується у 10% відсотків школярів початкових класів, у 30% учнів середніх класів і у 79% учнів старших класів [3].

Переважна більшість порушень постави у людей різного віку має придбаний функціональний характер, і пов’язані зі слабкістю м’язів спини. Але існує дуже багато провокуючих факторів, які можуть сприяти появі цієї патології.

Тому метою нашого дослідження стало, в першу чергу, з’ясування поінформованості майбутніх медичних працівників та майбутніх батьків про існуючу проблему порушення постави, виявлення цієї патології на даний момент часу серед студентської молоді, виявлення провокуючих факторів порушення постави, з’ясування ролі етіологічних факторів в розвитку даної патології та розробка правил для профілактики порушень постави.

Нами було проанкетовано для виявлення факторів ризику та обстежено на предмет порушення постави 70 студентів віком від 18 до 21 року.

Порушення постави має місце у 48 (68%) студентів, в тому числі у 38 (54%) студентів II курсу та у 10 (14%) III курсу.

Та нами були з'ясовані провокуючі фактори серед наших студентів, які впливають на виникнення цієї патології. А саме:

– недотримання режиму дня у 22 (58%) студентів II курсу та у 3 (30%) студентів III курсу.

– відсутність збалансованого харчування у 35 (92%) студентів II курсу та у 10 (100%) студентів III курсу.

– відсутність раціонального чергування праці і відпочинку у 24 (63%) студентів II курсу та 7 (70%) студентів III курсу.

– низька рухова активність у 32 (84%) студентів II курсу та у 7 (70%) студентів III курсу.

– неправильно підібрані меблі (стіл, стілець, ліжко, матрац) у 36 (95%) студентів II курсу та у 9 (90%) студентів III курсу.

– фонові захворювання (гастрит, порушення зору) у 10 (26%) студентів II курсу та у 2 (20%) студентів III курсу.

– носіння важких речей у 24 (63%) студентів II курсу та у 9 (90%) студентів III курсу.

Студентів із нормальною поставою виявлено 22 (32 %), із них 12 (54 %) II курсу та 10 (46 %) III курсу.

Отже, можна зробити висновок, що набуті порушення постави у студентів зумовлені такими чинниками:

– нераціональне та незбалансоване харчування;

– недостатній рівень загальної рухової активності студентів та відсутність у сучасному способі життя навантажень;

– неврахування спеціальних фізичних вправ для профілактичного зміцнення хребта і корсетних м'язів при організації фізичного тренування;

– сидіння у травмонебезпечному пасивному положенні понад 10-20 хвилин;

– травми: стрибки з висоти, що перевищує зріст людини, стрибки з приземленням на одну ногу, значні прогини хребта, піднімання важких предметів;

– наявність хронічних захворювань внутрішніх органів;

– неправильно підібрані меблі (стіл, стілець, ліжко, матрац);

– відсутність раціонального чергування праці і відпочинку.

Зрозуміло, простіше вчасно вжити заходів для профілактики порушень постави, ніж після витрачати час і сили для її виправлення. Враховуючи вище сказане, можна сформулювати правила профілактики порушень постави:

1) рівень рухової активності має становити не менше 15 тисяч кроків на добу.

У нашому навчальному закладі частину необхідного рівня рухової активності мають забезпечувати заняття фізичного виховання, спортивні секції, заняття в облаштованому тренажерному залі;

2) правильно обладнане робоче місце;

3) статичне навантаження у положенні сидячи не має бути тривалим. Під час занять (у середині і наприкінці) необхідно організувати фізкультурну паузу тривалістю 1,5-2 хвилини для виконання вправ на активацію корсетних м'язів, розтягування хребта і відновлення гемодинаміки;

4) правильна організація режиму дня.

5) організація харчування повинна здійснюватись з урахуванням вікових потреб організму. Для синтезу кісткової та хрящової тканин потрібна достатня кількість структурних компонентів, зокрема кальцію, фосфору, вітамінів С, А, В6 тощо.

Таким чином, серед студентської молоді гостро стоїть проблема порушень постави та багато з них потребують корекції викривлень хребта. Серед вправ, які складають комплекс лікувальної гімнастики для профілактики та лікування порушень постави слід виділити вправи з гімнастичною палицею, на шведській стінці, на похилій поверхні, на гімнастичних м'ячах, а також використання профілактора Євмінова.

Література:

1. Вайнбаум Я.С., Ковалько В.М., Родіонов Т.А. Гігієна фізичного виховання і спорту. – М.: Видавничий центр «Академія», 2002.-240 с.

2. Горяна Г.А. Ваша постава / Г.А. Горяна. – К., 1995. – 48 с.

3. Електронний ресурс: Режим доступу http://netshtorm.com/2730-porushennya-postavi-i-profilaktika.html

ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ЗМІН МІКРОБІОТИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Бойко Т. Й.
кандидат медичних наук, старший науковий співробітник,
завідувач відділу захворювань кишечнику
Сорочан О. В.
кандидат медичних наук,
старший науковий співробітник відділу захворювань кишечнику
Стойкевич М. В.
кандидат медичних наук,
старший науковий співробітник відділу захворювань кишечнику
Мосалова Н. М.
кандидат медичних наук,
науковий співробітник відділу захворювань кишечнику
Вінник Н. В.
молодший науковий співробітник лабораторії мікробіології та імунології
ДУ «Інститут гастроентерології
Національної академії медичних наук України»
м. Дніпропетровськ, Україна

З урахуванням того, що порушення стану мікробіоценозу товстої кишки є одним з вагомих патогенетичних факторів розвитку та підтримки запалення слизової оболонки кишечнику у хворих на хронічні запальні захворювання кишечнику (ХЗЗК), актуальним є включення в їх комплексну терапію препаратів для корекції дисбіотичних порушень. З поглибленням ступеня дисбіозу кишечнику поряд з пробіотиками виникає необхідність у призначенні препаратів, які володіють широким спектром антибактеріальної активності.

Мета дослідження: вивчити ефективність ріфаксиміну («Альфа нормікс») у хворих на хронічні запальні захворювання кишечнику (ХЗЗК).

Матеріал та методи. В дослідження включено 48 хворих на хронічні запальні захворювання кишечнику (ХЗЗК), які мали дисбіотичні зміни II та III ступеня за рахунок присутності умовно-патогенних бактерій. Серед пацієнтів було 9 осіб з хворобою Крона та 39 – з неспецифічним виразковим колітом. Середній вік хворих склав (36,2±4,3) років. Ефективність дії антибіотика широкого спектру дії – ріфаксиміну оцінювали при порівнянні стану мікробіоценозу товстої кишки до та після лікування в досліджених групах хворих: група I (28 осіб) – отримували ріфаксимін тричі на добу протягом 10 днів з послідуючим призначенням комбінованого пробіотика продовж 20 днів, група II (20 осіб) – контрольна, до складу терапевтичного комплексу якої протягом 30 днів надходив тільки пробіотик.

Розподіл пацієнтів за ступенем дисбіотичних порушень в досліджених групах мав наступний характер: дисбіоз II ступеня виявлений у 28,5% хворих

I групи та 25,0% – II групи, дисбіоз III ступеня – у 71,5% та 75,0% хворих, відповідно.

Підвищення рівня кишкової палички було виявлено у 31,3% пацієнтів, *Streptococcus fecalis* – в 45,8 %, *Candida Albicans* – в 37,5% випадків. Збільшення вмісту умовно-патогенних ентеробактерій (*Enterobacter, Serratia, Klebsiella, Citrobacter*) спостерігалося у 33,3% хворих. Лактоза-негативні і гемолітичні штами кишкової палички були визначені у 12,5% пацієнтів. В окремих випадках виявлялися *Staphylococcus aureus* (10,4 %) і *Proteus* (8,3%).

Після лікування у групі хворих, яка отримувала антибіотик ріфаксимін спостерігали значні позитивні зміни у якісному та кількісному складі мікрофлори товстої кишки. Так, повне відновлення мікрофлори (нормалізація – еубіоз) спостерігалося у 32,1% хворих. Крім того, лише у 1 пацієнта (3,6%) залишився дисбіоз III ступеня, у 21,4% – II ступеня і максимальна кількість пацієнтів (42,9%) після лікування мала компенсовану (ДI) форму дисбіозу. Після лікування в контрольній групі теж спостерігали позитивні зміни, але амплітуда їх була значно меншою і, нажаль, хворих з еубіозом не було виявлено. Максимальну кількість склали пацієнти з II ступенем дисбіозу (55,0%), а кількість хворих з некомпенсованою формою дисбіозу (ДIII) залишилась у 40,0% обстежених.

Таким чином, використання препарату «Альфа нормікс» та комплексного пробіотика в корекції дисбіозу кишечнику у хворих на ХЗЗК є більш ефективним в санації кишкового вмісту від умовно-патогенних бактерій та відновленні кількісного і якісного стану кишкової мікрофлори, ніж використання лише пробіотика.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ФІБРИНОЛІЗУ ПЛАЗМИ КРОВІ ТА ТКАНИНИ ТОНКОЇ КИШКИ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПЕРИТОНІТУ

Войтів Я. Ю.
кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії
Максименюк Д. В.
студентка
Ніколенко К. М.
студентка
Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

Одним з ведучих факторів, що визначає розвиток і прогресування патофізіологічних процесів при перитоніті є некорегована кишкова недостатність (1, с. 65). Впродовж останнього десятиріччя проблемі участі кишечника в розвитку поліорганної недостатності при перитоніті приділяли велику увагу. Водночас окремі питання патогенезу кишкової недостатності вивчені недостатньо. Встановлено, що основну роль в розвитку кишкової недостатності

відіграє фазова активація прозапальних медіаторних систем, активація системи протеолізу, калікреїн-кінінової системи, з надлишком поступлення в кровотік, цитокінів, протеолітичних ферментів і інших біологічно активних речовин, дисфункція системи фібринолізу, зниження активності клітин APUD-системи (2, с. 48; 3, с. 285).

Ми задались метою дослідити зміни показників систем фібринолізу плазми крові та тканини тонкої кишки в умовах експериментального перитоніту та виявити корелятивний зв'язок між цими показниками.

Об'єктом дослідження були 30 білих нелінійних дорослих щурів-самців, середньою масою 210±25 грам. Перитоніт моделювали шляхом внутрішньоочеревинного введення 1 мл 10% аутокалової суміші на 100 г маси тіла тварин. Через 6, 12, 24, 48 годин проводили евтаназію з дотриманням вимог Ванкуверської конвенції та виконували забір крові та тканини тонкої кишки. Стан фібринолітичної активності (ФА) визначали на основі реакцій з азофібрином (БіоМарк, Львів). При цьому визначали сумарну (СФА), ферментативну (ФФА), неферментативну (НФА) фібринолітичну активність. Статистичну обробку проводили за допомогою програми MS Excel 2000™.

При вивченні динаміки змін показників системи фібринолізу плазми крові (табл. 1) встановлено, що сумарна фібринолітична активність плазми крові послідовно підвищувалась на 6, 12, 24 годину з максимальним значенням на 48 годину експерименту (3,346±0,345*). Схожі зміни були характерними для ферментативної та неферментативної фібринолітичної активності. ФФА зростала послідовно, і сягнула максимуму на 2 добу перитоніту (1,639±0,184*), НФА зростала до 24 години, коли майже вдвічі перевищила показник контрольної групи(1,708±1,688), на 48 годину перитоніту показник майже не відрізнявся від попереднього (1,707±0,161*). Підвищення фібринолітичної активності плазми крові можна розцінювати як компенсаторну реакцію на розвиток процесів гіперкоагуляції, що має місце при перитоніті.

Таблиця 1

Динаміка фібринолітичної активності плазми крові щурів при перитоніті(n=30, M±m)

Параметр (Е440/мл/год)	Тривалість перитоніту				
	контроль	6 годин	12 годин	24 години	48 годин
Сумарна ФА	1.926±0,245	2,641±0,224*	3,067±0,409*	3,268±0,44*	3,346±0,34*
Неферментативна ФА	0,965±0,133	1,382±0,134*	1,587±0,235*	1,708±1,68*	1,707±0,16*
Ферментативна ФА	0,961±0,112	1,259±0,090*	1,480±0,174*	1,560±0,21*	1,639±0,18*

*Примітка. * – p<0,05*

На відміну від динаміки показників фібринолітичної активності плазми крові, які мали тенденцію до підвищення, зміни в тканині тонкої кишки мали протилежний характер (табл. 2). Сумарна фібринолітична активність тканини тонкої кишки після підвищеня на 6, 12 годину перитоніту до 59,266±3,660* в подальшому, починаючи з 24 години вірогідно знижувалась, і на 48 годину

експерименту становила 45,789±3,508*. Відповідні зміни були характерні як для ФФА, так і НФА. Але звертає на себе увагу те, що зниження НФА відбулось тільки на 2 добу перитоніту, тоді як ФФА вірогідно знизилась вже на 24 годину експерименту (21,309±2,408*).

Таблиця 2

Динаміка фібринолітичної активності тканини тонкої кишки щурів при перитоніті (n=30, M±m)

Параметр (Е440/мл/год)	Тривалість перитоніту				
	контроль	6 годин	12 годин	24 години	48 годин
Сумарна ФА	43,214±1,250	58,878±2,133*	59,266±3,660*	50,841±4,103*	45,789±3,508*
Неферментативна ФА	22,142±0,714	30,093±1,688*	30,091±2,201*	29,532±1,695*	23,733±1,929*
Ферментативна ФА	21,072±0,536	28,785±0,465*	29,175±1,459*	21,309±2,408*	22,056±1,579*

*Примітка. * – p<0,05*

Відмінність показників системного та регіонарного при перитоніті має певну біологічну доцільність: підвищення системного фібринолізу має позитивний вплив на регуляцію агрегатного стану крові на рівні мікроциркуляторного русла. Зниження фібринолітичної активності тканини тонкої кишки можна зарахувати до факторів, що сприяють внутрішньосудинній коагуляції в судинах, які відводять кров від вогнища запалення, яким стає стінка кишки. Формується локальний «фібриновий бар'єр» для відмежування системного кровотоку від джерела токсинів, яким стає кишечник в процесі прогресування кишкової недостатності.

Поряд з цим, зниження регіонарної фібринолітичної активності має явний пошкоджуючий вплив на тканини тонкої кишки. При дослідженні ультраструктури слизової оболонки тонкої кишки вже на 24 годину виявляється скупчення тромбоцитів, волокон фібрину в просвіті гемокапілярів (4, с. 10). Внаслідок кишкової гіпоперфузії відбувається зменшення кількості кисню і поживних речовин в тканинах (при збільшенні концентрації активних токсичних окислювачів), розвивається тканинний ацидоз, виникає гіперпродукція паракринних субстратів. При цьому, якщо ішемія кишкової стінки триває більше 4–6 годин, то відбувається її серйозне структурне і функціональне пошкодження.

Враховуючи провідну роль кишкової недостатності в розвитку ПОН при перитоніті, для розробки патогенетично обгрунтованих методів профілактики та лікування, важливим було виявлення корелятивних взаємозв'язків між показниками фібринолізу плазми крові та тканини тонкої кишки. Шляхом проведення кореляційного аналізу нами було виявлено наявність міцного негативного кореляційного зв'язку між показниками СФА та ФФА – r = – 0,805, та r = – 0,775 відповідно. При аналізі показників НФА виявлено помітний негативний кореляційний зв'язок r = – 0,538.

Висновки.

1. Розвиток перитоніту характеризується суттєвими змінами фібринолітичної активності плазми крові та тканини тонкої кишки.

2. Зниження фібринолітичної активності тканини тонкої кишки, маючи початково компенсаторну спрямованість, в подальшому набуває пошкоджуючого характеру.

3. Відмінності системного та регіонарного фібринолізу та наявність між ними кореляційного зв'язку необхідно враховувати при розробці патогенетично обгрунтованих методів профілактики та лікування кишкової недостатності при перитоніті.

Література:

1. Миминошвили А.О., Шаповалов И.Н., Ярощак С.В. Изучение нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта при перитоните и их коррекция // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 1.1(15).– С. 63–65.
2. Sacashita Y., Hiyama E., Imamura Y. et al. Generation of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines in the gut in zymosan-induced peritonitis // Hiroshima J. Med. Sci. – 2010. – 49(1). – P. 43–48.
3. Xu D.Z., Lu Q., Kubicka R., Deitch E.A. The effect of hypoxia/reoxygenation on the cellular function of intestinal epithelial cells // J. Trauma. – 2009. – 46. – P. 280–285.
4. Саєнко В.Ф., Кобза І.І., Куцик Ю.Б., Лаврик А.С. Синдром ентеральної недостатності при гострій непрохідності кишечнику і шляхи його корекції // Клінічна хірургія. – 2001. – № 7. – С. 5–10.

ДІАГНОСТИЧНА ОЦІНКА ВЕЛИЧИН АНГІОТЕНЗІОРЕОБАРОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІІ СТАДІЇ

Гайдич Л. І.

асистент кафедри догляду за хворими та ВМО
Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

Проблема серцево-судинних захворювань (ССЗ) в Україні є найбільш важливою серед питань медичної практики враховуючи кількість і смертність хворих. Оскільки кожна четверта доросла людина в Україні страждає на артеріальну гіпертензію (АГ), а кожна шоста на ішемічну хворобу серця, проблема набула соціальних масштабів [3, с. 3].

Лікарю-практику важливо всебічно оцінити складові гемодинаміки з метою раннього виявлення факторів ризику та оцінки ступеню прогресування АГ [2, с. 59]. Тому значним доповненням в інтегральній характеристиці АТ могла б стати оцінка компресійно-декомпресійної ангіотензіореобарографії на кінцівках з визначенням величин тисків на замикання та відмикання артерій і вен, які можуть за всебічного аналізу даних дати повну уяву про динаміку перебігу захворювання.

Отже, покращення прогнозу для пацієнта залишається пріоритетним стратегічним завданням сучасної медицини. Вирішити дане завдання можливо за умови тісної співпраці з пацієнтом по зміні способу життя, правильному розумінні пацієнтом комплексу як нефармакологічних, так і медикаментозних заходів [1, с. 51–55; 4, с. 13].

Мета роботи: покращити діагностику хворих на ЕГ II ст. з метою оптимізації лікувальної тактики шляхом оцінки величин ангіотензіореобарографії.

Матеріали та методи: Обстежено 40 пацієнтів. Контрольну групу склали 12 пацієнтів з рівнем АТ, що відповідає віковій нормі (I гр.). II групу склали 28 хворих на ЕГ II ст. (за класифікацією ВООЗ, 2010). Середній рівень АТ у них був 156,25±3,11 за САТ та 102,52±2,61 за ДАТ мм.рт.ст. Середній вік обстежених склав 52,32±2,41 років. Проведена порівняльна характеристика величин ангіотензіореобарографії (АТРБГ) верхньої кінцівки з визначенням тисків замикання та відмикання артерій (ТЗА, ТВА) та вен (ТЗВ, ТВВ) у практично здорових людей та хворих на ЕГ II стадії з II ступенем зростання АТ (патент на корисну модель № UA 34831 A 15.03.2001р.).

Результати та обговорення: Встановлено, що у контрольної групи обстежених середній рівень ТЗВ був майже в 2,5 разів нижчим (7,70±1,21 мм.рт.ст) за відповідний у групі хворих на ЕГ II ст. (20,0±3,10 мм.рт.ст) ($p < 0,05$). Порівнюючи ТЗА та ТВА у контрольної групи виявлено практично мало відмінні величини. У хворих на ЕГ II ст. визначено значну але не вірогідну різницю між цими величинами з переважанням ТЗА над ТВА (142,75±6,12; 128,0±8,50 мм.рт.ст). Ймовірно, такі особливості пов’язані зі стимуляцією ендотеліальних факторів за рахунок механічного впливу на стінки артерій та вен. Виявлені зміни ще раз підтверджують встановлені правила з методики визначення АТ за М.С.Коротковим у тих випадках, коли не вдається чітко визначити САТ та ДАТ з першого разу. Кожна спроба повторного визначення параметрів АТ повинна проводитися через певний час після повної декомпресії манжети (по манометру до «О» мм.рт.ст).

Найбільшої складності є пояснення у хворих та здорових осіб одного з основних показників АТРБГ – ТВВ. У контрольної групи ТВВ у 8-10 разів вищий (50,88±4,17 мм.рт.ст) за ТЗВ у порівнянні з хворими, де його перевищення становить 2-2,5 рази.

Висновки: виявлені зміни динаміки венозного та артеріального тисків за оригінальною методикою у поєднанні з іншими важливими показниками гемодинаміки можуть стати цінними діагностичними критеріями діагностики, динамічного спостереження за хворими на ЕГ II ст., патогенетично обґрунтованого та контрольованого лікування.

Література:

1. Артериальная гипертензия: взаимосвязи структурно-функциональных параметров сердца, артериальной и венозной систем и их прогностическая значимость для оптимизации антигипертензивной терапии / [Туев А.В., Хлынова О.В., Щекотов В. В., Агафонов А.В.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7, № 7. – С. 51–55.

2. Національна стратегія профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / За редакцією Р.В. Богатирьової та В.М. Коваленка. – К. : МОРІОН, 2012. – 120 с.
3. Проблеми коморбідності в кардіології (Лекції Української кардіологічної школи імені М.Д. Стражеска) / За редакцією проф. В.М. Коваленка. – К. 2014.– 167 с.
4. Wenzel R.R. Hypertonie 2012: Was ist neu? / R.R. Wenzel, M.Q. Wenzel. // Journal für Hypertonie. – 2012. – 17(1). – P. 11–13.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГЕМОСТАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧАХ

Гапонов І. В.
аспірант кафедри загальної хірургії
Ярошенко К. О.
кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії № 1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
м. Дніпропетровськ, Україна

Шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) виникають при багатьох захворюваннях, серед яких у верхньому поверсі шлунко-кишкового тракту (ШКТ) домінує виразкова хвороба (ВХ) дванадцятипалої кишки (ДПК), а в нижньому – дивертикулярна хвороба (ДХ) товстої кишки (ТК) [1, с. 5; 3, с. 20]. Кровотеча з виразки ДПК складає 68,9 %, шлунка – 24 %, симультантних виразок – 2,8% [1, с. 5]. Серед гастродуоденальних кровотеч 50% – середньої тяжкості, 25% – тяжкі, загальна летальність при виразкових кровотечах складає 10 – 15% [1, с. 5; 4, с. 58-62]. ДХ товстої кишки залишається однією з найчастіших причин товстокишкових кровотеч (ТКК). У людей старших вікових груп в 60-80% випадків виявляють дивертикули ТК, частота розвитку ускладнень при них має тенденцію до зростання [4, с. 86–89]. Серед пацієнтів відділень екстренної колопроктології ДХ виходить на третє місце після геморою та гострого парапроктиту, складаючи 7–8% госпіталізованих [2, с. 178]. Ускладнення ДХ ТК у вигляді гострих та хронічних запальних процесів, перфорацій, кровотечі складають 8,4–25%. Кровотеча, як ускладнення ДХ ТК, спостерігається у 15-25% хворих, інколи стає першим проявом захворювання. Розвитку кровотечі з дивертикулів сприяє артеріальна гіпертензія, атеросклероз, захворювання серця, патологія згортання крові, вживання лікарських засобів (глюкокортикоїди, НПЗП). У більшості випадків ТКК не супроводжується болем, може виникати на фоні загального благополуччя. У третини хворих кровотеча масивна, після її зупинки розвивається постгеморагічна анемія. Летальність при профузних ТКК складає 10-20% [3, с. 20–21].

Основні функціональні зміни при гострій крововтраті в першу чергу пров’язані зі зменшенням ОЦК, розладами мікроциркуляції та порушенням згортальних властивостей крові. Враховуючи ідентичність змін при ШКК з

верхнього та нижнього поверхів ШКТ, нами була поставлена мета розробити спосіб визначення ефективності гемостатичної терапії при гострих ШКК.

Існує спосіб діагностики характеру перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки за вмістом у крові – цитокіну (патент України № 33351, опубл. 25.06.2008), який включає оцінку стану системи гомеостазу за визначенням показників стану клінічних синдромів, ендоскопічних змін слизової оболонки дванадцятипалої кишки, визначення наявності, щільності колонізації Helicobacter pylori, кислотності шлункового вмісту, фактору некрозу пухлини-α (ФНП-α) та інтерлейкіну-6 у крові, визначення вмісту лептину у сироватці крові. Однак у даному способі бракує точності оцінки, насамперед з-поза прийняття до уваги лише ендоскопічних даних, які під час важкого стану хворого неможливо контролювати. Крім того, не проводиться динамічного визначенні показників гемостазу, які значно впливають на розвиток захворювання, прогресування некрозу в виразці та призводять до виникнення рецидиву кровотечі. Це не дає змоги визначення ефективності гемостатичної терапії при ШКК та в свою чергу оптимізації діагностичної та лікувальної тактики у хворих для встановлення необхідного терміну терапії при кровотечах.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі визначення ефективності гемостатичної терапії, яка включає оцінку системи гомеостазу за визначенням показників стану клінічних синдромів, ендоскопічних змін слизової оболонки ШКК, додатково до початку гемостатичної терапії проводять первинне визначення показника ФНП-α, на четверту добу від початку терапії повторюють визначення данного показника. При зменшенні його концентрації до нормальних значень приймають рішення про припинення терапії, а при збільшенні концентрації ФНП-α або отриманні незмінних результатів, терапію продовжують. Визначення ефективності гемостатичної терапії при гострих кровотечах дозволить поліпшити результати лікування хворих з даною патологією шляхом зменшення загальної та післяопераційної летальності за рахунок визначення ризику несприятливого перебігу ШКК та доцільного призначення гемостатичних засобів на необхідний термін лікування. Важливим предиктором рецидиву кровотечі вважається ФНП-α, так як при підвищенні концентрації цього показника в 2-3 рази збільшується ризик рецидиву кровотечі, а при збільшенні в 5 та більше разів – летальності.

Призначення гемостатичної терапії (антифібринолітичні, вазопресорні та інші засоби) на 3 доби при явищах гіпо– або нормокоагуляції (за даними звичайної коагулограми) та підвищенні рівня ФНП-α в 2 рази та більше дозволяє підвищити ефективність лікування пацієнтів з ШКК. Визначення ФНП-α в динаміці та проведення контролю стану системи гемостазу шляхом динамічного нагляду допомогає визначити ефективність гемостатичного лікування та вчасно й обґрунтовано відмінити або продовжувати гемостатичну терапію.

Проведення на 4 добу повторного визначення концентрації ФНП-α у сироватці крові за допомогою кількісного імуноферментного аналізу та діагностичної тест-системи (наприклад, ЗАТ «Вектор-Бест») дозволяє вирішити, що при зменшенні показника до нормальних значень подальше проведення гемостатичної терапії не потрібно, а при незміненому попередньому значенні або

підвищенні показника гемостатична терапія продовжується та визначається можливість збільшення дози засобу вище терапевтичної.

Важливим в оцінці ефективності лікування є динамічне визначення ФНП-α з метою первинного визначення ризику рецидиву кровотечі (несприятливого перебігу післягеморагічного періоду) та повторне під час або після проведення гемостатичного (протирецидивного) лікування.

Переважним при застосуванні пропонованого способу прогнозування є обґрунтоване, а не безконтрольне, призначення дози та терміну проведення гемостататичної терапії, яке буде підтверджено наявністю явищ порушення коагуляції та підвищенням концентрації предиктору рецидиву кровотечі, а при нормалізації відповідних показників є показником припинення гемостатичної терапії. Оптимізації діагностичної та лікувальної тактики у хворих дозволяє підвищити точність оцінки стану хворого для встановлення необхідного терміну терапії при гострих ШКК.

Спосіб визначення ефективності гемостатичної терапії при гострих шлунково-кишкових кровотечах реалізується наступним чином.

При надходженні пацієнта до стаціонару, до призначення будь-якого гемостатичного лікування, визначається стан системи гемостазу за визначенням показників стану клінічних синдромів, ендоскопічних змін, а також за показниками коагулограми (протромбіновий індекс, протромбіновий час, активований час рекальцифікації, аутокоагулограма, активований частковий тромбопластиновий час, фібриноген, тромбоцити, час згортання, тривалість кровотечі) за відомими методиками, після чого визначають, який стан гемостазу у пацієнта (гіпо-, нормо– або гіперкоагуляції). Вміст ФНП-α у сироватці крові досліджується методом кількісного імуноферментного аналізу за допомогою діагностичних тест-систем у відповідності до інструкції виробника. При збільшенні концентрації ФНП-α та наявності у пацієнта за даними коагулограми явищ гіпо– або нормокоагуляції пацієнтам показано призначення гемостатичних засобів (антифібринолітичних, вазопресорних та інших).

Враховуючи, що найбільш критичними для виникнення рецидивної геморагії вважають перші 24-72 години, на 4 добу проводиться повторне дослідження концентрації ФНП-α та коагулограми з метою оцінки ефективності гемостатичної терапії, так як відомо, що гемостатичні засоби (транексамова кислота, терліпресин та інші), окрім гемостатичної дії, чинять ще й протизапальну за рахунок блокуючого впливу на цитокіни. Якщо у пацієнта рівень ФНП-α та показники коагулограми наближаються до нормальних значень, гемостатичну терапію слід відмінити. При незмінних або збільшених показниках ФНП-α та гіпо– або нормокоагуляції гемостатична терапія продовжується та індивідуально (при відсутності протипоказань до призначення гемостатиків: перенесені тромбоемболічні захворювання, миготлива аритмія, онкологічні процеси та інше) вирішується питання про призначення дозувань вище терапевтичних.

Запропонований спосіб оцінки ефективності гемостатичної терапії при гострих ШКК був апробований в двух лікувальних установах м. Дніпропетровськ та підтвердив свою ефективність. Досвід використання свідчить про можливість його клінічного застосування з метою отримання суспільно-

корисного результату. Завдяки оптимізації діагностичної та лікувальної тактики у хворих для встановлення додаткових діагностичних параметрів поліпшується лікування хворих на гостру ШКК шляхом впровадження специфічних критеріїв, завдяки яким можливо не лише прогнозувати вірогідність рецидивної геморагії, але й оцінити ефективність призначеного гемостатичного лікування та визначити необхідність подальшого призначення антифібринолітичних засобів. Це робить медичну допомогу своєчасною й ефективною, дозволяє оцінювати ступінь ризику рецидиву кровотечі, раціоналізувати селекцію засобів гемостатичної терапії, у т.ч. й дозування впливових режимів останніми, визначати строки та дози для ефективного лікування.

Література:

1. Сериков К. В. Диагностика и интенсивная терапия желудочно-кишечных кровотечения / К. В. Сериков, Б. М. Голдовский, С. А. Поталов // Новости медицины и фармации. – 2014. – № 493. – С. 5–10.
2. Степанов Ю. М. Желудочно-кишечные кровотечения (Причины, диагностика, лечение): монография / Ю. М. Степанов, В. И. Залевский, А. В. Косинский. – Д.: Лира, 2011. – 232 с.
3. Тимербулатов В. М. Гемостаз при острых желудочно-кишечных кровотечениях / В. М. Тимербулатов, Ш. В. Тимербулатов, Р. Б. Сагитов / Хирургия. – 2010. – №3. – С. 20–26.
4. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі // Методичні рекомендації. – К., 2012. – 108 с.

ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЯКОСТІ ЕСТЕТИЧНИХ РЕСТАВРАЦІЙ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ

Герелюк В. І.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри терапевтичної стоматології
Кобрин О. П.
кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології
Кобрин Н. Т.
лікар-стоматолог центру стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету
м. Івано-Франківськ, Україна

В сучасній стоматології питання ефективного, якісного та надійного відновлення твердих тканин зубів, зокрема фронтальної групи, залишається актуальним. На сьогодні для прямих реставрацій широко використовують композитні пломбувальні матеріали та склоіномерні цементи. Однак певна частина виготовлених конструкцій потребують корекції внаслідок недостатньої фінішної обробки поверхні [1] або заміни через виникнення дефектів або ускладнень після проведеного лікування.

Метою нашої роботи було вивчити характер, поширеність дефектів та ускладнень, що виникали після пломбування, та провести оцінку якості реставрацій фронтальних зубів.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 57 пацієнтів, в яких оцінювали 154 реставрації фронтальних зубів. Проведено клінічну та інструментальну оцінку твердих тканин, оцінку якості реставрацій за модифікованими критеріями USPHS Ryge (анатомічна форма, крайова адаптація, крайова пігментація, вторинний карієс, відповідність кольору, гладкість поверхні, блиск, гіперестезія, тріщини, скол емалі).

Встановлено, що поширеними дефектами та ускладненнями після пломбування є виникнення крайової пігментації, її виявлено у 32% оглянутих реставрацій, втрата блиску та шорсткість поверхні спостерігались у 24% випадків, невідповідність кольору – 15%, скол емалі – 11%, вторинний карієс у 18% випадків.

Висновки. Проаналізувавши отримані результати, встановлено, що значна кількість реставрацій потребує корекції (шліфування, контурування [2]) або заміни. Таким чином, необхідно продовжити роботу у напрямку вивчення шляхів мінімізації виникнення ускладнень та дефектів при реставрації фронтальної групи зубів.

Література:

1. Удод О.А. Клінічна оцінка якості поверхні фронтальних реставрацій зубів / О.А. Удод, О.М. Челях // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2013. – Випуск 17. Том 1. – С. 333–338.
2. Effect of different polishing systems on the surface roughness of microhybrid composites / K. G. B. A. Scheibe, K. G. B. Almedia, I. S. Medeiros [et al.] // Journal of Applied Oral Science. – 2009. – Vol. 17, № 1. – P. 21–26.

ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ АБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЕНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Гончаренко В. Н.
кандидат медицинских наук,
ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 3
Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца
г. Киев, Украина

Проблема гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) привлекает пристальное внимание исследователей всего мира по нескольким причинам: во-первых, данная патология является фоновым заболеванием для развития рака эндометрия; во-вторых, основным клиническим проявлением гиперплазии эндометрия являются патологические маточные кровотечения [2, 3].

В последние годы значительно расширился арсенал гормональных препаратов, применяемых для лечения ГПЭ, однако, у ряда больных имеются противопоказания для их применения, а у других их использование сопровождается разнообразными осложнениями, в частности, изменениями в системе гемостаза, нежелательным воздействием на эндокринную систему, вирилизацией, диспепсическими явлениями и пр [3, 4].

Выбор оптимального метода лечения данной патологии сопряжен с большими трудностями, ввиду наличия к этому возрасту как сочетанных гинекологических заболеваний, так и увеличения частоты экстрагенитальной патологии. Все эти факторы могут являться как причиной достаточно высокого процента неэффективности гормональной терапии и рецидива ГПЭ, так и противопоказанием к назначению гормонов [2, 5, 7].

При неэффективности гормональной терапии или при наличии противопоказаний к ней и невозможности ее проведения, методом выбора для больных с ГЭ, особенно в сочетании с миомой матки или аденомиозом, до недавнего времени считалось хирургическое лечение в объеме гистерэктомии [1, 4]. Однако, гистерэктомия, каким бы доступом она не выполнялась, является сложной, травматичной операцией, сопровождающейся значительным числом осложнений и высокой частотой функциональных расстройств в послеоперационном периоде [5, 7].

Последние годы, с внедрением в практику новых эндоскопических технологий существенно расширился диапазон методов оперативного лечения для больных данной категории, особенно имеющих сопутствующую соматическую патологию. Одним из таких инновационных методов лечения является аблация эндометрия, сущность которого заключается в гистероскопическом удалении базального слоя с целью достижения аменореи [1, 2, 3, 4].

Цель исследования. Разработка и внедрение методики оперативного лечения больных с ГПЭ с использованием гистероскопической абляции эндометрия.

Материалы и методы

Нами обследовано 81 пациентка в возрасте от 48 до 72 лет (средний возраст составил 52,9 ± 7,3 лет), находившихся на лечении в клинической больнице «Феофания» с ГПЭ за период 2009-2012 года. Всем больным проводилось общеклиническое обследование в соответствии с регламентирующими стандартами МЗ Украины. Диагностическое обследование проводилось с использованием ультразвукового сканирования, в том числе с технологией 3D\4D аппаратом «Simens» (Германия), гистерорезектоскопия выполнялась гистерорезектоскопом фирмы «KarlStorz» (Германия).

Результаты и их обсуждение

На первом этапе характер патологического процесса в эндометрии определялся путем проведения диагностической гистроскопии с обязательным выскабливанием стенок полости матки с патогистологической верификацией диагноза.

По данным патогистологического исследования патология эндометрия была представлена:

– железисто-кистозная гиперплазия эндометрия у 24(29,2%) пациенток, в том числе железистая гиперплазия у 16(19,7%) наблюдений;

– железисто-фиброзные полипы эндометрия у 34 (41,8%)женщин из них на фоне пролиферации у 22 (26,6 %), на фоне атрофии слизистой оболочки тела матки у 12(14,8%) пациенток;

– железистые полипы эндометрия у 23 (28,3 %) пациенток, чаще на фоне железисто-кистозной гиперплазии;

На втором этапе проводилась гистероскопическая аблация эндометрия с последующим динамическим наблюдением. В течение года проводили УЗИ-контроль состояния эндометрия с определением М-эха (через 1, 3, 6 и 12 месяцев после гистерорезектоскопии), уточнялся характер менструальной функции.

Показания для выполнения аблации эндометрия:

- Рецидивирующие, обильные, длительные и частые маточные кровотечения при неэффективности консервативных методов терапии.
- Пролиферативные процессы эндометрия в пери– и постменопаузе при невозможности проведения гормональной терапии и противопоказаниях к гистерэктомии.
- Отказ пациентки от гормональной терапии или наличие медицинских противопоказаний к ее проведению.
- Наличие противопоказаний к радикальному хирургическому лечению (хирургический или анестезиологический риск высокой степени).

Следует отметить, что, продолжительность оперативного вмешательства составила в среднем 34,7±9,3 минуты, длительность госпитализации 3,5±1,2 суток. Критерием эффективности была радикальность удаления патологически измененных тканей, отсутствие рецидивов патологических процессов в эндометрии на протяжении одного года.

Как показали результаты исследования при использовании методики гистероскопической аблации эндометрия у 72 (88,8%) больных отмечалось отсутствие эндометрия в динамике по данным УЗИ и уменьшение размеров матки относительно первоначальных. При динамическом контрольном обследовании к 6-му месяцу было установлено, что у 5 (6,2%) женщин М-эхо было увеличено, у 4(4,9%) наблюдались кровяные выделения из половых путей, что явилось поводом для проведения контрольной гистероскопии с целью уточнения состояния полости матки и выяснения причины рецидива патологического процесса.

При контрольной гистероскопии установлено, что на фоне синехий в полости матки наблюдались участки эндометрия который локализовался в области трубных углов матки и в зоне перешейка. Регенерировавший эндометрий представлял собой единичные локусы бледно-розового цвета, окружённые рубцовой тканью. Всем больным была выполнена повторная аблация эндометрия с дальнейшей тщательной обработкой стенок полости матки шаровидным электродом. При повторном гистологическом исследовании была верифицирована железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

С нашей точки зрения причины рецидива патологического процесса обусловлены – недостаточная деструкция области устьев маточных труб и шеечно-перешеечного сегмента матки.

Анализ проделанной работы позволил нам выделить группу риска по возникновению рецидива ГПЭ на этапе обследования, выработать дифференцированный алгоритм ведения данной категории больных, внести коррективы в оперативную технику проведения гистероскопической аблации эндометрия.

Выводы

1. Гистероскопическая аблация позволяет уменьшить число радикальных вмешательств за счет уменьшения травматичности, соблюдения органосохраняющего принципа оперативного лечения, возможностью сокращения длительности операции и послеоперационного периода, снижением риска и частоты анестезиологических осложнений.

2. Данные ультразвукового исследования позволяют установить анатомические особенности патологического процесса, смоделировать характер предстоящей операции, выделить зоны риска по развитию рецидива.

3. Аблация эндометрия является альтернативой, как длительному гормональному, так и радикальному оперативному лечению гиперпластических процессов эндометрия в пери– постменопаузальном периоде.

Литература:

1. Бенюк В.О. Сучасні аспекти діагностики гіперпластичних процесів ендометрію у жінок репродуктивного віку / Бенюк В.О., Курочка В.В., Винярський Я.М., Гончаренко В.М. // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. Том 15, – № 2. – С. 20.

2. Бенюк В.О. Внутриматочная патология / Бенюк В.О., Винярський Я.М., Гончаренко В.М. соавт // Справочник врача «Гинеколог». – 2013. – 206с.

3. Бенюк В.О. Діагностичний алгоритм втурішньоматкової патології із застосуванням гістероскопії у жінок репродуктивного віку / Бенюк В.О., Курочка В.В., Винярський Я.М., Гончаренко В.М. // Здоровье женщины. – 2009. – № 6(42). – С. 54–56.

4. Запорожан В.Н. Современная диагностика и лечение гиперпластических процесов ендометрия/ Запорожан В.Н., Татарчук Т.Ф. // Репродуктивная ендокринология. – 2012. – № 1(3). – С. 5–12.

5. Манухин И. Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. /Манухин И. Б., Тумилович Л. Г., Геворкян М. А. //– М.: Мед. информ. агентство, 2001. – 131 с.

6. Обоскалова Т.А. Оказание медицинской помощи с гиперпластическими процессами эндометрия / Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Нефф Е.И., Скорнякова М.Н.// – Екатеринбург, 2008 – 71 с.

7. Personalized treatment strategy for atypical endometrial hyperplasia with regards to age, comorbidities and endometrial receptor status [електронний ресурс] / Beniuk V., Vyniarsky Y., Goncharenko V. // EPMA Journal 2014, 5/ (Suppl 1) : A40. Режим доступу до журн. http://www.epmajournal.com/content/ 5/S1/A40/abstract

8. Yen SSC, et al. // Reproductive Endocrinology Physiology, Pathophysiology, andClinical Management, Philadelphia-Tokyo: W.B. SAUNDERS COM PANY 1999.

ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ФАКТОРІВ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ПРИ НЕВИНОШУВАННІ

Даниш О. О.
студентка медичного факультету
Івано-Франківського національного медичного університету
м. Івано-Франківськ, Україна

Під невиношуванням вагітності (НВ) розуміють її переривання до розвитку життєздатного плода, тобто в термін до 22 тижнів. Це зумовлює актуальність складного завдання виходжування великої кількості дітей, які народились вагою від 500 г. На жаль, частота переривання вагітності в Україні залишається досить високою і становить від 15 до 23% усіх зареєстрованих вагітностей, при цьому понад 92% з них відбувались у термін до 12 тижнів. Тому сьогодні як ніколи гостро стоїть питання збереження вагітності на ранніх термінах (до 12 тижнів), коли вона найчастіше переривається, а отже, профілактики пізнього невиношування і передчасних пологів.

Висока частота переривання вагітності в Україні зумовлена несприятливими соціальними й екологічними факторами, погіршенням здоров'я жінок, а також психологічними проблемами. Під впливом екологічних і соціально-економічних факторів, тривалого хронічного стресу адаптаційні резерви жіночого організму поступово виснажуються, і виникає ряд захворювань репродуктивної системи, спочатку функціонального, а потім і органічного характеру. Жінок з НВ, особливо неясного генезу, абсолютно правомірно вважають особами, у яких спостерігається хронічний стрес [1, с. 41–47; 2, с. 268].

У дослідженнях, виконаних останніми роками, виявлено численні фактори, що самостійно або у різних сполученнях можна розглядати як причини передчасного переривання вагітності. При цьому в основному враховуються соматичні та акушерсько-гінекологічні фактори. Гіпотезу про розвиток самовільного викидня в результаті стресового впливу психічних факторів вперше висунув C.T. Javert ще в 1954 році. В подальшому було виявлено, які біохімічні речовини (адреналін, норадреналін, окситоцин, простагландини) приймають участь в процесах впливу стресорних факторів на вагітних. Доказано, що при підвищенні вмісту стресорних гормонів (катехоламіни, кортизол) змінюється вміст гормонів вагітності: підвищується рівень естрогенів, тироксину, знижується рівень прогестерону. Півдвищення рівня певних гормонів обмежує приплив крові в плаценту і плід не може отримувати поживні речовини і кисень, необхідні для його оптимального росту та розвитку. Гормони можуть стати «сигналом» початку пологів а, отже, підвищення їх рівня може посилити ризик передчасних пологів.

Під впливом стресорів різної природи спочатку виникає збудження гіпоталамо-гіпофізарної ланки ендокринної регуляції з відповідними біохімічними та клінічними проявами. За даними досліджень, характерними є дизритмічні зміни біоелектричної активності мозку, підвищення функції наднирників, «спалах» гонадотропінів. Стрес підсилює дію кіркового шару наднирників, що призводить до підвищення вмісту адреналіну (А) і норадреналіну (НА) в

корі головного мозку та крові. Різні стресові ситуації посилюють виділення АКТГ гіпофізом, який стимулює біосинтез глюкокортикоїдних гормонів кори наднирників. Кортизол, секреція якого під дією АКТГ різко збільшується, впливає на обмін речовин, імунну систему, настрій, а також (за участю механізму негативного зворотнього зв'язку) на секрецію АКТГ. При хронічній активації КТРГ-АКТГ-наднирникової осі в умовах повторних стресів може ввімкнутися процес «знищуючої регуляції».

Було обстежено 35 жінок з діагнозом «Загроза передчасних пологів», терміном гестації 22–34 тижнів, із одноплідною вагітністю, цілим плодовим міхуром. Діагностичними критеріями були скарги на періодичні скорочення матки, що супроводжувались ниючим або тягнучим болем внизу живота та попереку. Контрольну групу склали 20 жінок із нормальним перебігом вагітності. Прояви та перебіг психоемоційної реакції на стресовий вплив у кожної людини залежить від багатьох факторів, зокрема, типу особистості, тренованості, досвіду, типу вегетативної регуляції, реактивності гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, тощо. Це надає кожній стрес-реакції індивідуального забарвлення, але існують психоемоційні, вегетативні та нейроендокринні зсуви, характерні для всіх досліджуваних, які можуть бути зареєстровані з використанням відповідних методик. Результати досліджень можливо об'єднати для отримання об'єктивних висновків про наявність та вираженість реакцій на стрес. Враховуючи відсутність універсального методу діагностики стресу, пов'язану із поліморфністю його проявів, з метою найбільш повного визначення стану стрес-реалізуючих систем у обстежуваних жінок застосовувався комплексний підхід із набору психометричних методик, методів дослідження вегетативної нервової системи та дослідження гормонів стресу. З метою діагностики тривожності застосовували шкалу С.Д. Спілбергера в адаптації Ю.А. Ханіна [3, с. 124–126], що складається з двох підшкал: особистісної та реактивної (ситуативної) тривожності.

Вегетативна регуляція являє собою один з найважливіших механізмів адаптації до стресових умов. Саме тому, вивчення клінічних проявів переважання тих чи інших відділів вегетативної нервової системи (ВНС) може стати об'єктивним показником наявності та ступеня стресової реакції. З метою діагностики вегетативного забезпечення застосовували ортокліностатичну пробу.

При первинному опитуванні вагітних основних груп встановлена наявність стресогенного оточення у 73,5% жінок. Більшість вагітних 64% відзначали, що в їхньому житті має місце хронічний стрес, а саме: постійне емоційне напруження на роботі, сімейні конфлікти, невирішені проблеми із житлом, низький соціальний рівень, маленька заробітна платня, догляд за двома маленькими дітьми, щоденне водіння автомобіля, тривале лікування матері, тощо. У 36% вагітних появі клінічної картини загрози передчасних пологів передував психічний стрес, які вони оцінювали як значний, а саме: ДТП, велика суперечка в родині, розірвання шлюбу, пограбування квартири, догана від керівництва, суперечка з батьками, судовий процес, незадовільне навчання у школі молодшої дитини тощо. Виходячи з даних дослідження психологічного статусу можна зробити висновок про високий рівень особистісної тривожності у госпіталізованих вагітних із загрозою передчасних пологів. Було підтвер-

джено високий (90% та 80% відповідно у I та II групах, P<0,05) рівень реактивної тривожності у вагітних, які вважали саме стрес провокуючим фактором до загрози передчасних пологів. Контрольна група жінок взагалі не виявляла ознаки тривожності.

Рівень хронічного стресу, який жінки переживали протягом останнього місяця, визначали за допомогою шкали переживання стресу (Perceived Stress Scale – PSS 14). Результати показали, що рівень переживання стресу минулого місяця був достовірно вищим у жінок із загрозою передчасних пологів на відміну від жінок з нормальним перебігом вагітності: 41,2±0,4 бали проти 25,3±0,3 балів відповідно, (p<0,05).

Застосування ортокліностатичної проби дозволило виявити порушення у значного відсотку жінок з вихідним нормальним вегетативним тонусом: при чому цей відсоток в дослідній групі є достовірно більшим ніж в групі контролю – 41% та 5,1% відповідно, p<0,05.

При дослідженні гуморальної ланки виявлено, що середня концентрація кортизолу в добовій сечі була значно вищою у жінок дослідної групи порівняно з показниками у жінок контрольної групи: (241,34±11,06) мкг/добу проти (129,67±5,9) мкг/добу, p<0,05. Середній рівень ДЕАГ-С в дослідній групі також переважав над відповідним показником контрольної групи: (4,3±0,36) мкг/мл проти (2,81±0,27) мкг/мл, p<0,05. При дослідженні рівня АКТГ виявлено його підвищення у дослідній групі вагітних відповідно до контрольної (24,1±2,2) пг/мл проти (17,4±1,8) пг/мл, p<0,05.

Таким чином, виходячи з усього вищезазначеного, у жінок із загрозою передчасних пологів відмічається високий рівень особистісної тривожності та тривожно-депресивних невротичних розладів, внаслідок чого виявилося значне зниження компенсаторних реакцій серцево-судинної та вегетативної систем, а також нервово гуморальних ланок регуляції. Негативні емоції супроводжувались порушенням гомеостатичних констант, таких як гормони та медіатори стресу. При дослідженні клінічних та соціальних особливостей жінок із загрозою передчасних пологів було виявлено велике значення стресогенного оточення та умов життя і праці, що викликають постійне психоемоційне напруження у вагітних порівняно із групою контролю. У жінок із загрозою передчасних пологів виявлено переважання вегетативних порушень в порівнянні із контрольною групою, що свідчить про дисбаланс у системі нервової регуляції. Отже рівень психоемоційного навантаження має значний вплив на репродуктивну функцію жінки та перебіг вагітності. Виявлення ризику невиношування вагітності та його ліквідація сприятиме зниженню рівня перинатальних втрат та підвищенню репродуктивного здоров’я жінок.

Література:

1. Кульчимбаева С.М. Психоэмоциональное состояние у беременных с привычным невынашиванием: Обзор/ Кульчимбаева С.М., Мамедалиева Н.М., Джангильдин Ю.Т.// Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2000. – № 3. – С. 41–47

2. Рыжков В.Д. Практическая психология женских кризисов / Рыжков В.Д. – СПб., 1998. – 268 с.

3. Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин) // Диагностика эмоционально-нравственного развития: ред. и сост. Дерманова И.Б. – СПб., 2002.– С. 124–126.

ГЕНЕАЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ ЖІНОК ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Диндар О. А.
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри акушерства і гінекології № 3
Бенюк В. О.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3
Никонюк Т. Р.
кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології № 3
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

На сучасному етапі, експерти всіх галузей клінічної медицини приділяють особливу увагу вивченню проблеми метаболічного синдрому (МС), який став пандемією XXI століття. Поширеність його становить 25–35% і не має тенденції до зниження. Однією з провідних ланок розвитку МС є ожиріння, частота якого продовжує зростати і на сьогоднішній день складає від 29,7% до 35,5% жіночого населення. Серед жінок з надлишковою масою тіла розповсюдженість МС складає 22,0% – 28,0%, а серед тих, хто страждає на ожиріння до 50,0% – 60,0% [1, с. 47].

Ключовим моментом формування МС є інсулінорезистентність (ІР). В той же час ІР не виникає спонтанно. Доведено, що ініціюючим фактором метаболічного каскаду найчастіше є ожиріння, яке, у свою чергу, сприяє розвитку артеріальної гіпертензії, викликає зниження чутливості периферичних тканин до інсуліну і подальше накопичення надлишкової маси тіла [2. с. 37].

Варто зазначити, що найбільш патогенним у розвитку МС є абдомінальний (центральний), так званий «андроїдний» тип ожиріння. Причинами появи надлишкової маси тіла і виникнення МС є спадковість і урбанізація, яка призводить до малорухомого способу життя та нераціонального харчування [1. с. 48, 3. с. 28].

Нами проведено скринінгове дослідження 2280 жінок репродуктивного віку (від 17 до 44 років). Встановлено, що частота ожиріння в популяції складає 31,2%, що співпадає з даними літератури [3. с. 28]. Частота метаболічного синдрому серед жінок з ожирінням склала 49,8%.

Серед 179 жінок із МС нейроендокринна форма ожиріння (НЕО) (І група) відмічена у 122 (60,4%), середній вік яких склав 30,8±0,5 років, а аліментарно-конституціональна форма (АКО) (ІІ група) у 67 (39,6%) жінок (середній

вік 24,7±0,6 років). Контрольну групу склали 50 соматично здорових жінок, що не мали ознак МС і надлишкової маси тіла.

Родинну схильність до ожиріння мали 32,1% пацієнток І групи і 67,9% жінок ІІ групи; до артеріальної гіпертензії 19,9% і 33,2% жінки, до серцево-судинних захворювань 17,0% і 23,8% жінок, відповідно груп. Для жінок із МС і ожирінням було характерно раннє (І група – 28,9% і ІІ – 34,9%) або пізнє менархе (39,02% і 24,4 %). Нерегулярні менструальні цикли з менархе спостерігались у 3,4 рази частіше у ІІ групі порівняно з жінками І групи. Порушення менструального циклу відмічені у 55,4% жінок І групи і у 79,6% ІІ групи. Це – дисфункціональні маткові кровотечі (23,1% і 18,7%), олігоменорея (12,3% і 24,4%), гіпоменструальний синдром (15,9% і 24,2%), аменорея (4,08% і 12,3%). Непліддя частіше спостерігалось у жінок ІІ групи (21,03%).

Гінекологічна захворюваність склала в І групі 82,3% і у ІІ – 56,3%: запальні захворювання органів малого тазу у 63,8% жінок І групи і у 31,4% – ІІ групи, міома матки (11,2% і 15,3%), кісти яєчників (7,3% і 9,6%, відповідно).

Попередні вагітності ускладнились гестозом у 67,7% жінок І групи і у 73,3% – ІІ групи, невиношуванням вагітності (18,2% і 33,8%). Передчасні пологи відмічені частіше у ІІ групі (18,5%), ніж у І (7,9%). Несвоєчасне злиття навколоплідних вод було у 21,6% жінок з НЕО і 17,7% – АКО, аномалії пологової діяльності у 27,8% і 31,6%, кровотечі в пологах у 32,6% і 21,4% і оперативне родорозрішення у 5,7% і 10,6%, відповідно.

Таким чином, у репродуктивному анамнезі жінок із МС і ожирінням звертає на себе увагу висока частота розладів менструального циклу, ускладнень вагітності і пологів, гінекологічної захворюваності.

І ступінь ожиріння спостерігався у 44,6% пацієнток І групи і 32,1% – ІІ групи, ІІ ступінь – 32,6% і 35,1%; ІІІ ступінь – 22,8% і 32,8%, відповідно. Абдомінальний тип ожиріння зустрічався у пацієнток І групи в 48,2%, у ІІ – в 64,5% випадків; гіноїдний тип – у 28,6% і 23,6% випадків, а змішаний – у 23,2% і 11,9%, відповідно груп спостереження.

Як показали результати досліджень, частота ожиріння І ступеня превалює у жінок з НЕО. Однак, ІІ ступінь ожиріння практично ідентичний. І, нарешті, ІІІ ступінь за своєю частотою характеризується абсолютною інверсією відповідно даним при І ступені патології: з більшою частотою ця ознака має місце у жінок з АКО. Ймовірно, пологовий стрес являється потужним фактором у реалізації порушень нейроендокринної регуляції ліпідного і вуглеводного обмінів, що обумовило більшу частоту вкрай вираженої форми патології – ожиріння ІІІ ступеня. В цьому аспекті викликає зацікавленість формування феномену ожиріння в залежності від кількості пологів. Це, в першу чергу, відноситься до жінок з НЕО. Формування надлишкової маси тіла у жінок з НЕО спостерігалось у післяпологовому періоді в залежності від кількості вагітностей: після 1 вагітності появу ознаки мали 4,8% жінок, 2-3 – 45,8%, 4-5 – 31,4%, після 6 – 18,0%.

При аналізі спадкового анамнезу виявлено, що сімейну схильність до ожиріння за материнським морфотипом мали 57,1% жінок з НЕО і 64,0% – АКО, причому у 80,8% випадків при АКО ожиріння мало місце ще до закінчення статевого дозрівання, а 43,0% жінок даної групи при народженні мали

самі масу тіла більше 4000 г. Аналогічна тенденція має місце і на рівні генеалогічних факторів: коефіцієнт частоти успадкування патологічної ознаки у формі ожиріння, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, захворювань щитоподібної залози, пухлин матки і додатків склав у жінок з НЕО I ступеня – 1,34±0,08, II ступеня – 1,8±0,06; III ступеня – 4,07±0,08. Аналогічна тенденція була виявлена і у жінок з АКО: при I ступені – 5,3±0,09; II – 3,4±0,04, III – 4,7±0,07. У жінок контрольної групи коефіцієнт частоти успадкування склав 0,96±0,03 ($p<0,01$).

Безумовно, на формування конституціонально – генетичних факторів впливає вік батьків при народженні у обстежених жінок. Результати аналізу показали, що у жінок із МС і НЕО вік батьків коливався від 36 до 45 років і старше, що склало 54,6%. Жінки, народжені від батьків у віці до 35 років склали 45,4%. Таким чином, простежується тенденція народження дівчаток, які сформували групу з НЕО у репродуктивному періоді, від матерів, що народили їх у пізньому репродуктивному віці. У жінок із МС і АКО має місце реципрокна тенденція, а саме, переважне народження дівчаток було відмічено від батьків від 30 до 40 років (68,2%). Як видно із представлених даних, віковий ценз матерів у жінок із МС і ожирінням має явно реципрокний характер.

На формування репродуктивної функції жінок і всіх параметрів гомеостазу, що забезпечують функціонування цієї системи, суттєво впливають наслідки перенесених захворювань у дитячому та репродуктивному віці. Захворювання, що перенесені в дитинстві, можуть суттєво впливати на стартові значення формування репродуктивної функції і у визначенні індекса здоров’я в цілому.

Аналіз отриманих даних доводить, що частота інфекційних і імунопатологічних захворювань у дитинстві жінок із МС і НЕО перевершує аналогічний показник серед пацієнток із МС і АКО. Особливо відчутною була різниця між жінками основних і контрольної груп. Так, захворювання на кір у пацієнток з НЕО були відмічені у 33,0±3,1%, з АКО – у 38,8%±4,2%, в той час як у групі контролю – у 14,8±2,4% випадків ($p<0,05$), вітряну віспу у жінок з НЕО у 28,1±3,0%, з АКО – 29,1±3,9%, у контрольній групі – 10,5±1,8%, паротит у жінок з НЕО – 34,8±3,2%, з АКО – 30,6±4,0%, у групі контролю – 9,2±1,6%, і вірусного гепатиту у пацієнток з НЕО – 21,0±2,7%, з АКО – 15,7±3,2%, у контрольній групі – 5,9±1,4% ($p<0,05$). Подібна різниця може бути обумовлена станом менше вираженої активності системи імунітету у жінок із МС і будь-якою формою ожиріння. Зростає частота захворювань бактеріально-коккової і вірусної етіології в репродуктивному періоді серед пацієнток із МС і ожирінням відносно показників контрольної групи: так, ангіна у жінок з НЕО склала 49,1±3,3%, з АКО – 47,0±4,3%, в групі контролю – 8,5±1,5%; грип – 65,2±3,2% та 79,1±3,5% відповідно, у контрольній групі – 38,7±2,8% ($p<0,05$). Аналогічна тенденція простежується і в частоті ендокринної патології: цукрового діабету (5,4±1,6% і 12,7±2,9%, у групі контролю захворювань не було), дисфункції щитоподібної залози у групі з НЕО – 33,1±4,1%, з АКО – 35,6±2,9%, у групі контролю – 8,8±1,9%. В цілому, можна констатувати, що індекс здоров’я у жінок із МС і ожирінням знижений відносно контингенту контрольної групи.

Таким чином, передача мутантних генів відбувається переважно за домінантним типом і пов'язана зі статтю. При цьому найбільш суттєві відмінності в частоті несприятливого генеалогічного анамнезу у жінок із МС при ожирінні спостерігаються у разі АКО, і пов'язані з ендокринною патологією. Вираженість даної патології чітко корелює з частотою спадкових патологічних ознак і частіше проявляється при III ступені ожиріння.

Література:

1. Берштейн Л.М. Метаболически здоровые лица с ожирением и метаболические признаки ожирения у лиц с нормальной массой тела / Берштейн Л.М., Коваленко И.Г. // Проблемы эндокринологии. – 2010. – № 3.– С. 47–51.
2. Мамедов М.Н. Компоненты метаболического синдрома у больных артериальной гипертензией / Мамедов М.Н., Перова Н.В., Метельская В.А. // Кардиология. – 2007. – № 12. – С. 37–41.
3. Савельева И.В. Беременность и метаболический синдром: состояние проблемы. / Савельева И.В. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 2.– С. 28–31.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТРУКТУРИ І МЕНЕДЖМЕНТУ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК

Єляшович В. С.
студентка медичного факультету № 2
Неймарк О. С.
магістрант кафедри акушерства і гінекології № 3
Ковалюк Т. В.
асистент кафедри акушерства і гінекології № 3
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Безпліддя – складна медико-соціальна проблема, яка є однією з найбільш актуальних у сучасній гінекології. В Україні на безпліддя страждають близько 15–20% подружніх пар, що свідчить про необхідність глибокого вивчення його причин, основних напрямків діагностики та лікування [1, с. 321; 2, с. 10].

За даними державних статистичних звітів в Україні у 2012 році було зареєстровано 44707 випадків жіночого (78,9%) та 11941 випадків чоловічого безпліддя (21,1%). Частота вперше виявлених у житті випадків безпліддя у жінок в 4 рази більше, ніж у чоловіків. Відомо, що в країнах Євросоюзу частота жіночого безпліддя складає 30%, чоловічого – 30%, поєднання – 30% та неясного походження – 10% [1, с. 322; 2, с. 10; 3, с. 76].

Постійне зростання частоти безпліддя потребує використання допоміжних репродуктивних технологій, зокрема, такого методу як запліднення in vitro (ЗІВ). У структурі розпочатих циклів у 2010–2012 роках перевагу має

ЗІВ(попередній термін – «екстракорпоральне запліднення») – 47,33% та ICSI (інтрацитоплазматичне введення сперматозоїда) – 31,97% [1, с. 322].

Після встановлення діагнозу «безпліддя» період обстеження, консервативного і оперативного лікування без використання методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у жінок віком до 35 років не повинен перевищувати двох років, і старше 35 років – одного року [2, с.10; 3, с. 77].

Метою нашого дослідження є з'ясування причини безпліддя, діагностичних і лікувальних процедур у жінок з встановленим протягом останнього року діагнозом «безпліддя».

Нами використано метод анкетування та дослідження виписок 80 пацієнток, яким протягом останнього року встановлено діагноз «безпліддя» в жіночих консультаціях Святошинського району м. Києва. Спеціально розроблена анкета представлена 25 питаннями, направленими на з'ясування менструальної, сексуальної, репродуктивної і секреторної функцій жінки, кількості і характеру діагностичних та лікувальних процедур. Пацієнтки розподілені на 3 вікові групи: I група (20-30 років) – 18 жінок, II група (30-40 років) – 39 жінок, III група (старше 40 років) – 23 жінки.

Первинне безпліддя діагностовано у 40 (50%) жінок, а саме 16 (88,9%) жінок I групи, у 21 (53,8%) пацієнток II групи та у 3 (13,0%) опитаних III групи. У жінок при «первинному» безплідді ушкоджуючий вплив на репродуктивну систему чинили – вроджені вади розвитку органів малого таза, інфекційні захворювання, нейроендокринні порушення, екзогенні ушкоджуючі фактори; при «вторинному» безплідді – штучне переривання вагітності, захворювання що передаються статевим шляхом, запальні захворювання органів малого таза. Поєднання 2-х і більше фонових захворювань спостерігали у 58 (72,5%) жінок. Безпліддя у жінок I групи пов'язане переважно з аномаліями фізичного і/або статевого розвитку або має ендокринний характер, серед жінок II групи домінує трубно-перитонеальний і матковий генез безпліддя, III групи – безпліддя маткового генезу.

Усім обстеженим жінкам проведені стандартні обстеження регламентовані протоколами МОЗ України. 8 (10%) пацієнток проведено діагностично-лікувальну лапароскопію з розсіченням спайок і перевіркою прохідності маткових труб. Після проведеної лапароскопії у 3 жінок протягом двох менструальних циклів виникла спонтанна вагітність.

Серед жінок, що звернулися в спеціалізовані медичні центри застосування ДРТ потребували 19 обстежених пацієнток (23,8%). З них 3 (16,7%) жінки I групи, 5 жінок(12,8%) II групи, 11 жінок(47,8%) III групи. ЗІВ проведене у 17 пацієнток, ICSI – у 2 жінок. 12 (70,6%) спроб застосування ДРТ виявилися успішними. 5 вагітностей, що наступили – багатоплідні.

Методом анкетування встановлено, що ступінь довіри жінок до ДРТ складає 97,5%, в той же час лише 72,5% жінок допускають застосування ДРТ з метою відновлення власної репродуктивної функції .

Література:

1. Юзько О.М. Використання допоміжних репродуктивних технологій при лікуванні безпліддя в Україні / О.М. Юзько, Т.А. Юзько, Н.Г. Руденко // Зб. наук. праць ас. Акуш-гін. України. – 2014. – С. 321–324.
2. Дахно Ф.В. Безпліддя в Україні: аналіз ситуації / Ф.В. Дахно //Здоров'я України. Темат. номер «Педіатрія, акушерство, гінекологія», 2011. – С. 10.
3. Nardelli A.A. Assisted reproductive technologies (ARTs): Evaluation of evidence to support public policy development / Nardelli A.A., Stafinski T., Motan T., Klein K., Menon D. // , 2014. – № 11(1). – P. 76–79.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИБС НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕЛАТОНИНОМ

Измайлова О. В.
аспирант отдела заболеваний печени и желудочно-кишечного тракта
ДУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
Национальной академии медицинских наук Украины»
г. Харьков, Украина

Дисбаланс синтеза мелатонина играет важную роль в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЕРБ) и атеросклероза, который является причиной ишемической болезни сердца (ИБС) [1, 2].

Цель работы – изучить динамику клинико-функциональных показателей, отражающих тяжесть патологического процесса и уровень мелатонина у пациентов с ГЭРБ и сопутствующей ИБС.

Материалы и методы – обследовано 56 больных ГЭРБ и ИБС (38 мужчин и 18 женщин, средний возраст – 55,8±5,7 гг.). Критериями включения в исследование являлись: наличие в анамнезе ИБС – стабильной стенокардии II-III ф кл. согласно Канадской классификации кардиологов (1999 р), наличие симптомов гестроэзофагеального рефлюкса (изжога, регургитация, привкус кислого в ротовой полости и пр.). Особое внимание уделяли наличию первичной ИБС (заболевание должно было быть верифицировано до возникновения симптоматики ГЭРБ) для исключения рефлекторной стенокардии как следствия ГЭР. Диагноз ГЭРБ верифицировали согласно рекомендациям Монреальского Консенсуса [3]. Морфологическую форму ГЭРБ определяли по результатам видеоэндоскопического исследования. Выделяли эндоскопически негативную (НЭРБ) и эндоскопически позитивную ЭРБ степеней А, В, С. Степень выраженности (А, В, С) рефлюкс-эзофагита (РЭ) оценивали согласно критериям Лос-Анджелесской классификации [5]. Интенсивность симптоматики определяли по результатам тестирования по шкале ReQuest™[6].

Уровень мелатонина оценивали путем определения его метаболита–6-сульфатоксимелатонина (6-СОМ) в утренней моче методом иммуноферментнога анализа ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) [2]. Па-

циенты были разделены на 2 группы: 1 и 2. Пациенты из группы 1 получали ингибитор протонной помпы пантопразол в суточной дозе 40 мг и стандартную терапию ИБС (дезагреганты, в-блокаторы, статины); пациенты из группы 2, кроме вышеуказанных препаратов, принимали препарат мелатонина «Мелаксен» в суточной дозе 3 мг в течение 28 дней. Обработку данных проводили с использованием пакета статистических программ «STATISTICA 5.0».

Обсуждение полученных результатов. Особенности клинических проявлений патологии у пациентов с ГЭРБ и ИБС характеризовались, помимо классических приступов стенокардии, частыми болевыми ощущениями смешанного характера: ощущениями тяжести за грудиной и изжогой, эпицентр болей локализовался более в нижней трети грудины, боли провоцировались не только погрешностями в еде, но и физическими нагрузками, часто пациенты жаловались на ночные приступы болей, особенно после позднего приема пищи. По результатам тестирования по шкале ReQuest™ группы сравнения достоверно не различались. Так, интенсивность изжоги была оценена пациентами 1 и 2 групп на 4,15 ± 0,92 и 4,20±0, 83 балла соответственно (p>0,05), изжога в ночное время – на 3,82 ± 1,66 и 3,67 ± 1,81 балла (p>0,05), регургитация – на 1,82 ± 1,49 и 1,82±1,13 балла (p>0,05), ощущение жжения на языке – на 1,81 ± 1,81 и 1,93±1,64 балла (p>0,05), охриплость голоса – на 4,32 ± 0,92 и 4,51±1,02 балла (p>0,05), першение в горле – на 3,98 ± 1,21 и 3,69±1,26 балла (p>0,05), жжение за грудиной при физической нагрузке – на 2,35 ± 1,96 и 2,45±1,78 баллов (p>0,05).

Исходно средние значения концентраций 6-СОМ в моче составили 15,98±4,23 нг/мл в группе 1 и 16,08± 3,42 в группе 2 соответственно (p>0,05). Установлено, что уровень мелатонина снижался по мере нарастания морфологических нарушений в нижней трети пищевода. Так, у пациентов с наличием РЕ степени А, он составил 20,13± 2,1 7 нг/мл, степени В -15,76±2,6 7 нг/мл, степени С -11,33 ±1,12 нг/мл. При неэрозивной форме заболевания данное значение достигало 21,13±2,15 нг/мл.

28-дневный курс терапии препаратом «Мелаксен» в дозе 3 мг/сут способствовал повышению уровня мелатонина в организме пациента, что выражалось в достоверном повышении уровней 6-СОМ в утренней порции мочи. Так, средний уровень 6-СОМ в группе 1 (базисная терапия ГЕРБ и ИБС) в динамике существенно не изменился и составил 15,34±3,78 нг/мл, тогда как в группе 2 (базисная терапия ГЭРБ и ИБС+ мелаксен) наблюдался достоверный рост данного параметра: 20,01±4,15 нг/мл (p<0,01), что в 1,3 раза превысило его исходные значения. Клинически данная положительная динамика сопровождалась уменьшением количества жалоб пациента: уредились приступы изжоги, отрыжки, уменьшилась интенсивность болевого синдрома за грудиной, повысилась толерантность к физическим нагрузкам. Это нашло подтверждение в результатах анкетирования пациентов по шкале ReQuest™: оценка интенсивности изжоги в группе 2 снизилась до 1,45 ± 0,36 балла (p<0,01), изжоги в ночное время – до 1,34 ± 0,89 балла (p<0,05), регургитации – до 0,67 ± 0,1 балла (p<0,05), ощущения жжения на языке – до 0,54 ± 0,09 балла (p<0,05), жжения за грудиной при физической нагрузке – до 0,66± 0,11 балла (p<0,01). Были полностью купированы такие симптомы как охриплость голоса и пер-

шение в горле. В 1-ой группе пациентов, получавших лишь базисную терапию ГЭРБ и ИБС, также наблюдалась положительная динамика клинических проявлений ГЭРБ, однако степень уменьшения интенсивности симптомов достоверно изменилась лишь в отношении интенсивности изжоги – до 2,24±0,88 балла ($p<0,05$), регургитации – до 1,21±1,03 балла ($p<0,05$) и ощущения жжения на языке – до 1,04±0,09 балла ($p<0,05$).

Выводы. Добавление препарата мелатонина «Мелаксен» в суточной дозе 3 мг в течение 28 дней к комплексной базовой терапии больных с сочетанием ГЭРБ и ИБС способствует достоверному улучшению клинико-функционального статуса пациентов за счет достоверного повышения роста уровня данного гормона, положительно влияющего на последствия оксидативного стресса, репаративные процессы в тканях, обладающего мощными ангиопротекторными свойствами.

Литература:

1. Беленков Ю.Н., Привалова Е.В., Юсупова А.О. и др., Ишемическая болезнь сердца и рефлюкс-эзофагит: сложности дифференциального диагноза и лечения больных // РЖГГК. – 2011. – Т. 21. – № 3. – С. 4–12.
2. Каменир В.М. Роль азота оксида и мелатонина в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 2. – С. 125–129.
3. Г.Д. Фадеенко Г.Д., Бабак О.Я., Можина Т.Л. Новый алгоритм медикаментозной терапии при ГЭРБ// Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 4. – С. 4–7.
4. Шептулин А.А. Новая система оценки клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // РЖГГК. – 2008.– № 4. – С. 23–27.
5. Lund ell L, Dent J, Bennett J, et al. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlates and further validation of Los Angeles classification // Gut. – 1999. – № 45. – P. 172–80

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Ільницький Р. І.
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри внутрішніх хвороб стоматологічного факультету
Добрянський Д. В.
кандидат медичних наук,
асистент кафедри внутрішніх хвороб стоматологічного факультету
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

В основі патогенної дії основних етіологічних чинників хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) – забрудненого полютантами повітря та тютюнового диму, лежить агресивна дія на слизову оболонку дихальних шляхів активних форм кисню, діоксидів азоту і сірки, інших вільних радикалів, що призводить до активації перекисного окислення ліпідів та пошкодження біологічних мембран, у тому числі – імунокомпетентних клітин [2].

В роботах по дослідженню імунологічної реактивності у хворих на ХОЗЛ часто відмічаються пригнічення місцевого імунного захисту бронхіального дерева проти респіраторних вірусів і бактерій [7, 9]. Серед ендогенних факторів ризику найбільше значення має *спадкова схильність* до ХОЗЛ [3]. Відомо, що дефіцит IgA як селективний, так і у поєднанні з дефіцитом IgG, визначає більшу схильність людини до інфікування респіраторними вірусами і ушкодження миготливого епітелію. В літературі описані випадки поєднання селективного дефіциту IgA з захворюваністю на ХОЗЛ у двох і навіть трьох поколіннях окремих сімей [9].

Домінуючим чинником загострення захворювання є респіраторна інфекція, яка викликає порушення діяльності мукоциліарного кліренсу, локальне розщеплення імуноглобулінів, пригнічення фагоцитарної активності нейтрофілів і альвеолярних макрофагів, збільшення вивільнення гістаміну та інших медіаторів запалення [1, 5].

Метою дослідження було встановлення особливостей імунологічної реактивності – системного імунітету у хворих із загостренням ХОЗЛ.

Матеріал та методи. Об’єктом дослідження були 84 хворих чоловічої статі із загостренням ХОЗЛ, які склали клінічну групу. Середній вік обстежених – 51,5±7,5 років. Діагноз ХОЗЛ встановлювався на підставі клініко-рентгенологічних, лабораторних та функціональних даних згідно з наказом МОЗ №128 від 19.03.2007 р. Контрольну групу склали 64 практично здорових чоловіків віком від 40 до 60 років.

Цитоімунофлюоресцентний аналіз використали для визначення популяцій та субпопуляцій лімфоцитів у периферичній крові досліджуваних осіб, а саме – $CD3^+$ лімфоцити (Т-клітини); $CD4^+$ лімфоцити (Т-хелпери); $CD8^+$ лімфоцити (Т-цитотоксичні лімфоцити/супресори); $CD16^+$ лімфоцити (натуральні кілери), $CD22^+$ лімфоцити (В-клітини), $CD25^+$ лімфоцити, $CD95^+$ лімфоцити

(активовані, які експресують FAS-R) [4]. Функціональну активність Т-лімфоцитів вивчали у реакції бластної трансформації лімфоцитів з мітогеном фітогемагглютиніном. Визначали фагоцитарну активність нейтрофілів та концентрацію середньомолекулярної фракції циркулюючих імунних комплексів [6]. Сироваткові імуноглобуліни типів G, A та M визначили за методом Mansini e.a. [8].

Статистичний аналіз проводили стандартними методами оцінки варіаційних рядів. Достовірність відмінностей між вибірками проводили з використанням t-критерію Ст'юдента. Одержані дані оброблялися на персональному комп'ютері з використанням програм Microsoft Excel (Microsoft Corp., USA) та Statistica 6.1.478 (Stat Soft, USA). Вірогідними вважали зміни при ступені вірогідності $P<0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

У хворих із загостренням ХОЗЛ спостерігалися значні порушення імунологічної реактивності у клітинній та гуморальній ланках – зниження загальної кількості лімфоцитів та їх основних субпопуляцій ($CD3^+$-, $CD4^+$-, $CD16^+$-лімфоцитів), зниження рівня IgG (до 7,69±0,29 г/л у порівнянні з 13,8±1,45 г/л у осіб контрольної групи, $p<0,05$) та IgA (до 1,28±0,06 г/л у порівнянні з 2,02±0,24 г/л у осіб контрольної групи, $p<0,05$) поряд із збільшенням кількості В-лімфоцитів ($CD22^+$-лімфоцитів), підвищенням концентрації ЦІК середнього розміру у сироватці крові. Аналогічні результати були отримані нами у попередньому дослідженні [2] та співпадають з літературними даними [9].

Детальний аналіз показників клітинного імунітету у хворих на ХОЗЛ засвідчив про неоднорідність і різновекторність виявлених імунологічних порушень.

У 18 хворих клінічної групи (21,4%) спостерігалася гіперфункція/ гіперреактивність клітинної ланки імунної системи із збільшенням кількості лімфоцитів, субпопуляцій $CD3^+$– (до $(2,33\pm0,15)\times10^9$/л у порівнянні з $(1,59\pm0,17)\times10^9$/л у осіб контрольної групи, $p<0,05$), $CD4^+$-, $CD8^+$-лімфоцитів, активованих Т-лімфоцитів, а також їх проліферативної активності.

У 14 пацієнтів (16,7%) відмічалась недостатність переважно хелперної ланки (кількості $CD4^+$-лімфоцитів – зниження до $(0,62\pm0,06)\times10^9$/л у порівнянні з $(0,86\pm0,04)\times10^9$/л у осіб контрольної групи, $p<0,05$) із низьким імунорегуляторним індексом (співвідношення $CD4^+/CD8^+$), у 15 пацієнтів (17,9%) – недостатність переважно супресорної функції (кількості $CD8^+$-лімфоцитів – зниження до $(0,32\pm0,03)\times10^9$/л у порівнянні з $(0,52\pm0,03)\times10^9$/л у осіб контрольної групи, $p<0,05$) із високим імунорегуляторним індексом, у 27 хворих (32,1%) – тотальна недостатність клітинного імунітету (зниження кількості лімфоцитів, субпопуляцій $CD3^+$– (до $(0,74\pm0,06)$)$\times10^9$/л у порівнянні з $(1,59\pm0,17)\times10^9$/л у осіб контрольної групи, $p<0,05$), $CD4^+$-, $CD8^+$-, $CD16^+$-лімфоцитів, їх проліферативної активності), у 10 хворих (11,9%) – переважне порушення фагоцитарної активності нейтрофільних лейкоцитів.

Отримані результати можна пояснити різною направленістю імунної відповіді в залежності від тривалості захворювання, етіологічного чинника його загострення, конкретних адаптаційно-пристосувальних можливостей організму.

Висновки:

1. У хворих із загостренням ХОЗЛ спостерігаються порушення імунологічної реактивності – системного імунітету, що мають як спільні риси так і значні відмінності.

2. Спільними рисами імунологічних порушень у більшості хворих є зниження вмісту IgG та IgA, підвищення концентрації циркулюючих імунних комплексів середнього розміру, кількості активованих Т-лімфоцитів у крові на тлі різновекторних порушень клітинного імунітету.

3. Серед порушень клітинного імунітету можна виділити гіперфункцію/гіперреактивність Т-клітинної ланки імунної системи, тотальний Т-клітинний імунодефіцит, переважно Т-хелперну імунну недостатність, переважно Т-супресорну імунну недостатність, порушення фагоцитарної активності нейтрофілів.

4. Виявлені імунологічні порушення у хворих із загостренням ХОЗЛ є підставою для проведення імунологічної корекції.

Література:

1. Дворецкий, Л. И. Инфекция и хроническая обструктивная болезнь легких [Текст] / Л. И. Дворецкий // Consilium Medicum. – 2001. – № 3(12). – С. 587–595.
2. Дудка, П. Ф. Сучасні аспекти впливу фенспіриду на жирнокислотний метаболізм, імунологічну реактивність та гемореологічний статус при хронічному обструктивному захворюванні легень [Текст] / П. Ф. Дудка, Р. І. Ільницький, Л. І. Соколова // Лікарська справа. Врачебное дело. – 2005. – № 7. – С. 60–64.
3. Ивчик, Т. В. Факторы риска хронической обструктивной болезни легких [Текст] / Т. В. Ивчик, А. Н. Кокосов, Е. Д. Янчина // Пульмонология. – 2003. – № 7. – С. 6–15.
4. Передерий, В. Г. Иммунный статус, принципы его оценки и коррекции иммунологических нарушений [Текст] / В. Г. Передерий, А. М. Земсков, Н. Г. Бычкова. – К.: Здоров’я, 1995. – 211 с.
5. Яковлев, С. В. Бактериальные инфекции в амбулаторной практике: выбор оптимального амбулаторного препарата [Текст] / С. В. Яковлев, Л. И. Дворецкий, М. П. Суворов // Consilium Medicum. – 2002. – № 4. – С. 10–21.
6. Haškova, V. Simple method of circulating immune complex detection in human serum by polyethylene glycol precipitation [Text] / V. Haškova, J. Kastik, L. Riha // Z. Immunol. Forsch. – 1977. – Bd. 154, №. 4. – S. 399–486.
7. Herper-Owen, R. Virus and chlamidia isolation in COPD exacerbation [Text] / R. Herper-Owen // Eur. Resp. J. – Vol. 14, Suppl. 30, Oct. 1999. Abstracts. ERS. Annal. Congress. Madrid, Spain. October, 9-13, 1999. – P. 392.
8. Mancini, G. Immunochemical quantitation of antigens by single radial diffusions [Text] / G. Mancini [at al.]// Immunochemistry. – 1965. – Vol. 2, № 3. – P. 235–254.
9. Webb, Dr. Selective immunoglobulin A deficiency and chronic obstructive lung disease [Text] / Dr. Webb, J. J. Condemt // Ann. Intern. Med. – 1974. – Vol. 80. – P. 618–621.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кайма Е. А.
студент
Жук А. В.
студентка
Научный руководитель: ***Василевский В. П.***
доцент I кафедры хирургических болезней
Гродненского государственного медицинского университета
г. Гродно, Республика Беларусь

На сегодняшний день одной из основных проблем сосудистой хирургии является восстановление кровотока при хронической ишемии нижних конечностей. Основным патогенетическим фактором выступает многоуровневое атеросклеротическое поражение артериального русла. В настоящее время заболеваемость этой патологией составляет от 3 до 20% населения в зависимости от возрастной категории пациентов [2, с. 184–198]. Альтернативным и перспективным на сегодняшний день методом оперативного лечения является использование гибридных оперативных вмешательств. Суть таких вмешательств заключается в сочетании открытой сосудистой реконструкции протяженной окклюзии и эндоваскулярной баллонной ангиопластики и стентирования стенозов или сегментарных окклюзий артерий притока или оттока [1, с. 145]. В результате восстанавливается кровоток на значительном протяжении сосудистого русла, при этом применяется небольшое число хирургических доступов. Высокая результативность гибридных операций и низкая травматичность с незначительными послеоперационными осложнениями, делают перспективным развитие данного направления.

Целью работы является оценка результатов гибридных оперативных вмешательств в хирургическом лечении многоуровневых атеросклеротических поражений артерий нижних конечностей.

Материал и методы. За последние 10 месяцев в отделении сосудистой хирургии первой клиники хирургических болезней Гродненского государственного медицинского университета прооперировано 37 пациентов с использованием гибридных технологий хирургических вмешательств. При этом у 6 пациентов критическая ишемия была обусловлена распространенным многоуровневым атеросклерозом. Возраст пациентов от 52 до 66 лет. Сопутствующие заболевания – ИБС, АГ, диффузный и постинфарктный кардиосклероз. Перед операцией пациентам выполнялось ангиографическое исследование аорты и артерий нижних конечностей. Данное исследование визуализировало субокклюзионный стенотический процесс подвздошного сегмента и тотальный субингвинальный окклюзионный процесс артериальных магистралей. У всех пациентов имела место хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. У четырех пациентов – 2Б стадии и у двух – 3 стадии по Фонтейну-А.В. Покровскому.

Результаты и обсуждение. Больные оперированы по абсолютным (критическая ишемия) показаниям. Первым этапом больным была выполнена баллонная ангиопластика и стентирование подвздошных артерий. В общей бедренной артерии (ОБА) ретроградно установлен интрадьюсер INPUT 6 Fr-11 cm Medtronik. Через него за зоны критических стенозов наружной подвздошной артерии (НПА) и общей подвздошной артерии (ОПА) в просвет инфраренальной аорты проведен проводник Muso WIRE 0,018-190 (TERUMO). По проводнику в зоне стеноза ОПА позиционирован периферический баллонный катетер FOX PLUS 7.0 – 80 mm 80 cm (Abbott), выполнена ангиопластика на давлении 14 атм. с оптимальным ангиографическим результатом. Затем этот же баллонный катетер позиционирован в зоне эксцентрического стеноза наружной подвздошной артерии, выполнена ангиопластика на давлении 10 атм. с оптимальным ангиографическим результатом. По проводнику в зоне ангиопластики ОПА и НПА позиционирован и имплантирован самораскрывающийся нитиноловый периферический стент Misago 8-40 mm (TERUMO) и Misago 7-60 mm (TERUMO) соответственно. На проводнике последовательно в зонах стентирования выполнена дополнительная модификация геометрии стентов в ОПА и НПА периферическим баллонным катетером FOX PLUS 7.0 – 60 mm 135 cm (Abbott) на давлении 14 и 14 атм. При контрольной ангиографии достигнут оптимальный результат в зоне стенозов. В ходе второго этапа гибридного оперативного вмешательства всем пациентам было проведено бедренно-подколенное шунтирование аутовенозным трансплантатом. Под спинальной анестезией медиальным доступом в нижней трети бедра выделена подколенная артерия (ПА) выше щели коленного сустава, мягкая с пристеночными атеросклеротическими бляшками (АБ). Пульс на артерии отсутствует. Взята на турникеты. В последующем была выделена и резицирована бедренно-подколенная вена (БПВ). Из доступа в скарповском треугольнике выделены ОБА. Артерии мягкие, с плотными пристеночными АБ, с удовлетворительной пульсацией. Артерии взяты на турникеты, пережаты. Далее проводилась артериотомия ПА, в просвете пристеночные АБ. Гепариновый «замок» в дистальное русло. Наложен дистальный анастомоз ПА с реверсированной БПВ нитью корален 6.0. БПВ проведена в предварительно сформированном туннеле в межмышечном пространстве, по ходу поверхностной бедренной артерии. Артериотомия ОБА, в просвете пристеночные АБ. Ретроградный кровоток удовлетворительный. Наложен центральный анастомоз ОБА с реверсированной БПВ нитью корален 5.0. Сняты зажимы с ОБА. Восстановлен кровоток в конечности. Гемостаз. Швы на раны. Послеоперационных осложнений не было, явления критической ишемии конечностей полностью купированы в течение первых суток после хирургического лечения.

Вывод. Полученные положительные результаты гибридных хирургических технологий свидетельствуют о достаточной эффективности и целесобразности их применения в подвздошно-бедренной зоне при наличии критических стенотических поражений путей притока (эндолюминальная ангиопластика и стентирование), и тотальном артериальном окклюзионном процессе путей оттока (бедренно-подколенное шунтирование).

Литература:

1. Бокерия, Л.А. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии / Л.А. Бокерия. – Т. 2. – М. : Издательство НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. – 1999. – 145 с.
2. Покровский А. В. Клиническая ангиология. Руководство в 2-х томах / А. В. Покровский. – М. : Медицина, 2004. – Т. 2. – С. 184–198.

ОЦІНКА ЯКОСТІ РЕСТАВРАЦІЙ БІЧНИХ ЗУБІВ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Герелюк В. І.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри терапевтичної стоматології
Романишин С. С.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри терапевтичної стоматології
Кобрин Н. Т.
лікар-стоматолог центру стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету
м. Івано-Франківськ, Україна

Значна кількість пацієнтів стоматологічних закладів охорони здоров'я звертаюсь з приводу встановлення або заміни прямих реставрацій. Основними матеріалами, які застосовуються для відновлення цілісності твердих тканин є композити та склоіономерні цементи. Заміна та скорочення терміну використання даних конструкцій часто напряму пов'язані з допущенням ряду помилок при виготовленні реставрацій, що надалі призводять до характерних дефектів, пошкоджень та ускладнень, які є показом для їх заміни (часткова реставрація, повна реставрація) або корекції [1] (шліфування, полірування). Власне використання даних стоматологічних матеріалів і конструкцій має певні терміни експлуатації, які потребують у кінцевому підсумку їх планової заміни.

Метою нашої роботи було провести оцінку якості реставрацій, вивчити поширеність цих дефектів та ускладнень.

Матеріали і методи. Було обстежено 52 пацієнти, в яких виявили 270 реставрацій бічної групи зубів із різних пломбувальних матеріалів. Проведено клінічну та інструментальну оцінку твердих тканин, оцінку якості реставрацій за модифікованими критеріями USPHS Ryge (оцінка анатомічної форми, крайової пігментації, крайової адаптації, гладкість поверхні, відповідність кольору, наявність контактного пункту, появу вторинного карієсу, наявність тріщин, гіперестезії) [2]. Встановлено, що найбільш частим ускладненням є порушення крайової адаптації (37% від виявлених ускладнень), що є наслідком втрати стоншеного краю реставрації або втрати твердих тканин на межі пломба-тверді тканини. Найчастіше крайове прилягання порушувалось при порожнинах II класу за Блеком – 60% на гінгівальних (пришийкових) стінках, 17% – на вестибулярних та у 23% випадків – на язикових.

Висновки. Проведена нами оцінка реставрацій виявила значну кількість неякісних реставрацій, в тому числі тих, що потребують заміни. Отримані результати доводять необхідність детальної роботи з визначення основних помилок,способів попередження виникнення ускладнень та їх усунення.

Література:

1. Finishing systems on the final surface roughness of composites / R. Koh, G. Neiva, J. Dennison [et al.] // The Journal of Contemporary Dental Practice. – 2008. – Vol. 9, № 2. – P. 138–145.
2. Ryge G. Clinical criteria / G. Ryge // International Dental Journal. – 1980. – Vol. 30, Issue 4. – P. 347–358.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кобрин О. П.
кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології
Герелюк В. І.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри терапевтичної стоматології
Романишин С. С.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри терапевтичної стоматології
Кукурудз Н. І.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри терапевтичної стоматології
Кобрин Н. Т.
лікар-стоматолог центру стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету
м. Івано-Франківськ, Україна

Захворювання бактеріальної етіології часто викликають пошкодження тканин пародонта [1], які супроводжуються порушенням балансу прозапальних і протизапальних цитокінів. Тому, актуальним є дослідження вмісту інтерлейкіну-1β (IL-1β), фактору некрозу пухлин (TNFα), інтерферону-гамма (IFN-γ), інтерлейкіну-4 (IL-4) у сироватці крові хворих на генералізований пародонтит (ГП) із супутньою хронічною хламідійною інфекцією, а також вивчення впливу препарату «Протефлазід» з метою корекції патологічних змін при ураженні пародонта [2].

Метою дослідження була оцінка ефективності препарату «Протефлазід» в комплексному лікуванні ГП у хворих із хронічною хламідійною інфекцією.

Обстежено 64 хворих на ГП I-II ступеня розвитку хронічного перебігу з підтвердженим діагнозом хронічної хламідійної інфекції. Основну групу

склали 35 пацієнтів, які на тлі базової терапії отримували «Протефлазід» всередину по схемі та місцево, в контрольній групі – 23 хворих на ГП із хламідійною інфекцією, що отримували загальноприйняту терапію. Хворим обох груп проводили санацію порожнини рота, зняття зубних відкладень, кюретаж пародонтальних кишень.

Після лікування у основній групі відмічали відсутність неприємного запаху з ротової порожнини та кровоточивості ясен на 3-4 відвідування, а у контрольній – на 7-8 відвідування. У хворих основної групи вміст IL-1β знизився в 1,8 разів, концентрація TNFα – в 1,9 разів ($p<0,01$), а рівень цитокіну IL-4 підвищувався майже у 2,2 рази, вміст IFN-γ – в 1,9 разів ($p<0,001$), достовірно відрізняючись від показників контрольної групи.

Використання препарату "Протефлазід" у комплексі медикаментозної терапії сприяє більш швидкому регресу клінічної симптоматики ГП, відновлення координаторної здатності цитокінів у сироватці крові.

Література:

1. Проданчук А. І. Захворювання пародонта і соматична патологія / А. І. Проданчук, І. Д. Кіюн, М. О. Кройтор // Буковинський медичний вісник. – 2012. – Том 16, № 2. – С. 164–167.

2. Кобрин О. П. Ефективність препарату "Протефлазід" у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит із супутньою хламідійною інфекцією / О. П. Кобрин, В. І Герелюк // Український стоматологічний альманах. – 2010. – № 3. – С. 23–27.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РАННЬОЇ ЗМІНИ КІЛЬКОСТІ НАВКОЛОПЛІДНИХ ВОД ЩОДО ЗАВМЕРЛОЇ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ

Бала О. О.
асистент кафедри акушерства і гінекології № 3
Ковалюк Т. В.
асистент кафедри акушерства і гінекології № 3
Ковальчук Х. В.
студентка
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Невиношування вагітності залишається однією з актуальних проблем сучасного акушерства. Частота передчасного переривання вагітності складає 4-20% від загального числа вагітностей [1, с. 229; 2, с. 32]. Звертає на себе увагу, високий відсоток завмерлих на ранніх термінах вагітностей в структурі мимовільних викиднів [2, с. 34].

Висока частота невиношування вагітності, зростання промислового забруднення, складна екологічна ситуація, значне розповсюдження інфекцій,

високий відсоток вагітностей з ускладненим перебігом негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінок та потребують пошуку нових підходів до прогнозування та профілактики даної патології.

Мета нашої роботи – виявити прогностичне значення ранньої зміни кількості навколоплідних вод у жінок з загрозою переривання вагітності.

Нами обстежено 72 жінки, що знаходилися на стаціонарному лікуванні з приводу загрози переривання вагітності у І триместрі. УЗД проводили на ультразвуковому сканері 41060 BASIC SCANNER – 250-3T (Голандія) двічі: при госпіталізації та через два тижні (після проведеного лікування). Динамічне спостереження за вагітними продовжували до закінчення вагітності (втрати її або народження дитини).

Ехографічне дослідження порожнин плодового яйця встановило в 47 (65,2%) спостереженнях відхилення вивчених параметрів від нормативних значень. При цьому зниження обсягу порожнини плодового яйця зареєстровано у 34 (47,2%) пацієнток, збільшення обсягу – у 13 (18,1%).

Зменшення обсягу порожнини плодового яйця, так зване раннє маловоддя, стало частим відхиленням (47,2%) визначеним нами у обстежених вагітних. Наявність даної ознаки в І триместрі вагітності стало прогностичною ознакою несприятливого перебігу і наслідків вагітності.

Легкий ступінь загрози переривання вагітності ехографічно проявлявся ізольованим зменшенням обсягу амніотичної порожнини, який через 1,5–2 тижні після проведення спазмолітичної терапії та регресу всієї симптоматики набував нормальних значень. Разом з тим, тривалий перебіг клінічно вираженої загрози переривання вагітності характеризувався поєднаним зменшенням обсягів амніотичної та хоріальной порожнин. Причому більшою мірою змінювався останній параметр. На тлі лікування при сприятливому результаті вагітності контрольне ультразвукове дослідження встановило адекватне зростання всіх порожнин плодового яйця.

В свою чергу прогресуюче зниження обсягу плідного яйця, що спостерігається на терміні 7-8 тижнів гестації, у всіх пацієнток привело до мимовільного викидня (у 5 (14,7%) випадках) і завмерлої на ранніх термінах вагітності (3 – 8,8% жінок).

Подальше спостереження за перебігом вагітності встановило у кожної другої пацієнтки з раннім маловоддям наявність рецидивуючої загрози переривання переважно в І триместрі, передчасного дозрівання плаценти (11 – 32,3%), маловоддя (3 – 8,8%), гестозу (5 – 14,7%), ВЗРП (2 – 5,9%) і ФПН (2 – 5,9%). При цьому 2 (5,9%) вагітності завершилися передчасними пологами. В інших 24 (70,6%) спостереженнях відбулися своєчасні пологи.

Таким чином, зниження темпів приросту обсягів порожнин плодового яйця і збільшення ступеня відхилення їх розмірів від середньонормативних значень є високо інформативними ультразвуковими параметрами мимовільного переривання вагітності. Разом з тим, помірне маловоддя плодового яйця, що зберігається при повторних дослідженнях є прогностичним критерієм ускладненого перебігу вагітності.

Також нами виявлений взаємозв'язок між раннім маловоддям і наявністю в анамнезі порушень менструального циклу у вигляді недостатності люте-

їнової фази, гіперандрогенії, гіперпролактинемії різного генезу. Малі розміри плодового яйця виявлені у кожної п'ятої жінки старше 32 років.

У 13 (18,1%) пацієнток зареєстроване багатоводдя, яке в 76,9% (10) спостережень виявлялося ізольованим збільшенням обсягу хоріальної порожнини. У даної групи пацієнток частіше спостерігалися однократні мажучі кров'янисті виділення зі статевих шляхів, у кожної третьої пацієнтки з раннім багатоводдям діагностована ретрохоріальна гематома. Завмерла на ранніх термінах вагітність встановлена в одному спостереженні (7,7%). При цьому виражене багатоводдя поєднувалося із збільшенням діаметру жовткового мішка, підвищенням його ехогенності, змінами хоріона, наявністю грубої ехопозитивної суспензії в амніотичній та хоріальній порожнинах. У решти 12 (92,3%) пацієнток, з ізольованим збільшенням обсягу плодового яйця, відзначене успішне прогресування вагітності.

Подальше спостереження за пацієнтками виявило наявність рецидивуючої загрози переривання вагітності/передчасних пологів в II-III триместрах у 6 (46,1%) жінок, передчасного дозрівання плаценти – 6 (46,1%). У 7 (53,8%) діагностовано багатоводдя в II-III триместрах, що в подальшому призвело до передчасного вилиття навколоплідних вод (5 – 38,5%) і розвитку аномалій пологової діяльності (2 – 15,4%).

Таким чином, раннє багатоводдя не є ознакою несприятливого результату вагітності, проте вказує на високу частоту ускладненого перебігу другої половини вагітності за рахунок розвитку загрози передчасних пологів, передчасного вилиття навколоплідних вод.

Література:

1. Бенюк В.О. Функціональний стан плода у вагітних з недоношуванням/ Бенюк В.О., Усевич І.А., Никонюк Т.Р., Анаам Хаді Садек // Здоровье женщины. – 2010. – № 1(47). – С. 229–233.

2. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В. М. – Москва: Триада-Х, 2002. – 304 с.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ПЕРІАПІКАЛЬНОГО ІНДЕКСУ ПІД ВПЛИВОМ ЗАПРОПОНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЮЮЧОГО ПЕРІОДОНТИТУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Костюк І. Р.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри дитячої стоматології
Мельничук Г. М.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри дитячої стоматології
Костюк В. М.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри патоморфології та судової медицини
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
м. Івано-Франківськ, Україна

На сьогоднішній день відсоток ускладненого карієсу в постійних зубах із несформованим коренем залишається високим. Лікування таких зубів – непросте завдання [2, 7].

Встановлено, що причиною періодонтиту в постійних зубах із несформованим коренем, як правило, є травма або карієс. При цьому переважно розвивається гранулюючий періодонтит, активне лікування якого має бути спрямоване на створення в періапікальних тканинах депо біологічно активних речовин, що виявляють позитивний вплив на репаративні процеси, володіють протизапальною дією і сприяють нормалізації імунологічних показників [13].

Успіх ендодонтичного лікування постійних зубів у дітей головним чином залежить від урахування морфо-функціональних особливостей будови та ступеня інтенсивності процесів мінерального обміну в тканинах зуба та періодонта [2, 10].

Одним із етапів лікування деструктивних форм періодонтитів, особливо в постійних зубах у дітей, є тимчасове пломбування кореневих каналів. Цей метод довготривалий, потребує дисциплінованості пацієнта, періодичного клінічного та рентгенологічного контролю, а також неабиякого терпіння та віри у добрий результат як лікаря, так і пацієнта. Основні завдання тимчасової обтурації полягають у: антисептичній дії на систему макро– і мікроканалів; протизапальній дії в вогнищі ураження періодонта; стимуляції регенеративної активності тканин періодонта і оточуючої кістки коміркового відростка; ізоляції кореневого каналу при неможливості завершення його обробки в одне відвідування [1, 4].

Для тимчасового пломбування обробленого кореневого каналу найліпше використовувати пасти, які мають виражену і тривалу протимікробну дію, не подразнюють періапікальні тканини і не викликають системних реакцій. Цим вимогам, на думку багатьох дослідників, повністю відповідають водні суспензії гідроксиду кальцію [6, 11].

Однак, на сьогоднішній день є й інші думки щодо позитивного впливу гідроксиду кальцію. Окремі дослідники стверджують про негативні моменти

такого лікування, зокрема, вказують на те, що препарати гідроксиду кальцію можуть виявляти руйнуючу дію на клітини сполучної тканини і суттєво сповільнювати репаративні процеси в кістці [12]. А. Кнаппвост [3] виділяє такі недоліки при лікуванні періодонтитів за допомогою гідроксиду кальцію: для забезпечення повної стерильності каналів, особливо стосовно невегетативних форм мікроорганізмів, дезінфікуюча властивість його недостатня; препарат має досить невеликий радіус дії, зумовлений малою дифузією гідроксиду кальцію (розчинність гідроксиду кальцію складає лише 1,03 г/л); у процесі проникнення в бокові канали і розгалуження велика кількість активної субстанції витрачається на утворення карбонату, протеінатів і продуктів омилення.

З метою нівелювання негативних моментів при лікуванні періодонтитів постійних зубів у дітей із використанням гідроксиду кальцію та посилення його остеорегенераторних властивостей ми пропонуємо вводити до складу пасти на основі гідроксиду кальцію засіб рослинного походження – живокосту настойку. Спільно з фармацевтами була розроблена рецептура та технологія виготовлення пасти для тимчасової обтурації кореневого каналу постійного зуба у дитини в разі хронічного гранулюючого періодонтиту (склад пасти: 1,0 г живокосту настойки, 0,5 г гліцерину, до 3,0 г кальцію гідроксиду [8]. Дія протизапальної пасти була вивчена в експерименті на тваринах та апробована клінічно [9].

Місцеве лікування постійних зубів у 32 дітей, хворих на хронічний гранулюючий періодонтит, передбачало використання препаратів рослинного походження і полягало в антисептичній обробці кореневих каналів постійних зубів у дітей 1% спиртовим розчином хлорофіліпту, позаапікальній терапії препаратом живокосту настойки під тимчасову пов’язку (на термін не більше 1 доби) із метою протизапальної, некролітичної, антигеморагічної, імуностимулюючої та остеорегенеруючої дії.

Далі у випадках, коли хворі зуби не турбували під герметичною пов’язкою та не було відмічено загострень (найчастіше через 1-2 відвідування), проводилося тимчасове кількаразове заповнення кореневого каналу протизапальною пастою.

Спочатку пасту залишали під тимчасовою пломбою на 1 тиждень (за відсутності загострення), після чого проводилася її заміна. Ця тактика була вибрана для того, щоб відновити пасту в кореневому каналі у разі її розсмоктування та зниження лікувальних властивостей при посиленні ексудації.

Наступна заміна пасти проводилася через 1 місяць, а далі – через 3, 6, 9 і, за потреби, – через 12 місяців від початку лікування з рентгенологічним контролем. При виявленні тенденції до відновлення кісткової тканини, у разі закриття верхівки та завершення формування періодонта, ми здійснювали постійне пломбування кореневих каналів силером і гутаперчею.

Із метою більш точного співставлення показників прицільної рентгенографії на етапах лікування хронічного гранулюючого періодонтиту постійних зубів нами був використаний кількісний індекс – періапікальний індекс (PAI), запропонований Orstavik D. Він базується на результатах дослідження кореляційної залежності між рентгенологічними даними та гістологічною картиною вогнищ запалення в періапікальних тканинах. PAI включає характеристику оптичної щільності кісткової тканини на рентгенограмі та оцінку будови

кісткових трабекул і кістковомозкових просторів у періапікальній ділянці. А.М. Соловьева, 2002 модифікувала PAI так, щоби була можливість не лише виявити розрідження в кістковій тканині, але й оцінити будову кісткових трабекул і кістково-мозкових просторів у періапікальній ділянці та одночасно врахувати широкий просвіт верхівкового отвору кореневого каналу постійного зуба у дитини. Після цього PAI набув універсального характеру і може використовуватися для оцінки якості ендодонтичного лікування постійних зубів у дітей із незавершеним формуванням верхівки кореня та періодонта [10].

Рентгенологічна оцінка результатів лікування хронічного гранулюючого періодонтиту постійних зубів у дітей за модифікованим індексом PAI свідчила про вірогідне поліпшення стану тканин періодонта. Через 3 місяці після початку лікування способом тимчасового введення в кореневі канали лікувальної пасти на основі живокосту настойки та кальцію гідроксиду було зафіксовано статистично достовірні зміни в бік поліпшення – на 17,28% ($p<0,001$) порівняно з показником, отриманим до лікування. Вірогідне зниження індекса PAI порівняно з даними, отриманими через 3 місяці від початку лікування, було виявлено також і через 6 місяців – на 54,45% ($p<0,001$) порівняно з попередніми показниками, а через 9 місяців отримано ще ліпший результат – суттєве зниження середнього значення PAI в 1,72 раза ($p<0,001$) порівняно з результатами через 6 місяців від початку лікування.

Література:

1. Борисенко А.В. Застосування пасти для тимчасового заповнення кореневих каналів при лікуванні хронічного періодонтиту / А.В. Борисенко, С.І. Паламарчук // Современная стоматология. – 2012. – № 2. – С. 9–10.

2. Голубєва І. М. Профілактика помилок та ускладнень при лікуванні періодонтиту постійних зубів у дітей / І.М. Голубєва // Новини стоматології. – 2009. – № 1(58). – С. 86–91.

3. Кнаппвост А. Высокоэфективное лечение детей с апикальными процессами препаратами гидроокиси меди-кальция и их депофорез / А. Кнаппвост // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2001. – № 2. – С. 60–63.

4. Любченко О.В. Кореневі герметики. Проблема вибору. Огляд літератури / О.В. Любченко // Новини стоматології. – 2011. – № 3(68). – С. 6–11.

5. Маковка І.Л. Ефективність застосування препарату «Фосфадент-біо» в лікуванні хронічного верхівкового періодонтиту в підлітків / І.Л. Маковка, М.В. Пащенко, Ю.А. Мохонь // Український стоматологічний альманах. – 2012. – Т. 1, № 2. – С. 117–118.

6. Метцгер З. Ретенция гидроокиси кальция в широких корневых каналах с раскрытым апикальным отверстием / З. Метцгер, М. Соломонов, Е. Масс // Эндодонтия today. – 2003. – Т. 3, № 1–2. – С. 70–77.

7. Микроэкология системы корневых каналов постоянных зубов в стадии несформированного корня у детей при хроническом апикальном периодонтите / М.Г. Чеснокова, В.И. Самохина, В.Д. Ландинова [и др.] // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2012. – № 1. – С. 3–7.

8. Патент на корисну модель № 62418 МПК А61К 36/00. Паста з настоянкою живокосту та кальцію гідроксидом, яка проявляє протизапальні

властивості / Костюк І.Р., Мельничук Г.М., Грицик А.Р., Грицик Л.М.; заявл. 17.02.11; опубл. 25.08.11, Бюл. № 16.

9. Патент на корисну модель № 76058 МПК A61C 5/00 A61K 6/00. Спосіб місцевого лікування хронічного гранулюючого періодонтиту постійних зубів у дітей / Костюк І.Р., Мельничук Г.М., Костюк В.М., Михайлюк І.О.; заявл. 21.05.12; опубл. 25.12.12, Бюл. № 24.

10. Соловьева А. Особенности эндодонтического лечения постоянных зубов у детей при незавершенном формировании корней / А. Соловьева // Дент Арт. – 2002. – № 4. – С. 27–29.

11. Тактика ведения больных с эндодонто-периодонтальным лизисом тканей / Jorge Vera, Martin Trope, Frederic Barnett [et al.] // Клиническая стоматология. – 2011. – № 3. – С. 4–6.

12. Hauman C.H.J. Биосовместимость стоматологических материалов, используемых в современном эндодонтическом лечении: обзор. Часть 1. Внутриканальные лекарства и вещества / C.H.J. Hauman, R.M. Love // Эндодонтия today. – 2003. – Т. 3, № 1–2. – С. 78–88.

13. The effect of the renewal of calcium hydroxide paste on the apexification and periapical healing of teeth with incomplete root formation / M.C. Felippe, W.T. Felippe, M.M. Marques [et al.] // Int. Endod. J. – 2005. – Vol. 38(7). – P. 436–442.

ПЛАСТИКА ДІАФРАГМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З АПЛАЗІЄЮ КУПОЛА

Кривченя Д. Ю.
доктор медичних наук, професор, професор кафедри дитячої хірургії
Бензар І. М.
кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої хірургії
Руденко Є. О.
кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої хірургії
Шульжик І. І.
лікар-інтерн
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. В стратегію лікування вроджених діафрагмальних гриж (ВДГ) впроваджуються новітні досягнення, які в першу чергу стосуються технології захисту легень, корекції легеневої гіпертензії. Проте, не зважаючи на зростання вартості і технологічної складності методик, ВДГ залишається діагнозом з високою летальністю [1]. Значно менше досліджень стосуються власне хірургічної таки. Питання хірургічних доступів і методів закриття дефекту в діафрагмі на сучасному етапі потребує перегляду.

Мета дослідження: вибір патогенетичного обґрунтованого операційного доступу та способу пластики дефектів діафрагми великих розмірів при ВДГ у новонароджених дітей групи високого ризику.

Матеріали і методи дослідження.

Проведено аналіз хірургічної корекції аплазії купола діафрагми у 9 новонароджених дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці «ОХМАТДИТ» з січня 2010 року по листопад 2013 року. Термін спостереження від 12 до 45 місяців. Усі пацієнти із групи високого ризику, до яких віднесено новонароджених із ПДГ, у яких респіраторний дистрес-синдром розвинувся у перші 6 годин життя та у всіх інтраопераційно діагностовано аплазію купола діафрагми: правого – у 2 (22,%) лівого – у 7 (77,8%). Маса дітей при народженні від 1600 г до 4100 г, в середньому 3100 г. Дітей з екстремально низькою масою не було. При лівобічній ВДГ грижовим вмістом були: тонка кишка, товста кишка, селезінка, шлунок, ліва частка печінки, селезінка. При правобічній ПДГ в грудну порожнину переміщені наступні органи: тонка і товста кишка, права частка печінки, жовчний міхур.

Результати дослідження та їх обговорення.

Плануючи хірургічне втручання з приводу ВДГ у новонароджених дітей з групи високого ризику, великого значення ми надавали вибору операційного доступу. Більшість хірургів надають перевагу підреберній лапаротомії [2], при якій евентрація всіх порожнистих органів і навіть селезінки легко здійснюється, дефект в діафрагмі добре візуалізується. Проте на цьому перевага закінчується, запускаючи ланцюг негативних наслідків. Пластику великого дефекту діафрагми з лапаротомного доступу провести важко, особливо якщо ушивати латку, якість накладання швів сумнівна, існує високий ризик прорізування швів і рецидиву грижі. Зашивання черевної порожнини із зануренням травмованого кишечника, селезінки, печінки загрожує розвитком компресії нижньої порожнистої вени з зупинкою функції нирок. У дітей домінує черевний тип дихання, а травма живота не сприяє швидкій нормалізації його функції у тому числі, і дихання залишається неефективним. У 8 пацієнтів ми застосовували торакотомію по 6–7 міжребір'ю відповідно стороні ураження, лише в одного пацієнта виконана підреберна лапаротомія. Для закриття великих дефектів традиційно використовуються синтетичні або модифіковані біологічні матеріали [3]. Пластика діафрагми з використанням пластичних матеріалів є досить розповсюдженою, про що свідчать результати дослідження Congenital Diaphragmatic Hernia Study Group [2], у якому латку застосовано у 51% випадків. Із пластичних матеріалів найбільш широко (81%) використовували політетрафлуороетилен (ПТФЕ). Не дивно, що летальність при використанні синтетичних латок була істотно вищою (44% проти 7% при первинній пластиці), оскільки тут має значення розмір дефекту, зокрема, у 56% випадків застосування латок була повна агенезія купола. У трьох пацієнтів нами виконана пластика купола виконувалася з використанням комбінованої латки, яка складалася з спеціально обробленого біологічного матеріалу (Tutoplast перикард) і поліпропіленової сітки, пришитих по периметру дефекту у вигляді «сендвіча». В подальшому ми надавали перевагу синтетичному матеріалу – ePTFE (еластичний політетрафторетилен), який використано у наступних шести дітей. Використання одношарової латки є технічно простішим,

скорочує час операції, що особливо важливо у новонароджених дітей. Принципом корекції ВДГ є торакалізація черевної порожнини. Тобто, в дефект діафрагми слід вшивати латку з сегментарною транслокацією діафрагми і збільшенням черевної порожнини за рахунок напівпорожньої плевральної порожнини. Гіпоплазована легеня не може заповнити геміторакс і наслідки диспропорції загрожують ускладненнями. При цьому розміри латки повинні приблизно на 1/3 перевищувати розміри дефекту. При аплазії діафрагми м'язовий валик відсутній, тому виникає необхідність фіксувати латку швами за ребра [4], або вище синуса, тобто за десяте або навіть дев'яте ребро. Випукла форма латки сприяє збільшенню об'єму черевної порожнини та зменшенню надмірного об'єму грудної порожнини, нормальному розташуванню дна шлунка, формуванню гострого кута Гісса, що попереджує шлунково-стравохідний рефлюкс [5].

Рання післяопераційна летальність при правобічній ВДГ становить 50%, при лівобічній померло 3 пацієнта (42,8%), загальна летальність – 44,4 %. Пізньої післяопераційної летальності не було. Повторні операції виконано у 3-х пацієнтів (33,3%) з приводу наступних патологічних станів: незавершений поворот кишечника, шлунково-стравохідний рефлюкс, рецидив грижі.

Висновки. Аплазія діафрагми – складна вада з високою летальністю. Оптимальним способом операційного лікування є пластика діафрагми з використанням синтетичної латки з торакалізацією черевної порожнини.

Література:

1. Antonoff M.B. Protocolized management of infants with congenitaldiaphragmatic hernia: effect on survival / M.B. Antonoff, V.A. Hustead, S. S. Groth, D. J. Schmeling // J of Pediatr Surgery, 2011 – Vol 46 – P. 39–46.

2. Clark R. H. Current Surgical Management of Congenital Diaphragmatic Hernia: A Report From the Congenital Diaphragmatic Hernia Study Group R. H. Clark, W. D. Hardin, R. B. Hirschl, T. Jaksic, K. F. Lally, M. R. Langham, Jay M. Wilson, // J of Pediatr Surgery, 1998 – Vol 33 – P. 1004–1009.

3. Grethel E. J. Prosthetic patches for congenital diaphragmatic hernia repair: Surgisis vs Gore-Tex / E. J. Grethel, R. A. Cortesa, A. J. Wagnera, M. S. Cliftona, H. Leea, D. L. Farmera, M. R. Harrisona, R. L. Kellerb, K. K. Nobuhara // J of Pediatr Surgery, 2006 – Vol 41– P. 29–33.

4. Кривченя Д.Ю. Биоимплантаты при коррекции диафрагмальных грыж у детей / Кривченя Д.Ю., Бензар И. Н., Руденко Е.О., Алещенко И.Е. // Сборник тезисов «Актуальные вопросы тканевой и клеточной трансплантологии», Уфа – 2012 – С. 261–262.

5. Loff S. Implantation of a cone-shaped double-fixed patch increases abdominal space and prevents recurrence of large defects in congenital diaphragmatic hernia S. Loff, H. Wirtha, I.Jestera, S. Hosiea, C. Wollmanna,

T. Schaibleb, O. Atamana, K-L. Waag // J of Pediatr Surg. – 2005 – Vol 40 – № 11 – P. 1701–1705.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Лагун Ю. В., Гуцко С. Н.
студенты лечебного факультета
кафедры нервных и нейрохирургических болезней
Белорусского государственного медицинского университета
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Определение диагностической значимости данных полученных при рутинном исследовании неврологического статуса и сопоставление выявляемых изменений с результатами нейровизуализации способствует оптимизации подходов к диагностике и лечению пациентов неврологического и нейрохирургического профиля.

Цель: Сопоставить наличие патологических рефлексов у пациентов нейрохирургического профиля с данными спиральной компьютерной томографии (СКТ) и уровнем сознания.

Материал и методы. Использован метод спиральной компьютерной томографии, стандартный неврологический осмотр пациентов с определением уровня сознания, реакции зрачков на свет, выявлением патологических рефлексов: Бабинского, Россолимо, хоботкового и ладонно-подбородочного.

Результаты. Составлена база данных, которая содержит краткую информацию о пациентах, заключение СКТ и результаты стандартного неврологического обследования.

Выводы:

1. Наличие патологических рефлексов в большинстве случаев зависит от локализации патоморфологических изменений выявляемых при проведении СКТ и тяжести расстройств сознания.

2. По результатам наших исследований выявлены несоответствия с данными литературных источников.

Литература:

1. http://neurologystatus.ru/70
2. http://neurosurgery.surgery.su/intracerebral-bleeding/
3. http://spb-medic.narod.ru/yung68.htm
4. http://www.neurosklif.ru/Diseases/HeadInjury

ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ЯКІСТЬ ТА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДИХ ДОРОСЛИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПРООПЕРОВАНИМИ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Лебідь І. Г.
кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник
Касьянова А. Ю.
кандидат медичних наук, лікар-психолог
ДУ «Науково-практичний медичний центр
дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України»
м. Київ, Україна

В даний час спостерігається стрімкий прогрес кардіохірургії, завдяки чому 85% дітей із ВВС досягають повноліття. Демографічні прогнози передбачають, що пацієнтів із ВВС серед дорослих помітно більшатиме [1]. Тому сучасні акценти вдосконалення допомоги пацієнтам із ВВС перейшли від педіатричної системи надання допомоги до формування стрункої структури кардіологічної служби для дорослих із цією патологією [2].

В останні роки найбільшу увагу в дитячої та дорослої кардіології стали приділяти дослідженню якості життя пацієнтів із ВВС та розробленню ефективних методів фізичної реабілітації та психосоціальної адаптації хворих [3]. За даними деяких досліджень загальна оцінка якості життя дорослих пацієнтів із ВВС не відрізняється від їхніх однолітків, але відмічається, що близько 15% пацієнтів мають психоемоційні розлади, з яких 39% ніколи не отримували психологічної допомоги [4, 5].

Тому метою нашого дослідження було проаналізувати складові якості життя та емоційний стан дорослих пацієнтів, щоб визначити медико-психологічні предиктори низької якості життя дорослих пацієнтів з хірургічно коригованими ВВС

Матеріали і методи. На базі Клініки для дорослих ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіологіїта кардіохірургії МОЗ України» на амбулаторному прийомі було запрошено до конфіденційного анкетування 58 дорослих пацієнтів. Із них для психодіагностичного дослідження відібрали 26 хворих віком (19 ± 2,8) років, (54% жінок), із різними ВВС, через (9 ± 5) років після 1–2 операцій на серці, без генетичної синдромальної патології. Методи психодіагностичного дослідження складалися із чотирьох, адаптованих російською мовою, тестових методик, а саме: мінесотського опитувальника для визначення якості життя пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю ((MLHFQ – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) [6]; короткої форми неспецифічного опитувальника для визначення якості життя MOS SF-36 (36-Item Short Form Health Survey) [7]; скороченої версії опитувальника ВООЗ для оцінки якості життя WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life) [8]; госпітальної шкали для виявлення тривоги та депресії ((HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale) [9]. Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми SPSS (Statistical Package for Social Science) версії 12.0.2 та програми Excel.

Результати та обговорення

За методикою MHFLQ, якість життя у чоловіків коливалася в межах (19,83 ± 12,73) балів, у жінок – (18,93 ± 10,81) балів, ($p > 0,05$). Порівнюючи отримані результати з нашим попереднім дослідженням якості життя хворих із мітральними вадами через один рік після клапанозберігаючих операцій віком (59,25 ± 12,58) років [11], можна стверджувати про достатньо високий рівень якості життя молоді, за методикою MHFLQ. Це може бути пов'язано як із віком (менша супутня захворюваність), так і з кращим психофізичним станом. Серед переваг цієї методики виявлено простоту та швидкість використання в медичній практиці та доступний індивідуальний якісний аналіз окремих пунктів якості життя для кожного окремого пацієнта. Основним недоліком є неможливість диференційованого підрахунку складових психічного, фізичного та соціального функціонування для певної групи пацієнтів.

За результатами методики MOS SF-36 виявлені помітно низькі показники за шкалою рольового функціонування, обумовленого емоційним станом (RE), та шкалою рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (RP), що свідчить про те, що щоденна діяльність чоловіків значно обмежена їхнім фізичним станом, що передує або обумовлене погіршенням їхнього емоційного стану. Показовими є низькі результати за шкалою соціального функціонування (SF), що вказує на значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного станів. Основними недоліками методики є складність обробки результатів, відсутність питань, що стосуються сну та сексуального життя; перевагами є диференціація складових якостей життя за станом фізичного, психічного та соціального благополуччя.

За результатами методики WHOQoL-bref молоді дорослі пацієнти з прооперованими ВВС найнижчі показники отримали за фізичною сферою (56,8 ± 11,9) балів у чоловіків та (59,2 ± 6) балів у жінок, що свідчить про низьку повсякденну активність, залежність від медичної допомоги, можливий біль та дискомфорт, знесилення, поганий сон. Найвищі середні бали отримані за соціальною сферою:(72,2 ± 22,8) балів серед чоловіків та (67,8 ± 22,7) балів у жінок, що свідчить про достатню задоволеність міжособистісними стосунками, соціальну підтримку та нормальну сексуальну активність.

За результатами методики госпітальної шкали тривоги та депресії HADS тривожність у чоловіків виявилась у межах (6,08 ± 4,17) балів, у жінок – (6,43 ± 2,66) балів, ($p > 0,05$). Ознаки депресивного розладу, за методикою HADS, у чоловіків виявились у межах (5,17 ± 3,99) балів, у жінок – (3,43 ± 2,03) балів, ($p > 0,05$). Цікавим виявився той факт, що, незважаючи на те, що у відсотковій частці 42% чоловіків та 50% жінок мали ознаки тривожного та/або депресивного розладів, ознаки депресивних розладів виявились у значущій різниці – 41% у чоловіків та 7% у жінок, ($p < 0,05$) мали ознаки депресивних розладів. Основними перевагами методики HADSє простата, швидкість та легкість використання в загальній медичній практиці, а також можливість окремої оцінки рівня тривоги та депресії. За результатами зарубіжних досліджень ми не виявили гендерних відмінностей, але виявили різнопланові дані щодо ознак тривожних та депресивних розладів у пацієнтів із ВВС, що може бути

пов'язано як із різним віковим діапазоном хворих, так із використанням різних психодіагностичних тестів.

Висновки

1. Якість життя підлітків, молодих чоловіків та жінок із прооперованими в дитинстві ВВС переважно знижена за рахунок значного обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного станів.

2. Гендерні психоемоційні особливості молодих дорослих пацієнтів із ВВС, які були прооперовані в дитинстві, відмічають ознаки депресивних розладів виявилися більше притаманними чоловікам, незважаючи на те, що у відсотковій частці 42% чоловіків та 50% жінок мали ознаки тривожного та/або депресивного розладів.

3. Практичні переваги та можливі недоліки різних зарубіжних опитувальників, адаптованих російською мовою, для визначення якості життя показали, що методика MHFLQ є простою та легкою в індивідуальному аналізі, але вона не дозволяє диференціювати підрахунок складових психічного, фізичного та соціального функціонування для певної групи пацієнтів. Разом з тимметодики MOS SF-36 та WHOQoL-bref дозволяють оцінити окремий вплив фізичного, психічного та соціального компонентів на якість життя, однак різняться за отриманими даними між собою. Основною перевагою методики HADS є можливість виділення групи ризику пацієнтів із клінічним рівнем тривоги та депресії, а отже, мотивування їх до отримання заходів медико-психологічної допомоги.

Література:

1. Webb GD. Care of adults with congenital heart disease – a challenge for the new millennium. Thorac Cardiovasc Surg. 2001;49(1):30–4.

2. Longmuir PE, Brothers JA, Ferranti SD, Hayman LL, Hare GF, Matherne P, Davis CK, et al. Promotion of physical activity for children and adults with congenital heart disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation.2013;127(21):2147–59.

3. Sable C, Foster E, Uzark K, Bjornsen K, Canobio MM, Connolly HM, Graham TP, et al. Best practices in managing transition to adulthood for adolescents with congenital heart disease: the transition process and medical and psychosocial issues: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2011;123(13):1454–59

4. Callus E, Quadri E, Chessa M. Elements of psychocardiology in the psychosocial handling of adults with congenital heart disease. Front Psychol. 2010;1(34):1–6.

5. Kovacs AH, Saidi AS, Kuhl EA, Sears SF, Silversides C, Harrison JL, Ong L, et al. Depression and anxiety in adult congenital heart disease: predictors and prevalence. Int J Cardiol. 2009;137(2):158–64.

6. Voronkov LG, Parascheniuk LP. [Quality of life in patients with chronic heart failure: topical aspects]. Sertseva Nedostatnist.2010;2:12–16.

7. Novik AA, Ionova TI. Rukovodstvo po issledovaniiu kachestva zhizni v meditsine.[Guidelines on the study of quality of life in medicine]. 2nd edition. Moscow: OLMA Media Group Publ., 2007. 320p.

8. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-bref. Retrieved from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/russian_whoqol.pdf?ua=1

9. Akarachkova OS. [On the question of diagnosis and treatment of psycho-vegetative disorders in somatic practice]. Lechashchiy Vrach. 2010;10.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ИЗ НИХ

Ловыгин Г. А.
студент I медицинского факультета
Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца
г. Киев, Украина

Цель: Рассмотреть способы малоинвазивных методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы и провести сравнительную характеристику осложнений некоторых из них.

Актуальность: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является самым распространенным урологическим заболеванием, предрасположены к ней 85% мужчин после 50 лет, а после 70 лет к ней предрасположены более 95% мужчин по данным европейской ассоциации урологов.

Материалы и данные: ретроспективный анализ 150 историй болезни, отечественные и зарубежные независимые клинические исследования, зарубежная и отечественная литература.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – доброкачественное новообразование, развивающееся из железистого эпителия либо стромального компонента простаты.

Результаты: При малоинвазивных методах лечения значительно ниже шанс развития осложнений, требует меньшего времени пребывания больного в стационаре в отличие от открытых операций. Основным методом лечения ДГПЖ является трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРПЖ), однако этот метод дорогостоящий, требует наблюдения за больным в течение суток и возможным развитием осложнений. Менее инвазивные методы лечения в отличие от ТУРПЖ делятся на несколько категорий:

1) Эндоскопические термальные методы:

1. Интерстициальная лазерная коагуляция простаты – этот стационарный метод лечения использует высокоэнергетический лазер для разрушения ткани простаты. Лазерная хирургия сразу устраняет симптомы аденомы простаты и характеризуется низким риском осложнений, которые характерны для ТУРПЖ.

2. Трансуретральная игольчатая абляция (ТУИА) – это амбулаторный метод лечения ДГПЖ, который позволяет устранить симптоматику аденомы. Смысл ТУИА заключается в использовании радиочастот для разрушения части простаты, которая сдавливает уретру и нарушает отток мочи.

3. Фотоселективная вапоризация простаты – подразумевает нагревание и выпаривание (вапоризация) воды из тканей предстательной железы. Одновременно с вапоризацией происходит и коагуляция (свертывание) тканей и остановка кровотечения. Метод используется при небольших аденоматозных разрастаниях и характеризуется наименьшей травматичностью, низким риском послеоперационных осложнений и быстрым восстановлением функции органа. Иногда для достижения стойкого положительного результата требуется несколько подобных операций. Огромным преимуществом этой методики является возможность ее применения по отношению к людям с нарушением свертываемости крови.

2) Неэндоскопические термальные методы:

1. Трансректальная микроволновая гипертермия – это стационарный метод лечения ДГПЖ. В результате микроволнового нагрева усиливается артериальный и капиллярный кровоток, увеличивается число активно функционирующих капилляров стенки прямой кишки и предстательной железы, усиливается ток лимфы.

2. Трансуретральная радиочастотная термодеструкция простаты – стационарный метод лечения принцип которого нагрев до температуры 70–82°С предстательной железы. Этот метод используется при аденоме простаты в сочетании с выраженными склеротическими изменениями и кальцинацией простаты, т.е. когда применение других видов термального лечения ограничено.

3) Баллонная дилатация простаты – этот метод лечения заключается в введении в сужены участок уретры специального баллона, который плотно прикрепляется к участку ткани тем самым уменьшая симптомы заболевания.

4) Простатические стенты – метод при котором в суженную часть уретры цистоуретроском вводиться стент, который позволяет удерживать просвет уретры открытым, в результате чего восстанавливается отток мочи.

5) Эмболизация простатической артерии – этот метод позволяет значительно уменьшить объем предстательной железы за счет сокращения кровотока в органе. Эта методика не влечет за собой негативных эффектов, таких, как импотенция, снижение либидо, недержание мочи, опасность послеоперационного инфицирования. Большинство пациентов могут покинуть стационар уже на следующий день после операции. Немаловажным также является тот факт, что через месяц после эмболизации некоторые пациенты больше не нуждаются в приеме медикаментов, облегчающих симптомы гиперплазии простаты.

Для сравнения эффективности методов лечения было выбрано 3 способа лечения, а именно: трансуретральная игольчатая абляция (ТУИА), трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРПЖ) и фотоселективная вапоризация предстательной железы (ФВПЖ). Было взято за основу 150 историй болезни, в которых условно можно было разделить пациентов на 3 группы:

1 – пациенты которым была проведена ТУРПЖ (75 пациентов), 2 – пациенты которым была проведена ФВПЖ (50 пациентов) и 3 – пациенты которым была проведена ТУИА (25 пациентов).

Результаты показали, что в 1 группе после проведения лечения симптомы (дизурические расстройства, качество жизни) снижались на 63,8% по шкале IPSS (по данным независимых исследований). Осложнения возникали у 33 (44 %) пациентов – 56% инфекционно-воспалительного характера (ИФО), 12% – дизурические расстройства, 4% – остальное, развитие ретроградной эякуляции у 60% пациентов. Во 2 группе у 20 (40%) пациентов после применения этого метода не требовалась установка уретрального катетера. Снижалось время пребывания в стационаре до 3 дней. Осложнения возникли у23 (46 %) больных – выраженная дизурия у 21,1%, у 12,2% развитие ИФО, у 6,6% – транзиторное недержание мочи, у 6,6% развивался склероз шейки мочевого пузыря. В 3 группе осложнения возникли у 10 (40%) пациентов. ИФО возникали у 30% больных, у 20% возникали дизурические расстройства, у 10% – кровотечения, импотенция у 10%. Развитие ретроградной эякуляции было отмечено у 60% пациентов.

Выводы: в процессе исследования было выявлено, что при лечении методом фотоселективной вапоризации предстательной железы дает больше осложнений, чем при лечений методом трансуретральной резекции предстательной железы или трасуретральной игольчатой абляцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Марченко В.О.
студентка медицинского факультета № 3
Научный руководитель: ***Шепетько Е. Н.***
доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургии № 3
Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца
г. Киев, Украина

Острая мезентериальная ишемия (ОМИ), являясь сравнительно редким заболеванием [1, с. 4] с неспецифической клинической манифестацией и отсутствием надежных лабораторных маркеров [2, 4, 5], представляет собой диагностический вызов для врачей. Промедление в постановке диагноза и распространенность некроза являются наиболее значимыми прогностическими факторами, даже учитывая возраст больных, наличие сопутствующей патологии, уровень лабораторных показателей [6, с. 5]. Таким образом, ключевыми для повышения выживаемости пациентов с ОМИ ранняя целенаправленная диагностика и адекватные лечебные мероприятия.

Хирургическое лечение ОМИ в объеме изолированной резекции кишечника сопровождается высоким уровнем летальности. Во многом это обусловлено тем, что данный вид оперативного вмешательства не устраняет собст-

венно причину декомпенсации мезентериального кровотока (эмболию, тромбоз). В подавляющем большинстве случаев причиной ОМИ является эмболия мезентериальных артерий [3, с. 32], а операцией выбора является тромбэмболэктомия в сочетании с резекцией кишечника при его инфаркте.

Цель исследования – сравнить результаты хирургического лечения острой мезентериальной ишемии с применением резекции кишечника и сочетанием резекции кишечника с тромбэмболэктомией брыжеечных сосудов.

Материалы и методы

Произведен ретроспективный анализ результатов диагностики, хирургического лечения 100 пациентов с диагнозом ОМИ в период с 2000 по 2013 гг. на базе кафедры хирургии № 3 НМУ им. А.А. Богомольца. Также учтены 43 пациента, которым диагноз ОМИ был поставлен по результатам патологоанатомического вскрытия.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы «MedCalc». Использовались следующие критерии при сравнении выборок: критерий Стьюдента (t-test) для средних значений, критерий хи-квадрат (chi-square test) для относительных показателей. Во всех процедурах обработки данных $p<0,05$ был принят как статистически достоверный.

Результаты

В исследование включены 143 пациента, средний возраст которых составил 72,5±11,4 года, из которых мужчин – 61 (42,7%), женщин – 82 (57,3%) ($p=0,0004$; $p<0,05$). Артериальная форма ОМИ имела место у 127 (88,8%) пациентов, венозная – у 16 (11,2%). У 100 (70%) пациентов диагноз ОМИ был установлен прижизненно. Из них только половина (50 пациентов) подверглась хирургическому лечению, у остальных оперативное вмешательство было признано непереносимым. Среднее время выживания неоперированных пациентов составило 1 сутки, а на вторые сутки умерло 82,6% больных.

Всего по поводу острой мезентериальной ишемии, сопровождающейся инфарктом кишечника было оперировано 50 больных. Резекция кишечника выполнена у 41, резекция кишечника в сочетании с тромбэмболэктомией – 9. Среди изолированных резекций кишечника: резекция тонкой кишки – 29, резекция тонкой кишки с правосторонней гемиколэктомией – 6, левосторонняя гемиколэктомия – 4, резекция сигмовидной кишки – 1, тотальная колэктомия – 1. Релапаротомии выполнены у 7 пациентов (5 сопровождались этапной резекцией кишки, 2 – ушиванием перфораций острых язв). При сочетанных операциях было выполнено: резекций тонкой кишки – 5, субтотальных резекций тонкой кишки с правосторонней гемиколэктомией – 3, резекция сигмовидной кишки – 1. Тромбэмболэктомия из верхней брыжеечной артерии произведена у 4, верхней брыжеечной вены – 2, нижней брыжеечной артерии – 1. Среди больных, которым была выполнена изолированная резекция кишечника, смертность составила 67% (28), после сочетанных операций – 33% (3) ($p=0,15$; $p>0,05$). Общая послеоперационная летальность составила 60%.

Выводы

1. Ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение острой мезентериальной ишемии имеют решающее значение в улучшении клинического исхода заболевания.

2. Сочетанные операции (резекция кишечника с тромбэмболэктомией брыжеечных сосудов) при ОМИ в два раза снижают показатель послеоперационной летальности в сравнении с изолированными резекциями кишечника.

3. Резекция кишечника с тромбэмболэктомией брыжеечных сосудов при острой мезентериальной ишемии, сопровождающейся инфарктом кишечника, снижает послеоперационную летальность и риск развития продолжающегося тромбоза, перфораций острых язв оставшегося отрезка кишечника.

Литература:

1. Acosta S. Epidemiology of mesenteric vascular disease: clinical implications // Semin Vasc Surg. – 2010. – Vol. 23, № 1. – P. 4–8.

2. Acosta S., Nilsson T. Current status on plasma biomarkers for acute mesenteric ischemia // Journal of Thrombosis and Thrombolysis. – 2012. – Vol. 33, № 4. – P. 355–361.

3. Acosta S. On acute thrombo-embolic occlusion of the superior mesenteric artery // Acta Universitatis Upsaliensis. – 2004. – 67p.

4. Cudnik M.T., Darbha S., Jones J., Macedo J., Stockton S.W., Hiestand B.C. The diagnosis of acute mesenteric ischemia: A systematic review and meta-analysis // Acad Emerg Med. – 2013. – Vol. 20, № 11. – P. 1087–1100.

5. Evennett N.J., Petrov M.S., Mittal A., Windsor J.A. Systematic review and pooled estimates for the diagnostic accuracy of serological markers for intestinal ischemia // World Journal of Surgery. – 2009. – Vol. 33, № 7. – P. 1374–1383.

6. Paladino N.C., Inviati A., Paola V.D., Busuito G., Amodio E., Bonventre S., Scerrino G. Predictive factors of mortality in patients with acute mesenteric ischemia. A retrospective study // Ann Ital Chir. – 2013. – Vol. 20, № 84. – 1–6.

ДОСТУП К ЛОКТЕВОМУ СУСТАВУ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ

Носивец Д. С.
кандидат медицинских наук, ассистент
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
г. Днепропетровск, Украина

Актуальность. Несмотря на современное развитие эндопротезирования локтевого сустава (ЛС) результаты оперативного лечения связаны с возникновением осложнений у 30-40% пациентов. Одной из причин неудач многие авторы считают применение недостаточно рационального хирургического доступа и дефекты техники его выполнения.

Основной причиной осложнений при выполнении резекции дистального отдела плечевой кости (ДОПК) считается дислокация точек прикрепления мышц-разгибателей, сгибателей и ротаторов предплечья в области наружного и внутреннего надмыщелков плечевой кости, что нарушает их анатомическое положение. Данное осложнение наиболее характерно при выполнении операций эндопротезирования ЛС, когда к структурным элементам эндопротеза по

наружной и внутренней поверхности необходимо фиксировать большое количество мышц. Неанатомическая рефиксация мышц приводит к нарушению величины межмышечных интервалов, изменению расстояния между точками прикрепления на проксимальном и дистальном уровнях, что в послеоперационном периоде отражается в функциональной недостаточности верхней конечности. Таким образом, все вышеизложенное обуславливает актуальность данного вопроса и необходимость улучшения функциональных результатов после операции эндопротезирования ЛС.

Цель – разработать доступ к ЛС при операциях эндопротезирования, который позволит сохранить анатомическую целостность точек прикрепления мышц в области надмыщелков ДОПК.

Материал и методы. Общеизвестными являются хирургические доступы к ЛС по Heim-Pfeiffer и Molesworth-Campbell с остеотомией наружного и внутреннего надмыщелка плечевой кости, однако они применяются при повреждениях «передних» структур ДОПК, в частности при операциях остеосинтеза головчатого возвышения и блока плечевой кости. При операциях эндопротезирования ЛС возникает необходимость в широкой резекции ДОПК, что требует обширного выделения окружающих анатомических структур. Для облегчения поставленной задачи необходимо выполнение заднего срединного доступа с остеотомией локтевого отростка, которая позволяет широко выделить анатомические образования ДОПК, но возникает риск повреждения общих точек прикрепления мышц в области наружного и внутреннего надмыщелков. В настоящее время данный вопрос решается наложением фиксирующих лигатур в этой области и дальнейшим препарированием надмыщелков. Однако использование лигатур по данным ряда авторов недостаточно эффективно вследствие сложности визуального контроля точек прикрепления при рефиксации. Для решения поставленной задачи нами предложен хирургический доступ к ЛС, который позволяет сохранить анатомические точки прикрепления мышц-сгибателей и разгибателей предплечья в области ДОПК.

Результаты и их обсуждение. Под общим обезболиванием при положении пациента на «здоровом» боку и фиксированной верхней конечности на приставном кронштейне после стандартной обработки операционного поля выполняется задний срединный разрез длинной около 20 см от дистальной трети плеча до проксимальной трети предплечья. Выполняется препарирование тканей до поверхностной фасции и мобилизация кожного лоскута. Перед выполнением остеотомии локтевого отростка обязательно проводится выделение и мобилизация локтевого нерва, который фиксируется на «держалках» для профилактики его повреждения. С нашей точки зрения для сохранения целостности анатомических структур в области наружного и внутреннего надмыщелков ДОПК целесообразно выполнение их остеотомии, что в дальнейшем позволит более анатомично рефиксировать их к конструкции эндопротеза. Остеотомия выполняется острым тонким долотом или осциллирующей пилой на расстоянии 5-10 мм от верхушки надмыщелка.

При этом необходимо обратить внимание, что при использовании осциллирующей пилы формируется «дефект» костной ткани приблизительно равный по величине толщине лезвия используемой пилы, который в послеоперационном

периоде может привести к остеолизису вокруг компонентов эндопротеза и развитию его ранней нестабильности. Для профилактики перечисленных осложнений необходимо тщательное проведение предоперационного планирования с учетом способа выполнения остеотомии и типоразмера эндопротеза.

После выполнения остеотомии надмыщелков ДОПК общие точки прикрепления мышц остаются фиксированными на костном фрагменте и прошиваются лигатурами для более удобной их мобилизации. Затем выполняется подготовка ложа суставных поверхностей и костномозгового канала плечевого компонента и компонента предплечья эндопротеза. После установки эндопротеза выполняется рефиксация мышц в области наружного и внутреннего «надмыщелков» конструкции. При этом необходимо обратить внимание на ориентацию оси вращения ЛС, что осуществляется выполнением рентгенологических снимков в двух взаимноперпендикулярных проекциях. После интраоперационного контроля объема движений в ЛС и стабильности фиксации компонентов эндопротеза выполняется послойное ушивание операционной раны с максимальным восстановлением анатомической целостности поврежденных структур. При этом особое внимание должно уделяться восстановлению наружного коллатерального связочного комплекса, что способствует профилактике заднее-латеральной ротационной нестабильности ЛС в послеоперационном периоде.

Выводы. Предложенный доступ к ЛС при операциях эндопротезирования является наиболее физиологичным в связи с возможностью сохранения анатомического расположения точек прикрепления мышц предплечья в области мыщелков ДОПК, что способствует восстановлению кинематики сустава и профилактике развития осложнений в послеоперационном периоде.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОВЕДЕНОЇ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ

Пилюк І. І.
асистент кафедри дитячих інфекційних хвороб
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність проблеми гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) у дітей, які часто хворіють пов’язана з високою частотою їх ускладненого перебігу,розвитком отитів, синуситів, пневмоній та недостатньою ефективністю існуючих способів профілактики [3, с.105]. Відомо, що ГРЗ є одним із основних факторів ризику розвитку пневмонії. Відмічено прямий зв’язок між частотою госпіталізації дітей з пнемонією і сезонним ростом захворюваності на ГРЗ [2, с. 24].

Часті ГРЗ викликають виснаження імунної системи, зрив компенсаторно-адаптаційних механізмів, що, в свою чергу, призводить до зниження імунорезистентності, формування хронічних запальних процесів в організмі, а також

бактерійних ускладнень, зокрема пневмонії [5, с. 140].Недооцінка преморбідного фону веде до несвоєчасної діагностики, нераціонального ведення пацієнта, недостатньої ефективності профілактичних заходів щодо зниження захворюваності на ГРЗ [1, с. 57].

Відомо, що у часто хворіючих на ГРЗ дітей визначається переважання імунної відповіді Т-хелперів (Тх) 2 типу. При цьому індукована продукція прозапальних цитокінів недостатня для адекватної відповіді, що свідчить про зниження резервних можливостей імунної системи і є результатом тривалого та масивного антигенного навантаження на організм дитини. До імунної відповіді залучаються клітини І класу головного комплексу гістосумісності (ГКГ),легкою частиною молекул яких є бета-2-мікроглобулін (β2-МГ). Він бере участь в організації контролю імунітету за антигенним гомеостазом організму, що лежить в основі феномену «розпізнавання свого»[4, с. 66].

Мета роботи: оцінити ефективністьімунопрофілактики ГРЗ у дітей, які часто хворіють на основірезультатів проведених лабораторних досліджень.

Матеріали і методи

Обстежено 40 дітей віком від 3-х до 8-ми років. Основну групу склали 20 дітей, які часто хворіли на ГРЗ і отримували в якості імунопрофілактики бронхо-мунал, лікопід, вітрум кідз та лактомун протягом усього передсезонного і сезонного періоду підвищення захворюваності на ГРЗ, тобто за 1 місяць до початку сезону і весь сезон, а саме з початку вересня до кінця березня наступного року. Групу порівняння склали 20 дітей, які не отримували імунопрофілактики, а тільки загальноприйняту схему лікування з приводу ГРЗ: препарати ІФН (назоферон, віферон), противірусні (арбідол), симптоматичну терапію (муколітики, відхаркувальні). Контрольну групу склали 20 здорових дітей того ж віку. Обстеження включало визначення вмісту в сироватці крові інтерлейкінів (ІЛ)-2,-4 та β2-МГ.

Результати досліджень

Вивчення імунногостатусу дітей виявило такі особливості.При дослідженні вмісту ІЛ-2 в сироватці крові у дітей досліджуваних груп до проведення імунореабілітації встановлено зниження його рівня порівняно з показниками у здорових дітей (відповідно 205,20±40,21та203,20±38,21 проти 512,15±67,26 пг/мл, $p<0,001$). Після імунореабілітації в основній групі дітей відмічали підвищення рівня ІЛ-2з тенденцією до нормалізації (відповідно з 205,20±40,21 до 469,85±78,44пг/мл,$p<0,05$) на відміну від дітей групи порівняння, в якихспостерігали недостовірне підвищення його рівня (відповідноз 203,20±38,21 до291,70±75,33пг/мл, $p>0,01$).

Аналіз показників ІЛ-4 у досліджуваних групах дітейдо проведення імунопрофілактики свідчить про підвищення його рівня порівняно із здоровими дітьми. При цьому вміст ІЛ-4 у дітей основної групи в 3,2 рази перевищував його концентрацію у здорових дітей (відповідно 10,17±0,41 проти 3,11±0,29 пг/мл, $p<0,001$), а у дітей групи порівняння – в 2,3 рази (відповідно 7,21±0,69 проти 3,11±0,29 пг/мл,$p<0,002$). Після проведення імунопрофілактики в основній групі дітей рівень ІЛ-4 знизився до 3,33±0,22 пг/мл майже досягнувши рівня нормальних величин ($p>0,1$). У дітей групи порівняння, які не отриму-

вали імунопрофілактику, рівень ІЛ-4 залишався підвищеним (7,21±0,69 проти 3,11±0,29 пг/мл,р<0,002).

При досліджені рівня в сироватці крові β2-МГ встановлено, що його концентрація у дітей основної групи до імунореабілітації була значно зниженою в порівнянні з показниками у здорових дітей (відповідно 3,30±0,40 мкг/мл проти 7,59±0,73 мкг/мл, р<0,001). Після проведеної імунопрофілактики рівеньβ2-МГ підвищився до нормальних величин (відповідно 7,53±0,54 мкг/мл проти 7,59±0,73 мкг/мл, р>0,01), на відміну від групи порівняння, в якій нормалізації його вмісту не спостерігалось (відповідно 5,33±0,76 проти 7,59±0,73 мкг/мл, р<0,05).

Висновки: У дітей, які часто хворіють на ГРЗ відмічається зниження рівня β2-МГ, дисбаланс про– та протизапальних цитокінів –зниження рівняІЛ-2 на фоні підвищеного рівня ІЛ-4, що свідчить про переключення імунної відповіді з клітинної ланки на гуморальну і є доказом імуносупресії. Після проведення імунопрофілактики у цих дітей спостерігаласьпозитивна динаміка показників цитокінового статусу (підвищення рівня ІЛ-2 на фоні зниження ІЛ-4) та підвищення вмісту β2-МГ, що підтверджує її позитивний ефект.

Література:

1. Бережний В. В. Імунокорекція в педіатрії / В. В. Бережний // Нова медицина. – 2005. – № 5. – С. 54–59.

2. Внебольничные пневмонии у детей: диагностика и лечение / Н.В.Короид, А.Л. Заплатников, Г.А. Мингалимова, Н.С. Глухарева // Русский медицинский журнал.– 2011.– № 22. – С. 22–27.

3. Ивардава М.И. Место иммуномодуляторов в лечении острой респираторной инфекции у часто болеющих детей / М.И. Ивардава // Вопросы современной педиатрии.–2011. – Том 10, №3. – С. 103–107.

4. Маврутенков В.В. Діагностичне значення визначення β2-мікроглобуліну в сироватці крові у хворих із гострими захворюваннями верхніх дихальних шляхів / В.В. Маврутенков // Медичні перспективи. – 2005. – Том X, № 3. – С. 66–68.

5. Самсыгина Г.А. Проблемы диагностики и лечения часто болеющих детей на современном этапе / А.Г.Самсыгина, Г.С. Коваль // Педиатрия. – 2010. – Том 89, № 2. – С. 137–144.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ НИРОК ПРИ ДОКЛІНІЧНИХ ФОРМАХ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ВАГІТНИХ

Ринжук Л. В.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри акушерства та гінекології
Ринжук В. Є.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри акушерства та гінекології
Куць А. В.
студент
Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

Відповідно до сучасних уявлень, визначення бактерій у сечових шляхах вагітних у більшості випадків ототожнюється з їх мікробно-запальним ураженням з огляду на те, що бактеріальний фактор загальновизнаний як етіологічний ініціатор такого характеру захворювання. Разом із тим, ще в 1956 році E.Kass звернув увагу дослідників на те, що інфекція є лише ключем у реалізації процесу запалення в сечових шляхах людини. На його думку, механізми, що призводять до бактеріурії, можуть принципово відрізнятися від тих, які забезпечують інвазію нирок [4]. Таким чином, більше 50 років тому була висловлена думка про існування безсимптомної бактеріурії і поставлене питання про правомірність визнання бактеріального чинника як етіологічного в патогенезі запальних захворювань органів сечової системи.

Безсимптомна бактеріурія (ББ) – це такий стан, коли, за відсутності симптомів інфекції сечових шляхів, із сечі, взятої у жінки без катетера, висівають 10^5 або більше колоній мікроорганізмів у 1мл [1]. Особливого значення ця проблема набуває у вагітних жінок, оскільки створює серйозну загрозу для здоров'я матері і плода. Переконливими є факти, які свідчать, що під час вагітності безсимптомна бактеріурія у випадках пізньої діагностики чи неадекватного лікування у близько 40% випадків реалізується в гестаційний пієлонефрит [3]. Також, безсимптомна бактеріурія відноситься до категорії патологічних форм, які є чинниками виникнення такого серйозного та навіть загрозливого для плода стану, як внутрішньоутробне його інфікування – одна із основних причин перинатальної захворюваності і смертності. За даними Бабиніна С.О. та співав. (2007), найбільше значення у розвитку внутрішньоутробного інфікування плода відіграють інфекції сечостатевого тракту [2].

Зважаючи на те, що безсимптомна бактеріурія у вагітних відноситься до інфекцій сечовивідних шляхів, хоча і доклінічних, вивчення стану нирок та ниркового кровотоку на предмет зацікавленості їх та готовності до реалізації запального процесу є надто актуальним.

Нами проведено вивчення ультразвукових параметрів та показників допплерометрії ниркового кровотоку у 130 вагітних, котрі були розподілені на наступні групи: Іа – 37 вагітних з ББ з ознаками прозапального напруження, встановленого на попередніх етапах дослідження за станом цитокінів першої

лінії реагування (TNF-α, IL-1β, IL-2, IL-6); Ib – 56 вагітних з ББ та відсутності ознак прозапального напруження за рівнем означених цитокінів; II група – 37 практично здорових вагітних.

Для визначення нормованих для вагітних оцінкових параметрів нирок нами проведено порівняння ультразвукових вимірів правої та лівої нирки у вагітних контрольної групи. За основними уз-вимірами розміри правої та лівої нирок вірогідно відрізнялись ($p<0,05$ у всіх випадках порівняння): за вертикальним (105,3±2,6 мм проти 102,2±2,6 мм), повздовжнім (54,1±1,5 мм проти 49,5±1,2 мм), поперечним (49,6±1,2 мм проти 46,2±1,1 мм) розмірами та об'ємом (138,1±12,3 мм^3 проти 126,9±8,2 мм^3) вірогідно переважала права нирка. Виявлена закономірність є анатомічною нормою, що підтверджується відсутністю вірогідної різниці між правою та лівою нирками щодо показників структурного індекса (0,705±0,01 проти 0,708±0,01, $p>0,05$). Отримані дані в цілому співпадають з літературними даними.

Результати уз-показників нирок вагітних з безсимптомною бактеріурією у порівнянні з контролем виявили, що за основними вимірами (вертикальним, повздовжнім, поперечним розмірами та об'ємом) нирки вагітних всіх трьох груп обстеження між собою вірогідно не відрізнялись ($p>0,05$ у всіх означених випадках порівняння). Однак структурний індекс, який представляє собою відношення товщини кіркового шару до поперечника чашково-мискового комплексу, виміряного на рівні воріт нирки, був істотно нижчим у групі Ia, ніж структурний індекс нирок у контрольній (II) групі (0,62±0,005 і 0,71±0,007 відповідно, $p<0,05$), що свідчить про «зацікавленість» нирок навіть за умови відсутності клінічної маніфестації захворювання. У той же час показник структурного індекса групи Ib відрізнявся від контрольної групи лише тенденційно (мала місце тенденція до зниження показника структурного індексу у зрівнянні з контролем, хоча дана

При оцінці основних показників доплерометрії кровотоку ниркових артерій у вагітних груп обстеження звертає на себе увагу суттєве зростання параметрів кровотоку у вагітних групи Ia. Має місце вірогідне зростання показників судинного тонусу (PI, IR, S/D). Так, у порівнянні з контрольною групою, у вагітних Ia групи на 19,03% зростав PI (1,29±0,05 проти 1,08±0,04, $p< 0,05$), на 8,32% – IR (0,65±0,01 проти 0,60±0,02, $p< 0,05$) та, найбільш суттєво, на 28,87% – S/D (3,12±0,16 проти 2,43±0,06, $p< 0,05$). Як видно з проаналізованих даних, S/D змінювалось значніше, ніж інші означені параметри.

При дослідженні усередненої швидкості кровотоку в ниркових артеріях у вагітних Ia групи встановлено істотне підвищення показника її рівня порівняно з відповідним показником у групі контролю (57,11±2,62 м/с проти 49,82±2,27 м/с, $p< 0,05$). Такі зміни в цілому відповідають патогенетичним змінам ниркового кровотоку на доклінічних стадіях пієлонефриту, які спочатку призводять до спазму судин, посилення кровотоку, далі, при прогресування запального процесу, – до дилатації мікроциркуляторного русла та венозного стазу у нирці [2, с. 67].

Таким чином, виявлені нами в процесі дослідження зміни ниркового кровотоку торкаються в переважній більшості групи вагітних з безсимптомною бактеріурією, котрі мають певні порушення в системі прозапального

імунітету. Вочевидь, дані зміни кровотоку характеризують процеси порушення венозного відтоку при одночасному підвищенні судинної резистентності, що за умови наявності збудника та відсутності адекватної реакції системи імунітету може призвести до розвитку гестаційного пієлонефриту.

Щодо вагітних з безсимптомною бактеріурією, у яких відсутні зміни імунологічної реактивності організму, характеристика оцінкових параметрів кровотоку в нирках не виявила достовірних відхилень у зрівнянні з практично здоровими вагітними, що є підставою для визначення даної категорії пацієнток як такої, що не загрозлива щодо виникнення гестаційного пієлонефриту.

Література:

1. Артамонов В.С. Патоморфологічні зміни в плацентах при використанні канефрону у вагітних з безсимптомною бактеріурією / В.Артамонов, О. Ломикін, С. Сольський // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 4. – С. 88–90.

2. Бабинін Д.О. Принципи діагностики хворих з інфекціями сечової системи / Д.О.Бабинін // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 67.

3. Медведь В.И. Профилактика осложнений беременности при экстрагенитальной патологии – важнейшая задача женской консультации / В.И.Медведь // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 2(22). – С. 11–14.

4. Kass E.H. Pyelonephritis and bacteriuria. A major problem in preventive medicine / E.H.Kaas // Ann. Int. Med. – 1962. – Vol. 56. – P. 46–53.

ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ЗИНАКСИНУ В ПРИСУТНОСТІ БІОЛОГІЧНИХ РІДИН

Романишин С. С.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри терапевтичної стоматології
Герелюк В. І.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри терапевтичної стоматології
Кобрин О. П.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри терапевтичної стоматології
Кукурудз Н. І.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри терапевтичної стоматології
Павелко Н. М.
кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології
Івано-Франківського національного медичного університету
м. Івано-Франківськ, Україна

Для ряду протимікробних препаратів властиве значне пригнічення їх антибактеріальної активності у присутності біологічних рідин організму, що може пояснюватися їх взаємодією з білками. Внаслідок зв'язування з білками сироватки крові, запального ексудату та секретів залоз слизових оболонок може відбутись блокування активних груп діючих речовин препарату, що призведе до істотного зниження його реальної протимікробної дії в умовах in vivo.

Метою нашого дослідження було визначення антибактеріальних властивосей зинаксину в присутності біологічних рідин організму.

Методика дослідження. Вплив сироватки крові великої рогатої худоби на бактерицидні концентрації зинаксину вивчали методом серійних розведень в агарі. Попередньо виготовляли ряди двократних серійних розведень робочого розчину препарату із діапазоном концентрацій від 20 до 156,25 мкг/мл (у перерахунку на вміст екстракту імбиру). Із метою вивчення цього питання нами було проведено досліди, в яких протимікробні властивості препарату зинаксин вивчали за умови присутності у середовищі 5% і 10% сироватки великої рогатої худоби. Результати досліджень свідчать про наявність у препарату зинаксин протимікробних властивостей, які проявляються в основному відносно грампозитивної та грибкової мікрофлори та про незначний вплив сироваткових білків на протимікробні властивості біологічно активних сполук препарату зинаксин. Відносно стафілококів, стоматококів і кандід МБцК зинаксину в присутності 5% і 10% сироватки великої рогатої худоби абсолютно не змінилася. Висновок**.** Отримані нами результати свідчать про відсутність інгібуючого впливу на протимікробну активність зинаксину з боку білків біологічних рідин організму.

Перспективним є подальше дослідження змін мікробіоценозу пародонтальних кишень під впливом зинаксину.

ГЛОССОДИНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ПАРАЗИТОЗОВ

Савельева Н. Н.
кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии
Харьковского национального медицинского университета
г. Харьков, Украина

В практической деятельности врача-стоматолога большие трудности связаны с лечением заболевания, сопровождающегося болью, неприятными ощущениями в различных участках языка, а порой и всей слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Речь идет о глоссодинии (глоссалгия,стомалгия, глоссопиррозис, невроз языка, синдром жжения полости рта), выявленной в ходе исследования у больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) с паразитозами (токсокарозом, энтеробиозом, лямблиозом). Безусловно, практический и теоретический интерес для стоматологов представляет изучение причин возникновения глоссодинии, определение частоты ее распространения у больных ХГП при паразитозах. Но не меньший интерес вызывает и проблема сочетанности заболеваний, факт сосуществования у паразитарных больных двух стоматологических заболеваний, ХГП и глоссодинии, являющихся в настоящее время наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями в Украине. Поэтому, целью нашего исследования явилось определение частоты распространения глоссодинии с изучением причин ее возникновения и установлением возможной взаимосвязи между стоматологическими патологиями у больных ХГП I-II ст. тяжести на фоне паразитозов.

Под нашим наблюдением находилось 540 больных паразитарными заболеваниями (20-40 лет) с подтвержденным диагнозом хронического генерализованного пародонтита I-IIст. тяжести, которые составили основную группу. В нее вошли три подгруппы – 180 пациентов с энтеробиозом, 180 пациентов с токсокарозом, 180 пациентов с лямблиозом. Группу сравнения составили 90 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом I-IIст. тяжести без паразитарной инвазии.

Проведенные исследования показали, что частота распространения глоссодинии у больных с паразитозами составила 14% (74чел), при этом, у больныхХГП с энтеробиозом 14% (25чел.), токсокарозом 11% (20чел), лямблиозом 16% (29чел.). В группе сравнения она составила 8% (14чел.). Как видим, глоссодиния имела наибольшую встречаемость у больных с лямблиозной инвазией. Наибольшее количество жалоб на нестерпимо мучительные ощущения в области языка и СОПР было отмечено именно в подгруппе больных лямблиозом (6 чел.), причем эти больные жаловались на их постоянный характер. В подгруппе у больных ХГП I-II ст. тяжести с энтеробиозом также отмечалось значительное количество пациентов с очень неприятными ощущениями в языке (4 чел.), но только лишь 2 человека из них жаловалось на их непрерывный характер. В подгруппе ХГП I-II ст. тяжести с токсокарозом боль-

ных с жалобами на ярко выраженные нестерпимые ощущения в области языка оказалось 2 человека. Столько же их было и в группе сравнения (2 чел.). В ходе исследования удалось установить, что устойчивые боли в языке и парестезии беспокоили инвазированных больных в среднем от 2 до 7 лет. При этом, в основной группе не было отмечено ни одного больного, у которого данное заболевание имело продолжительность менее двух лет. Все больные и основной, и группы сравнения утверждали, что во время принятия пищи неприятные ощущения у них исчезают. Данные анкет-опросников свидетельствуют о том, что исчезновение симптомов глоссодинии у 69% больных основной группы происходило после проведения антипаразитарной терапии и лечения, связанного с уменьшением клинических проявлений – абдоминального синдрома, интоксикации, аллергических и вегетативных нарушений.

До настоящего времени вопросы этиологии, патогенеза, особенности клинических проявлений и методов лечения глоссодинии остаются недостаточно изученными. Наиболее популярной теорией возникновения данной патологии является неврогенная [1]. Однако, причину возникновения данного заболевания видят, в том числе, и в наличии гельминтной инвазии [1, 2], которая в свою очередь вызывает поражение не только органов, в которых гельминты непосредственно паразитируют, но и всего организма, особенно центральной нервной системы (ЦНС) [3].

Проведенные наблюдения показали, что для больных ХГП с паразитозами было характерно подавленное настроение, тревожность, ухудшение коммуникации с врачом. Психологическое тестирование с применением опросника MMPI и опросника самооценки психических состояний показало, что у 68% больных глоссодинией выявлялся либо астено-невротический, либо депрессивно-ипохондрический синдром. Ученые полагают, что сенестопатические (т.е. тягостные, неопределенные, нередко мигрирующие болезненные ощущения, часто причудливого характера) ощущения типа натяжения, саднения, расширения, зуда, щекотания и др. в слизистой оболочке щек, десен, языка, либо парестетические ощущения типа онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек нередко постепенно возникают именно на фоне астении [4].

Значимым в контексте рассматриваемой темы является мнение ученых о том, что этиологическими факторами развития стомалгии наиболее часто являются стоматологические заболевания, в том числе и пародонтит [5]. О более высокой частоте заболеваний органов полости рта (гингивиты, пародонтиты, язвенные и эрозивные поражения СОПР) у лиц с синдром жжения полости рта (СЖПР), чем в группе контроля сообщают P. L.Maresky, P.van der Bijl [6,7]. Проведенные же нами исследования показали, что, судя по продолжительности заболевания (глоссодинии), значительно превышающей длительность заболевания пародонта, вряд ли можно говорить о том, что у паразитарных больных ХГП является пусковым механизмом в развитии данной патологии. Однако, очевидной и клинически подтвержденной является зависимость числа больных глоссодинией от степени тяжести ХГП, так как при прогрессировании заболевания пародонта увеличивается количество больных данным заболеванием языка. Так, у пациентов ХГП Iст. тяжести с энтеробиозом глоссодиния отмечалась у 10чел. (6%), а у больных ХГП IIст. тяжести

уже у 15чел. (8%). Такая же тенденция просматривалась у больных ХГП с токсокарозом и лямблиозом. Так, у больных ХГП Iст.тяжести с токсокарозом глоссодиния была зарегистрирована у 9чел. (5%), у больных ХГП IIст. тяжести у 11чел. (6%); У пациентов с лямблиозом при ХГП Iст. тяжести отмечалось 12чел. (7%), при ХГП IIст.тяжести 17чел. (9%). В группе сравнения также отмечалось увеличение количества случаев глоссидинии у больных со II ст. тяжести ХГП– 9чел.(5%), по сравнению с группой больных с I ст. тяжести ХГП – 5 чел. (3%).

И все же, в данном конкретном случае следует говорить о взаимовлиянии двух вышеназванных стоматологических патологий, а именно ХГП и глоссодинии, так как мучительный характер болей в языке, сопровождающийся угнетением психики, депрессивным состоянием больных, в свою очередь, несомненно, оказывает негативное влияние на состояние тканей пародонта. Показательным, по нашему мнению, является тот факт, что у 92% больных глоссодинией продолжительностью более 3 лет отмечалась II ст. тяжести ХГП, тогда как у больных с меньшим сроком заболевания превалировала Iст. тяжести заболевания пародонта.

Литература:

1. Дычко Е.Н. Нейрогенные аспекты патогенеза глоссалгии / Е.Н. Дычко, В.Н. Митровская // Стоматология. – 1990. – № 6. – С. 38–39.

2. Либих Д.А. Объективизация оценки эффективности лечения людей пожилого и старческого возраста, страдающих стомалгиями / Д.А. Либих, А.К. Иорданишвили // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 2. – С. 102–104.

3. Бодня Е.И., Клинико-иммунологические аспекты паразитарных болезней / Е.И. Бодня, И.П. Бодня // Клін. імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – № 3. – С. 18.

4. Buchanan J. Burning mouth syndrome / J.Buchanan, J.Zakrzewska // Clin Evid (Online). – 2008. – P. 1685–90.

5. Золотарев А.С. Клинико-диагностические и терапевтические особенности стомалгии : автореф.на соискание научной степени доктора мед.наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.С. Золотарев. – Москва. – 2011. – 26 с.

6. Maresky L. S., Gird L, van der Bijl P. Burning mouth syndrome : a selective review / L. S.Maresky, L Gird, P. van der Bijl //Ann. Dent. – 1993 – Vol. 52 – № 1–P. 21–25.

7. Савушкин А.Н. Клинические проявления и гормонально-метаболические нарушения у больных стомалгией: автореф.на соискание научной степени доктора мед.наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.Н. Савушкин – Москва. – 1995. – 25 с.

ЕЛЕКТРОМІОГІСТЕРОГРАФІЯ ЯК МЕТОД ДІАГНОСТИКИ АНОМАЛІЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У БАГАТОНАРОДЖУЮЧИХ ЖІНОК

Салламі Мохамед Амін
аспірант кафедри акушерства і гінекології № 3
Майданник І. В.
кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології № 3
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Відповідно офіційному визначенню ВООЗ багатонароджуючими вважаються жінки, у яких очікуються III і більше пологи.

Питома вага багатонароджуючих жінок (БНЖ) серед породілей, за даними різних авторів, коливається в межах від 3,1% до 38,8% [1, с.14, 3. с.102, 4, с. 86, 6, с. 564].

Багатонароджуючі жінки відрізняються від першо– і повторнородячих тим, що в них короткі інтервали між пологами, підвищена частота соматичної й акушерської патології, як в анамнезі, так і при теперішній вагітності, низький рівень життя, інтенсивна праця вдома й сільськіму господарстві, відсутність можливості приділити увагу своєму здоров'ю, вони старше за віком [3. с. 103, 6. с. 565, 7. с. 202].

Найбільш частими акушерскими ускладненнями у багатонароджуючих жінок є: загроза переривання вагітності – 22,6%, невиношування вагітності – 16,7%, акушерські кровотечі – 8,9%, аномалії пологової діяльності – 29,4% [1. с. 57, 2 с. 137, 5. с. 315, 7. с. 201].

Метою роботи був пошук методу та визначення критеріїв ранньої діагностики аномалій пологової діяльності у багатонароджуючих жінок.

Для вирішення поставлених завдань проведене обстеження і спостереження 154 багатонароджуючих жінок, в терміни від 35 до 41 тижня вагітності.

Для визначення та реєстрації біоелектричних потенціалів м'язів матки і подальшого аналізу отриманих данних використовувався метод електроміографії. При цьому, оцінювалась тільки довільна активність нейром'язового апарата матки.

При оцінці електроміогістерограм під час фізіологічних пологів виявили, що амплітуда F1-хвиль в процесі пологів майже на змінювалась і склала в середньому 0,83±0,03 mV. З боку FW-хвиль спостерігалося поступове збільшення їх частота, так в латентну фазу цей показник склав 0,1 Гц, то наприкінці активної досягав 0,3 Гц. Амплітуда FW-хвиль в латентній фазі становила в середньому 0,27±0,03 mV і поступово зростала на протязі пологів.

Електрична активність матки починалась в середньому на 5,6±0,1 секунди раніше і припинялась через 6,2±0,1 секунди після механічного скорочення матки.

При оцінці інтерференційної кривої скоротливої діяльності матки були визначені наступні значення для перебігу фізіологічних пологів, які представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Норми інтерферентної кривої ЕМГ в першому період пологів

Розкриття шийки	1-2 см	3-4 см	5-6 см	7-8 см	9-10 см
Частота імпульса, за 10 хв	2	2-3	2-3	3-4	4-5
Базалний електричний тонус матки, mV	до 10	10-15	15-25	25-35	>35
Амплітуда електричного імпульса, mV	20-35	35-50	65-85	85-105	>105
Тривалість електричного імпульса, с	до 17	15-30	30-40	40-52	>50

Починаючи з 5 сантиметрів розкриття шийки матки, відзначаємо різке збільшення амплітуди електричного імпульсу та зміна форми окремого коливання, воно стає поліфазним.

Слабкість пологової діяльності проявляється збільшенням проміжків між переймами, порушенням їх ритмічності, недостатньою силою й тривалістю скорочень матки, відповідно на інтерферентній кривій відмічається зниження амплітуди електричного імпульсу, форма окремого коливання стає монофазною й подовжуються проміжки між електричними імпульсами.

При оцінці електроміогістерограм зі слабкістю пологової діяльності виявили, що з боку FW-хвиль спостерігалося поступове зниження їх частота і цей показник не перевищує 0,1 Гц. Амплітуда FW-хвиль в латентній фазі середньому була меньшою за 0,2±0,01 mV. Залежність показників ЕМГ при слабкості пологової діяльності від перебігу пологів представлена в таблиці 2.

Таблиця 2

Показники інтерферентної кривої ЕМГ
в першому період пологів при слабкості пологової діяльності

Розкриття шийки	1-2 см	3-4 см	5-6 см	7-8 см	9-10 см
Частота імпульса, за 10 хв	≤1	≤1	≤2	≤2	≤2
Базалний електричний тонус матки, mV	≤10	≤10	≤15	≤25	≤25
Амплітуда електричного імпульса, mV	≤20	≤35	≤50	≤60	≤60
Тривалість електричного імпульса, с	≤ 15	≤15	≤25	≤30	≤30

Електрична активність матки починалась в середньому на 9,2±0,2 секунди раніше і припинялась через 4,8±0,1 секунди після механічного скорочення матки, на відміну від фізіологічних пологів – 5,6±0,1 і 6,2±0,1 секунди відповідно.

Залежність показників ЕМГ при бурхливій пологовій діяльності від перебігу пологів представлена в таблиці 3.

Таблиця 3

Показники інтерферентної кривої ЕМГ в першому період пологів при бурхливій пологовій діяльності

Розкриття шийки	5-6 см	7-8 см	9-10 см
Частота імпульса, за 10 хв	>5	>5	>6
Базалний електричний тонус матки, mV	>30	>35	>45
Амплітуда електричного імпульса, mV	>90	>105	>120
Тривалість електричного імпульса, с	>50	>60	>90

Бурхлива пологова діяльність характеризується сильними й частими переймами (5–7 перейм за 10 хв), які приводять до стрімких (1–3 ч) і швидким (до 5 ч) пологам, характеризуються як надмірно сильна, бурхлива електрична діяльність по ЕМГ. При цьому відмічається хвилі високої амплітуди та вкорочення часу між електричними імпульсами, без змін форми окремого коливання.

Тетанія матки є крайнім ступенем вираженості бурхливої пологової діяльності. Характеризується постійною тонічною напругою матки, яка зовсім не розслаблюється. Тетанія матки по ЕМГ характеризується постійними електричними імпульсами високої амплітудий дуже короткі відстані електричного «спокою», форма окремого коливання двофазна, проява міотонічного розряду. Данні електричної активності не підлягають інтерпритації.

При дискоординованій пологовій діяльності графічна картина інтерференційної кривої буде нагадувати таку при гіперактивній скоротливій діяльності матки. Але при оцінці «поодинокого» м’язового волокна відмічається характерні зміни, зокрема частота FW-хвиль буде більшою за 0,3 Гц, що є патогномонічною ознакою дискоординованої пологової діяльності.

Електроміогістерографія є кращим неінвазивним методом діагностики скоротливої діяльності матки, оскільки порушення електричних процесів в міометрії, виникають раніше клінічних проявів. В середньому на 23,7±2,8 хв. раніше(при слабкості пологової діяльності), ніж були виявлені при зовнішній токографії, що дозволяє діагностувати порушення ще на доклінічному етапі та розпочати лікування завчасно.

Література:

1. Бабаджанова Ш.А. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у многорожавших женщин с железодефицитной анемией./ Ш.А. Бабаджанова // Дисс. канд. мед. наук. – Ташкент. – 1990. – 140 с.
2. Бенюк В.А., Винярский Я.М., Гончаренко В.Н. и др. Внутриматочная патология. – Библиотека «Здоровье Украины». – Киев, 2013
3. Милютина Ю.И. Осложнения беременности у многорожавших женщин. / Ю.И. Милютина //Акт. пробл. неотл. сост. Материалы Регион, науч. практ. конф. мол. уч. и специалитов. – 1995. – С. 102–104.
4. Чернуха Е.А. Родовой блок./ Е.А. Чернуха – М.: Триада-Х, 1999. – 533 с.
5. Яковлев И.И. О сущности аномалий родовых сил и рекомендуемые акушерские мероприятия/ И.И. Яковлев // Акушерство и гинекология. – 1961. – № 5. – С. 315–317.

6. Casey M. T.Endocrinology of preterm birth/ M. T. Casey, P.C. McDonald // J Clin Obstet Gynec. – 1984. – Vol. 27. – № 3. – P. 562–578.
7. Kumari A.S.Extreme grandmultiparity: is it an obstetric risk factor?/ A.S. Kumari, P. Badrinath // J. Pediatr. – 2002. – Feb; 140(2): 200-204.

ЭНДОСКЛЕРОЗИРОВАНИЕ – «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Козлова Е. И., Синькевич Н. С., Козлов И. Б.
студентки
Белорусского государственного медицинского университета
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность: Независимо от причин возникновения синдром портальной гипертензии у детей является из одной проблем в детской хирургии. Основным залогом успешного лечения портальной гипертензии у детей является ранняя диагностика и рациональный выбор лечения. С 1999 г. на базе УЗ ДХЦ г. Минска для лечения детей, страдающих портальной гипертензией, начата разработка схемы и широкое применение методики эндосклерозирования, что позволяет эффективно предупредить развитие кровотечений, не препятствующих образованию новых портосистемных и гепатопетальных коллатералей.

Цель: Оценить эффективность эндосклерозирования в лечении и профилактике кровотечений при синдроме портальной гипертензии у детей на базе УЗ ДХЦ за 2002г. – 2012г.

Материалы и методы: На базе УЗ ДХЦ ретроспективно было проанализировано 50 историй болезней в период с 01.01.2002г. по 31.12.2012г.

Результаты:

1) возраст пациентов на момент начала лечения составил от 9 месяцев до 16 лет;

2) остаточный варикоз из ранее оперированных 102 детей имел место у 54, рецидивный – 48 пациентов;

3) распределение по типу гемодинамического блока: подпеченочный – 88,9%; внтурипеченочный – 7,9%; смешанный – 3,2%;

4) у 47 детей склеротерапия использовано в качестве «первой линии», средикоторых у 20 имели кровотечение в анамнезе; у 37 детей с впервые установленным диагнозом склеротерапия использована, как самостоятельный метод;

5) у 87 детей эндосклерозирование проводили в ходе плановой послеоперационной диспансеризации, после остановки кровотечения у 15 пациентов;

6) плановая склеротерапия при неосложненном варикозе проводилась у 27 детей, после остановки кровотечения у 9 детей.

Выводы:

1. Применение эндоскопической склеротерапии позволяет не только существенно снизить затраты на лечение больных детей с данной патологией,

сократить сроки пребывания их в стационаре, но и значительно повысить его эффективность.

2. Таким образом, эндосклерозирование можно считать эффективным методом лечения пищеводно-желудочного варикоза у детей с портальной гипертензией. Его можно применять не только для остановки опасных для жизни кровотечений из варикозного расширения вен пищевода, но и в качестве дополнительного метода к различным операциям в системе обязательного послеоперационного диспансерного наблюдения.

3. Как самостоятельный метод лечения осложненного и неосложненного пищеводно-желудочного варикоза по своей результативности, универсальности и безопасности эндосклерозирование в ряде случаев может заменить традиционные хирургические вмешательства.

Литература:

1. Хирургические болезни: Учеб. / М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин и др.; Под ред. М.И. Кузина.-3-е изд, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2005. – 784 с.
2. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т / Савельев В.С. [и др.]; под общ. ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2005.
3. Шотт, А.В. Курс лекций по частной хирургии / А.В. Шотт, В.А. Шотт. – Минск: Асар, 2004. – 525 с.
4. Ковалев, А.И. Пропедевтика хирургической патологии / А.И. Ковалев [и др.]; под общ. ред. Ковалева А.И., Чадаева А.П. – М.: Медицинская книга, 2006. – 640 с.
5. Немилова, Т. К. Детская хирургия / Т. К. Немилова. – Пит-Тал, 1997. – С. 139–150.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПОФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Філіпець О. О.
кандидат медичних наук,
асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

Ішемічний інсульт є поліетіологічним, мультифакторіальним і патогенетично різнорідним захворюванням, адже його розвитку передує вплив різноманітних чинників, або їх комбінацій, які, у кінцевому результаті, призводять до виникнення репрезентативних синдромів [1, с. 60]. Такі синдроми, а саме артеріальна гіпертензія, захворювання серця, що супроводжуються аритміями та порушенням внутрішньосерцевої гемодинаміки, атеросклеротичні стенози брахіоцефальних артерій та гіперкоагуляція з високою вірогідністю призводять до виникнення ішемічного інсульту. Ідентифікація імовірних механізмів

можливого інсульту і своєчасна корекція виявлених патологічних процесів становлять основу сучасної профілактики гострих порушень мозкового кровообігу [3, с. 519–556].

В останні роки чимало уваги дослідників приділяється вивченню соматичної патології, яка передує розвитку інсульту, адже від коморбідного статусу пацієнта значною мірою залежатиме не тільки ризик першого інсульту, а й терапевтична тактика, а також способи його вторинної профілактики [6, с. 140]. Багато досліджень присвячені зв'язку мозкового інсульту з ендокринною патологією, зокрема з цукровим діабетом [2, с. 1212] та гіперфункцією щитоподібної залози [4, с. 961], проте значення гіпотиреозу у розвитку цереброваскулярної патології висвітлене недостатньо.

Метою нашого дослідження стало визначення поширеності маніфестного (не субклінічного) гіпотиреозу серед осіб із мозковим інсультом та вивчення особливостей перебігу ішемічного інсульту у пацієнтів із фоновим гіпотиреозом. Нами проведено клініко-неврологічне обстеження 398 пацієнтів (219 жінок і 179 чоловіків) із гострим ішемічним інсультом, які перебували на стаціонарному лікуванні у неврологічному відділенні міської лікарні впродовж року. При госпіталізації в усіх пацієнтів проводили оцінку загальномозкових (за шкалою коми Глазго, ШКГ) і неврологічних проявів (за шкалою Національного Інституту здоров'я США, NIHSS). За результатами поточного і ретроспективного вивчення медичної документації реєстрували наявність у пацієнтів гіпотиреозу. Діагноз підтверджували за обов'язковою консультацією ендокринолога. Групу контролю склали 302 пацієнта з II без ендокринної патології.

За результатами обстеження встановлено, що на набутий первинний гіпотиреоз в результаті автоімунного тиреоїдиту, йодної недостатності страждали 17 осіб, частота відповідно склала 5,9% серед жінок і 2,2% серед чоловіків. Більшість пацієнтів до розвитку інсульту отримували замісну терапію синтетичними похідними L-тироксину, однак у 2-х осіб гіпотиреоз діагностований вперше під час перебування у неврологічному стаціонарі.

За результатами обстеження у групі пацієнтів із гіпофункцією щитоподібної залози ступінь пригнічення свідомості, як і глибина неврологічного дефіциту, виявились загалом більшими, ніж у групі пацієнтів без ендокринної патології. Бал за ШКГ склав відповідно 13,1±1,21 і 13,9±0,17, за NIHSS – 12,3±1,64 і 10,1±0,42, однак, відмінності не досягли статистичної достовірності (в обох випадках $p>0,05$). Показник 28-денної летальності при гіпотиреозі також був вищим і становив 17,6±9,51% проти 13,6±1,99% у контрольній групі, проте також недостовірно ($p>0,05$).

Цілком імовірно, що недостовірність отриманих результатів пов'язана з малою чисельністю вибірки та можливою недостатньою діагностикою маніфестного гіпотиреозу серед населення. Більш масштабні дослідження потрібні для верифікації впливу гіпотиреозу на розвиток і клінічний перебіг інсульту. Адже за отриманими попередніми результатами встановлено, що гіпофункція щитовидної залози пов'язана з гіршим профілем серцево-судинних чинників ризику, призводить до прогресування атеросклерозу, зростання рівня діастолічного артеріального тиску та гіпергомоцистеїнемії – чинника, який підвищує ризик виникнення ішемічного інсульту, особливо в осіб молодого віку [5, с. 79]. Зважаю-

чи на це, гіпотиреоз можна розглядати як імовірний чинник ризику мозкового інсульту, що піддається корекції, а відповідно є мішенню для первинної і вторинної профілактики гострих порушень мозкового кровообігу.

Література:

1. Широков Е.А. Профилактика инсульта: актуальные проблемы и новые тенденции / Е.А. Широков // Практична ангіологія. – 2013. – № 3. – С. 59–63.
2. Banerjee C. Duration of diabetes and risk of ischemic stroke. The Northern Manhattan Study / C. Banerjee, Y.P. Moon, M.C. Paik // Stroke. – 2012. – Vol. 43. – P. 1212–1217.
3. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association / L.B. Goldstein, C.D. Bushnell, R.J. Adams [et al.] // Stroke. – 2011. – Vol. 42(2). – P. 517–584.
4. Hyperthyroidism and risk of ischemic stroke in young adults: a 5-year follow-up study / [J.J. Sheu, J.H. Kang, H.C. Lin, H.C. Lin] // Stroke. – 2010. – Vol. 41(5). – P. 961–966.
5. Neurological Disorders due to Systemic Disease / S.L. Lewis. – [1st edition, ed. by Steven L. Lewis]. – Wiley-Blackwell, Oxford, UK, 2013. – 291 p.
6. Stroke subtypes and comorbidity among ischemic stroke patients in Brasilia and Cuenca: a Brazilian–Spanish cross-cultural study / F.J. Carod-Artal, J.O.C. Lanchipa, L.M.C. Ramírez [et al.] // Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. – Vol. 23(1). – P. 140–147.

ВПЛИВ ЛІПОСОМАЛЬНОГО КВЕРЦЕТИН-ЛЕЦИТИНОВОГО КОМПЛЕКСУ ТА ГЕЛЮ З ГРАНУЛ КВЕРЦЕТИНУ НА ВМІСТ ПРОМІЖНОГО ПРОДУКТУ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ДІЄНОВИХ КОН'ЮГАТІВ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ХРОНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І-ІІ СТУПЕНЯ

Худякова М. Б.
кандидат медичних наук, доцент кафедри стоматології
Рябоконь Є. М.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри терапевтичної стоматології
Соколова І. І.
доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології
Харківського національного медичного університету
м. Харків, Україна

Важлива роль у розвитку генералізованого пародонтиту (ГП) належить процесам вільнорадикального окиснення (ВРО) у ротовій порожнині [1, 3, 4, 17]. Основними чинниками, що провокують локальну активацію перекисного окиснення біомолекул, є місцеві фактори – зубні відкладення, мікрофлора тощо. Од-

нак запальні процеси в тканинах пародонта є вторинними щодо системних процесів дизадаптації, особлива роль в яких належить механізмам ВРО та недостатньості антиоксидантної системи захисту (АОСЗ) [2, 17].

Порушення мембрано-десмосомальних зв'язків епітеліоцитів призводить до виникнення пародонтиту і є, можливо, одним із перших і основних ультраструктурних компонентів ураження, які містяться в основі етіпатогенезу запального процесу в тканинах пародонту [1, 5]. Саме тому в патогенезі ГП приділяється особлива увага процесам пероксидації ліпідів (ПОЛ) мембран. На сучасному етапі розвитку стоматології сформульовано мембранну концепцію патогенезу ГП [1, 18, 6, 7, 8].

Проміжний продукт ПОЛ – дієнові кон'югати (ДК) – взаємодіє з вільними групами мембранних сполучень та сприяє утворенню кінцевих продуктів ПОЛ, що потенціюють деструкцію тканин пародонту [9, 14]. Тому представляє інтерес вивчення змін рівня проміжного продукту ПОЛ – ДК – в хворих на ГП I-II ступеня тяжкості при місцевому застосуванні ЛКЛК та гранул кверцетину.

Кверцетин з успіхом застосовувся в пародонтології в якості місцевої [11, 12, 13] та загальної терапії [13, 15]. Доцільність застосування в комплексному лікуванні ГП препаратів ессенціальних фосфоліпідів, зокрема лецитину, обґрунтована їхніми біологічними фукціями, серед яких основна – мембранна, а також синергізмом дії фосфоліпідів з антиоксидантами [18].

Не вивчені залишаються можливості корекції патогенетичних механізмів ГП шляхом використання вітчизняних препаратів природного походження з протизапальними та антиоксидантними властивостями – ліпосомального кверцетину («Ліпофлавон», ЗАО «Біолек», Харків,Україна). В даний час різноманітні ефекти при лікуванні хворих на ГП Ліпофлавону починають вивчатися [10, 11, 16]. Необхідне проведення додаткових досліджень для встановлення його ролі в медикаментозному лікуванні хворих на ГП.

Метою роботи є вивчення змін вмісту показників проміжного продукту ПОЛ ДК в ротовій рідині (РР) у хворих на ГП хронічного перебігу I-II ступеня при місцевому медикаментозному лікуванні препаратами, що містять кверцетин.

Матеріали та методи. Результати роботи базуються на клінічному обстеженні, лікуванні та спостереженні 38 хворих на ГП хронічного перебігу I-II ступеня тяжкості, які перебували на лікуванні в Університетському стоматологічному центрі ХНМУ. Всі хворі були розділені на 2 клінічні групи в залежності від методу лікування. До основної групи увійшли 20 пацієнтів, яким разом із базисним лікуванням місцево призначався ліпосомальний лецитин-кверцетиновий комплекс (ЛКЛК) − ін'єкційна форма препарату «Ліпофлавон» у вигляді ліофілізованого порошку, до складу якого входить 550 мг лецитину, 15 мг кверцетину та 320 мг лактози. Суспензію препарату готували ex tempore: змішували 1/4 частини вмісту флакона (137,5 мг лецитину та 3,75 мг кверцетину) з 5 мл ізотонічного 0,9% розчину хлориду натрію, підігрітого до 38ºС. Для місцевого введення лікарського комплексу використовували пролонгований метод введення за допомогою індивідуальних пародонтальних кап удосконаленої конструкції з експозицією 40 хвилин 2 рази на добу протягом 12 діб. Групу порівняння склали 18 пацієнтів, які отримували базисне лі-

кування з місцевим використанням гелю з гранул кверцетину за допомогою пародонтальних кап. Для приготування гелю пів пакету (1 г препарату) «Гранул кверцетину» розчиняли в 10 мл води до отримання гелю, який містить 40 мг кверцетину. Додатково хворим обох груп призначали 1 г «Гранул кверцетину» 3 рази на добу всередину продовж 1 місяця. Контрольна група включала 14 практично здорових осіб.

У пацієнтів під час первинного відвідування до лікувальних заходів та у визначені терміни після лікування, у ранкові години натщесерце проводили забір РР для визначення рівня дієнових кон'югатів (ДК). Визначення рівня проводили за методом І.Д. Стальної в модифікації В.І. Скорнякова та співавт. [4].

Через 6 місяців хворих оглядали, обстежували стан тканин пародонту та проводили підтримувальну терапію, яка включала професійну гігієну порожнини рота та медикаментозне лікування з використанням ЛКЛК та гранул кверцетину протягом 12 діб по 40 хвилин 2 рази на добу, а також прийом всередину протягом 1 місяця по 1 г «Гранул кверцетину» 2 рази на добу.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведене біохімічне дослідження показало, що у здорових осіб вміст ДК дорівнює 29,03 ± 1,33 ммоль/л. При дослідженні ДК у РР хворих на ГП І-ІІ ступеня хронічного перебігу до лікування спостерігається посилення процесів ПОЛ – 40,28 ± 3,05 ммоль/л в основній групі та 40,69 ± 2,86 ммоль/л в групі порівняння, що вище від контролю на 39% та 40% ($P < 0,01$).

Дослідження показали, що перебіг ГП хронічного перебігу І-ІІ ступеня тяжкості супроводжується активацією процесів ПОЛ у тканинах пародонту та викликає різнопланові зміни з боку антирадикальної та антиперекисної ланок АОС. Місцеве введення біоантиоксиданта кверцетину (гранули кверцетину та ЛКЛК) у значній мірі пригнічувало активність вільнорадикальних процесів.

При дослідженні ДК у РР хворих на ГП І-ІІ ступеня хронічного перебігу через 1 місяць після лікування спостерігається зменшення рівня на 33% та 21% (відповідно – 30,89 ± 5,4 та 34,69 ± 4,72 ммоль/л). У двох групах спостережень через 1 місяць вони не відрізнялися від норми ($P > 0,05$). Уміст ДК у РР через 1 місяць після лікування з використанням гранул кверцетину був підвищений на 19%, що достовірно не відрізнялося від норми ($P > 0,05$). При використанні ЛКЛК цей показник був підвищений на 6% ($P > 0,05$).

Віддалені результати порівняльної характеристики через 6 місяців показали підвищення рівня ДК у хворих на ГП І-ІІ ступеня до 31,41 ± 1,12 ммоль/л, збільшення на 2 %) та був на 8% вище норми ($P > 0,05$). При використанні гелю з ГК уміст ДК у РР зменшувався на 4% – до 33,46 ± 1,86 ммоль/л ($P > 0,05$). Це зменшення вірогідно не відрізнялося в порівнянні з нормою ($P > 0,05$) та було вище неї на 15% ($P > 0,05$). Тобто лікувальна дія кверцетину на вміст ДК через 6 місяців після лікування зберігається для двох лікарських форм.

Через 1 рік у хворих на ГП І-ІІ ступеня уміст ДК зростав відносно показників в термін 6 місяців в групі хворих, що лікувалися з застосуванням гелю з гранул кверцетину (до 35,69 ± 2 ммоль/л, збільшення на 7 %, $P > 0,05$). При використанні ЛКЛК уміст ДК у РР зменшувався на 2% – до 30,68 ± 1,24 ммоль/л ($P > 0,05$). Це зменшення достовірно не відрізнялося в порівнянні з

нормою (Р > 0,05) та вміст ДК в РР був на 6% вище норми. У той же час при застосуванні гелю з гранул кверцетину збільшення вмісту ДК було достовірно вищим на 23 %, ніж у групі контролю (Р < 0,009). Тобто при застосуванні ЛКЛК хворим на ГП І-ІІ ступеня лікувальний ефект у віддалені терміни спостереження (1 рік) зберігається, а гранул кверцетину на вміст ДК у РР через 1 рік після лікування не зберігається.

Висновок. Таким чином, аналіз динаміки зниження рівня ДК в РР у хворих на ГП І-ІІ ступеня хронічного перебігу при лікуванні різними формами кверцетину показав, що залучення його в ліпосоми має більш виражений ефект в віддаленні терміни спостереження. Застосування ліпосомальної форми кверцетину для місцевої терапії методом направленого транспортування та використання пародонтальних кап для пролонгованої дії препаратів може бути новим перспективним напрямком у комплексному лікуванні ГП. Застосування кап та ліпосомальної форми кверцетину скорочує кількість відвідувань, заощаджує час лікаря та дозволяє хворим проводити лікування в домашніх умовах.

Література:

1. Воскресенський О.Н. Роль перекисного окисления липидов в патогенезе пародонтита / О.Н. Воскресенський, Е.К. Ткаченко // Стоматология. – 1991. – № 4. – С. 5–10.
2. Факторы агрессии и факторы защиты в патологии пародонта воспалительного характера / Л.М. Цепов, А.И. Николаев, Е.А. Михеева, Н.В. Сорокина // Пародонтология. – 2004. – № 1(30). – С. 3–7.
3. Владимиров Ю.А. Свободные радикалы в биологических системах / Ю.А. Владимиров // Соборовский журнал. – 2000. – Т. 6, № 12. – С. 13–19.
4. Окислительный стресс: прооксиданты и антиоксиданты / Е.Б. Меньщикова, В.З. Ланкин, Н.К. Зенков [и др.]. – М, 2001. – 556 с.
5. Зубачик В.М. Мембранні механізми патогенезу та терапії запальних процесів пародонту: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / В.М. Зубачик. – Л, 2005. – 34 с.
6. Лахтін Ю.В. Прооксидантний стан в яснах щурів на тлі дії хімічних факторів малої інтенсивності / Ю.В. Лахтін, А.М. Романюк, Є.В. Кузенко // Український медичний альманах, 2011. – Том 14, № 3. – С. 94–96.
7. Грудянов А. И. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта / А. И. Грудянов, Е. В. Фоменко. – М: МИА, 2010. – 96 с.
8. Диагностика в терапевтической стоматологии / Т.Л. Рединова, Н.Р. Дмитракова, А.С. Япеева и др. – Ростов н / Д: Феникс, 2006. – 144 с.
9. Вавилова Т. П. Избранные лекции по стоматологической биохимии / Т. П. Вавилова. – М.: ММСИ, 1994. − 51 с.
10. Петруня А.М. Использование комбинации глазных капель и внутривенных инъекций препарата «Липофлавон» у больных непролиферативной диабетической ретинопатией и его влияние на показатели системного иммунитета / А.М. Петруня, А.В. Спектор // Офтальмологический журнал. – 2007. − № 4. – С. 13−16.

11. Белік Г.В. Експериментальне обґрунтування використання ліпосомальної форми кверцетину при серцево-судинних захворюваннях: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 14.03.05 «Фармакологія» / Г.В. Белік; Національний фармацевтичний університет. − Харків, 2006. – 32 с.

12. Кукурудз Н.І. Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування амізону в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Н.І. Кукурудз; Івано-Франк. нац. мед. університет. – Івано-Франківськ, 2008. – 18 с.

13. Мельничук Г.М. Генералізований пародонтит і пародонтоз: маркери спадкової схильності, патогенетичні механізми метаболічних порушень та їх комплексна корекція: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.21 «Стоматологія» / Г.М. Мельничук; Державна установа «Інститут стоматології АМН України». − Одеса, 2007. – 35 с.

14. Методические аспекты изучения состояния антиоксидантной системы организма и уровня перекисного окисления липидов: метод.рекомендации для докторантов, аспирантов, магистров, исполнителей НИР / Н. Г.Щербань, Т. В.Горбач, А. И.Мишура [и др.]. – Харьков: ХГМУ, 2004. – 40 с.

15. Чумакова Ю.Г. Патогенетическое обоснование методов комплексного лечения генерализованного пародонтита (клинико-экспериментальное исследование) / Ю.Г. Чумакова: автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук: спец. «Стоматологія» 14.01.22; ГУ «Институт стоматологии АМН Украины». – Одеса, 2007. – 420 с.

16. Чернуский В.Г. Перспективы использования липосомальных форм препаратов при лечении бронхильной астмы у детей (обзор литературы) / В.Г. Чернуский, Ю.В. Одинец, И.Л. Дикий // Експериментальна і клінічна медицина. – 2005. – № 2. – С. 122–126.

17. Lipid peroxidation: a possible role in the induction and progression of chronic periodontitis / C. C. Tsai, H. S. Chen, S. L. Chen [et al.] // J. Periodont. Res. – 2005. – Vol. 40. – P. 378−384.

18. Oxidative Stress, Systemic Inflammation, and Severe Periodontitis / F. D’Aiuto, L. Nibali, M. Parkar [et al.] // J. Dent. Res. – 2010 – Vol. 89, № 11. – P. 1241–1246.

ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ РЕАКЦІЇ ПРИ ЧОЛОВІЧІЙ НЕПЛІДНОСТІ

Чалій А. С.
студент, член Студентського наукового товариства імені О. А. Киселя
Науковий керівник: ***Нікітін О. Д.***
доцент кафедри урології
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Проблемі безплідного шлюбу у всьому світі надається великого значення. Неплідність – це стан, який супроводжує цілу низку хвороб статевих органів та системні захворювання чоловічого або жіночого організмів. За даними різних літературних джерел, від неплідності у світі потерпає близько 50–100 млн людей, тобто, одна із 5–7 пар репродуктивного віку страждає неплідністю.

Останнім часом спостерігається глобальне зниження репродуктивної здатності чоловічої популяції. Відомо, що близько половини безплідних шлюбів обумовлені патологією статевих залоз чоловіка.

В сучасних дослідження виявлено, що інактивація ubiquitin protein ligase, локалізованої в чоловічих статевих клітинах, призводить до блокування сперматогенезу і розвитку безпліддя. Враховуючи це, можна припустити, що структурні і функціональні пошкодження компонентів убіквітин-протеасомної системи можуть відігравати значну роль у патогенезі чоловічого безпліддя різної етіології та, зокрема, при впливі іонізуючого опромінення.

Мета дослідження – вивчити імуногістохімічні особливості експресії протеїну Ubiquitin у хворих різними формами чоловічої неплідності, що проживають в «чистих» і забруднених радіонуклідами 137 Cs районах України.

1 група – 26 пацієнтів, у яких було встановлено діагноз секреторного безпліддя з блоком сперматогенезу на рівні сперматогоній, сперматоцитів 1 і 2 порядку або сперматид. Серед хворих цієї групи 12 пацієнтів – з «чистих» районів та 14 хворих – з забруднених радіонуклідами 137 Cs регіонів України.

2 група – 11 пацієнтів з синдромом «тільки клітини Сертолі». Серед хворих цієї групи 5 пацієнтів – з «чистих» районів та 6 хворих – із забруднених радіонуклідами 137 Cs регіонів України.

При секреторній формі чоловічого безпліддя та синдромі «тільки клітини Сертолі» у хворих з «чистих» регіонів в клітинах Сертолі і інтерстиціальних ендокріноцітах яєчка виявлені молекулярні зміни убіквітин-протеасомної системи, пов’язані з посиленням активності протеасом – цитоплазматичних органел, відповідальних за внутрішньоклітинний протеоліз, процесинг і рефолдінг внутрішньоклітинних білків. Одночасно з цим, ядерна експресія убіквітину в клітинах Лейдіга зазначених груп пацієнтів вірогідно знижувалась, у порівнянні з хворими з екскреторно-обтураційною формою безпліддя. Зазначені особливості убіквітин-протеасомної системи характерні для секреторної форми чоловічого безпліддя та синдрому «тільки клітини Сертолі».

В групах хворих із забруднених радіонуклідами 137 Cs регіонів України виявлено статистично вірогідне збільшення цитоплазматичної експресії убіквітину в клітинах Сертолі, сперматогенного епітелію і клітинах Лейдіга, у по-

рівнянні з аналогічними спостереженнями з «чистих» регіонів України, що свідчить про підвищений вміст пошкоджених білків в клітинах яєчка при всіх формах чоловічого безпліддя у хворих із забруднених радіонуклідами регіонів. Вірогідне зниження ядерної експресії убіквітину в клітинах Лейдіга аж до повної її відсутності у зазначених хворих у порівнянні з аналогічними пацієнтами з «чистих» регіонів, свідчить про порушення регуляції клітинного циклу і швидкості транскрипції і вказує на виснаження цієї частини системи внутрішньоклітинного протеолізу в інтерстиціальних ендокріноцітах у всіх групах хворих – мешканців забруднених радіонуклідами регіонів України, включаючи пацієнтів з екскреторно-обтураційним безпліддям.

Таким чином, молекулярне дослідження убіквітин-протеолізной системи при тривалому впливі малих доз радіонуклідів показало, що:

1) при всіх формах чоловічого безпліддя найбільш глибокі порушення убіквітин-протеасомної системи мають місце в ендокринному компоненті яєчка – клітинах Лейдіга, які здійснюють основний регулюючий вплив на процес сперматогенезу;

2) довготривалий вплив малих доз радіації приводить до підвищення вмісту пошкоджених білків у більшості клітин яєчка, що може посилити ризик виникнення мутацій у хворих, які проживають у забруднених радіонуклідами регіонах.

ЯКОЮ ПОВИННА БУТИ ЖОРСТКІСТЬ ЩЕТИНИ ЗУБНОЇ ЩІТКИ

Юсковець Л. П.
викладач зуботехнічних дисциплін
Вінницького медичного коледжу
м. Вінниця, Україна

Питання про ступінь жорсткості і якості щетини зубних щіток зберігає свою актуальність і нині. Ще кілька років тому в нашій країні все населення, в тому числі і стоматологів, не замислюючись, стверджували, що щетина має бути жорсткою. А чи так це ? Чи є жорсткість щетини єдиним критерієм оцінки якості щіткового поля і ефективності його використання.

Це далеко не всі питання, на які варто треба було б відповісти, щоб оцінити основні характеристики зубної щітки, за допомогою яких ми можемо стверджувати про її ефективність. Спеціально для цієї мети був запропонований Індекс Зубної Щітки Улітовского (1997).

На підставі вивчення матеріалів, використаних у виробництві зубних щіток, вивчення будови самих щіток, як мануальних, так і електричних, вивчення виробництва зубних щіток, аналізу його еволюції, особливостей формування пучків щетини – поодиноких, макропучків і т.д., була сформована сучасна класифікація щетини для зубних щіток (2001–2003). Перша зубна щітка, що з’явилася в Росії, мала вигляд «мітели» і називалася – «мітла» для зубів або «мітла» для рота. Вона складалася з круглої палички, до одного із кінців

якої був прив'язаний пучок свинячої щетини (найчастіше), але це міг бути і кінський волос або суміш натурального волосся та щетини різних домашніх тварин. Незалежно від того, для яких зубних щіток призначена щетина, вона зазнала значних змін за останні 50 років і особливо за останнє десятиліття XX століття. Спочатку користувалися натуральною щетиною, яку в основному отримували від свиней (ступінь жорсткості такої щетини в різних місцях тіла свині не однакова, тому в щітках, в пучках була змішана свиняча щетина, тобто щетинки в одному пучку мали різну товщину). Також використовували волосся великої рогатої худоби, а коли були необхідні м'які щітки, то використовували борсукове волосся. В окремих випадках поєднували різне волосся та щетину (отримані від різних тварин) в одній щітці, але для кінця XIX – початку XX століть це було дуже важко, тому якщо можна так висловитися, їх більше робили на спецзамовлення.

На основі всіх історичних, фізичних і технологічних змін, які зазнала щетина, використана і нині в зубних щітках, була розроблена «Класифікація щетини для зубних щіток» (С.Б.Улітовский ®, 2001). Натуральна щетина використовувалась тільки в гігієнічних зубних щітках. Вперше гігієнічна зубна щітка зі штучною щетиною була розроблена в 1938 р. Однак у той період розвиток хімічного виробництва був ще на дуже низькому рівні, тому штучне волокно того часу не могло конкурувати з натуральною щетиною. Але все дуже швидко змінилося, і в даний час практично не виготовляють зубних щіток з натуральною щетиною, віддаючи перевагу штучній. Це ще обумовлено тим, що штучна щетина має суттєві переваги перед натуральною:

– їй можна надати будь-який потрібний діаметр (а це вже буде визначати жорсткість щетини); – їй можна надати будь-які необхідні (бажані) властивості (типу – мікротекстуру, губчатість і т.д.); – заокруглення та полірування кінчиків щетинок; – їй можна надати будь-яку довжину або комбінацію довжин (дворівнева щетина, багаторівнева щетина, силовиий виступ і т.д.); – її простіше «саджати» під будь-яким кутом відносно основани (головки); на ній значно важче затримуються мікроби – її простіше обробляти, очищати, висушувати і зберігати.

Суттєвими не недоліками натуральної щетини є: – наявність внутрішньоволоссяного каналу, в якому створюється сприятливе середовище для розвитку мікробів; – кінчики натуральних щетинок не обробляються і не заокруглюються (дуже травматичні для ясен і абразивні для емалі); – на внутрішній поверхні щетини (волосся) є велика кількість грубих задирок, на яких формуються колонії бактерій; – легке і швидке формування колоній бактерій біля основи пучка; – значно важче очистити щетину; – фіксація пучка в головці щітки більш складна; – значно важче зібрати в одному пучку щетину одного діаметра; – як правило, в пучку натуральної щетини поєднуються щетинки різних характерологічних властивостей. Відповідно до класифікації щетини для зубних щіток (С.Б.Улітовскій ®, 2001), всю її слід розділити на три основних класи: 1) умовно-гігієнічна; 2) гігієнічна; 3) профілактична (спеціальна). Під умовно-гігієнічною розуміється на увазі щетина, до якої відноситься натуральна або обрізна (без закруглення) штучна щетина, що володіє низькими очисними властивостями, високою абразивністю для твердих тканин зубів і

травмонебезпечною для прилягаючих ясен. Не зупиняючись на всіх особливостях сучасної щетини для зубних щіток, розглянемо основну її властивость – ступінь жорсткості. За ступенем жорсткості щетина підрозділяється на 6 типів: – дуже жорстка (EH – додатковий жорсткий); (EH – extra hard); – жорстка (H – жорсткі); (H – hard); – середньої ступеня жорсткості (M – середня); (M – medium); – м'яка (S – м'який); (S – soft);\ – дуже м'яка (ES – додатковий м'який); (ES – extra soft); – змішана (коли поєднується кілька типів щетини різних ступенів жорсткості). За типом жорсткості ми також можемо судити про цільове використування щітки, так: – Дуже м'яка щетина, типу «чутливих» «Sensitive» використовується при зубах і яснах з підвищеною чутливістю (при гіперчутливості). – М'яка щетина – всі дитячі щітки виготовляються тільки з м'якою щетиною, їх також можуть використовувати і дорослі, особливо при будь-яких захворюваннях порожнини рота (Тим більше, які супроводжуються запаленням і кровоточивістю); після проведених операцій в порожнині рота, останнім час їх рекомендують і дорослому населенню для щоденного застосування, особливо, якщо зубною щіткою користуються після кожного прийома їжі, тобто в середньому 4 рази на день для того, щоб загальний абразивний ефект від чотирьохразової чистки зубів щіткою з м'якою щетиною був менш або аналогічний (але ніяк не перевищував) сумарний абразивний ефект від двохразового використання зубної щітки з щетиною середнього ступеня жорсткості.

– Середній ступінь жорсткості щетини – з такою щетиною виготовляють більшість зубних щіток у світі. Це найбільш популярний тип жорсткості на сьогоднішній день. – Щітки з жорсткою та дуже жорсткою щетиною використовують рідко, тому що вони володіють підвищеною абразією твердих тканин зубів і травмонебезпечні для ясен. Зараз багато виробників відмовляються від виробництва зубних щіток з подібними ступенями жорсткості щетини.

Думка, яка існувала, що необхідно чистити зуби щітками з жорсткою щетиною, вкрай помилкова, особливо, коли використовувати такі щітки пропонувалося особам із захворюваннями пародонта. Основним мотивуванням призначення щітки з жорсткою щетиною при пародонтиті було переконання, що за рахунок цієї жорсткості відбудеться «розмасажування» прилягаючих ясен, що покращить мікроциркуляцію в периферичних судинах пародонту. Проте, як ми бачили на практиці, у пацієнтів, які починали використовувати щітку з жорсткою щетиною (як рекомендував лікар), відразу з'являвся біль, збільшувався набряк, гіперемія і кровоточивість, а в результаті повна відмова від проведення будь-яких індивідуальних гігієнічних заходів в порожнині рота. Саме через всі ці причинах прийшли до висновку про необхідність використовувати в таких ситуаціях зубні щітки з щетиною типів середньої жорсткості, м'якою і дуже м'якою щетиною, оскільки відмова від індивідуальних гігієнічних процедур в порожнині рота під час лікування запалених форм захворювань приведе тільки до ще більш серйозних ускладнень і погіршення стану пацієнта. В останні роки стало переважати виробництво щіток із складною структурною штучною (спеціальною) щетиною, яка складається з:

– Змішаної складноструктурної штучної профілактичної (спеціальної) щетини, яка являє собою щетину щіткового поля зубної щітки, яка поєднує

різні ступені жорсткості; – – Комбінованої складноструктурної штучної профілактичної (спеціальної) щетини. Останнім часом стали частіше і більше виготовляти і використовувати зубні щітки зі змішаною щетиною, в якій поєднується кілька типів жорсткості щетини в одному щітковому полі. Найбільш частими поєднаннями є: дуже м'яка і м'яка, м'яка і середня, середня і жорстка, м'яка та жорстка, дуже м'яка і середня; комбінована щетина має різні комбінації матеріалів, використаних для її виготовлення, так, наприклад,співвідношення нейлону і полімеру, як в мікротекстурній щетині, або співвідношення в щітковому полі кількох типів щетини, наприклад, мікротекстурної і нейлонової, або мікротекстурний, звичайної нейлоновой та індикаторної нейлонової, або звичайної нейлоновий та індикаторний і т.д.

Стан кінчиків щетинок відіграє важливу роль в ступені її абразивності і травмонебезпеці. За якістю обробки кінчики щетинок бувають: *оброблені*, тобто заокруглені, в цілому у щітковму полі нас цікавить% щетинок з обробленими кінчиками, так як це свідчить про якість щітки; *необроблені*; до них відноситься обрізна і нарізна щетина, а також щетина з неякісно проведеними заокругленнями кінчиків і відсутністю їх полірування; коли внаслідок проведення заокруглення кінчика відбулася його деформація. В цілому, у щітковому полі нас цікавить% щетинок із необробленими кінчиками, так як це також є показникам якості щітки або його відсутністю. Наприклад, якщо% щетинок з неякісними кінчиками становить від 5 до 10%, то це дуже позитивний показник, який свідчить про високий ступінь якісного проведення заокруглення кінчиків щетини. Якщо цей показник становить 50%, то це говорить про низький рівень якості щетини.

Відповідно до існуючого методу визначення жорсткості щетини зубних щіток (ISO 8627:1987), який позначається буквою G і вимірюється в Ньютонах на кв.мм (N/мм2). Індекс жорсткості показаний в табл.1.

Таблиця 1

Розподіл жорсткості щетини у відповідності до показника індекса жорсткості

Розрахунок жорсткості в (N/тт²)	**Категорія жорсткості**	**Індекс жорсткості**
G <6	М'ягка	3
6 <G <9	Середня	5
9 <G	Жорстка	7

Відповідно з цією градацією в компанії Колгейт-Пал-молів був проведений порівняльний розрахунок штучної щетини різних видів, використаних в сучасних мануальних зубних щітках різних виробників засобів гігієни порожнини рота, які показані в табл. 2.

Таблиця 2

Результати визначення жорсткості окремих мануальних зубних щіток

Назва МЗЩ	Жорсткість щетини
360 Sensitive Colgate	3,35
Sensodyne Sensitive	4,98
Oral-B Advantage Sensitive	4,40
Oral-B Indicator Soft	6,54

Чим нижчий показник жорсткості, тим відповідно м'якшою буде щетина. Для того, щоб зрозуміти, із чого складається характеристика жорсткості щетини, перерахуємо їх основні критерії: 1) діаметр щетинки; 2} кількість щетинок в пучку; 3) сумарна жорсткість пучка щетини (отвір для пучка в основі голівки щітки стандартний, але кількість щетинок в пучку може бути різною, вона визначається формою щетинки – кругла або гексагональна або інші, при цьому сама щетина може бути м'якою, але сумарна жорсткість пучка – середньоюі т.д.); 4) кількість пучків на голівці і щільність їх посадки; 5) 5)висота пучків (чим нижче, тим жорсткіше); 6) вид використовуваного матеріалу; 7) наявність / відсутність закруглення кінчиків щетинок (але при жорсткій щетині, навіть заокруглення кінчиків суттєво не впливає на ступінь абразивності щетини для емалі зубів та її травмонебезпеці для прилеглої десни, і вже робити масаж ясен щітками із щетиною такого ступеня жорсткості не можна, інакше на ній утворюється велика кількість мікротравм, які будуть боліти, кровоточити і навколо них утвориться набряк м'яких тканин).

На підставі всієї цієї інформації слід зазначити, що вибір зубної щітки – питання не таке просте, як може здатися пересічному громадянину, від неї залежить, наскільки якісно і ефективно пацієнт (користувач) буде чистити свої зуби та ясна, а, відповілно, яку роль щітка буде грати в профілактиці карієсу зубів, розвитку некаріозних захворювань твердих тканин зубів, запальних захворювань пародонту.

Для того, щоб правильно рекомендувати зубну щітку у відповідності з її спрямованістю до дії, яка пов'язана з конфігурацією щіткового поля і ступенем жорсткості щетини, необхідно розібратися в таких важливих питаннях, як і за якими принципами йде формування щіткового поля, яку із функцій виконує та чи інша група пучків щетини (наприклад, периферична – інтерденталь-на, внутрішня – коротка – коронкова і т.д.) і в яких випадках, у відповідності з яким стоматологічним статусом рекомендувати пацієнту використовувати ту чи іншу зубну щітку. Наприклад, після операції на пародонті, в дуже короткий проміжок часу, пацієнт повинен буде змінити не менше 3-4 зубних щіток. І лікар повинен знати, якою та, коли потрібно користуватись, яку методику чистки зубів використовувати.

На сьогоднішній день нам слід розглядати показник жорсткості щетини не як арифметичне, а як інтегральне вимірювання жорсткості, так як щітки мають не тільки щетину різних ступеней жорсткості, конфігурації, форми та інші показники, які і визначають складність цього процесу.

Сукупність цих знань дозволить лікарю-стоматологу і гігієністу стоматологічному забезпечити пацієнту належний рівень стоматологічного здоров'я. Це дуже важливо, так як якщо стародавня людина харчувалася грубою

їжею і її зуби, пародонт отримували достатнє навантаження, то сучасна людина вживає термічну оброблену їжу, що призводить не тільки до дефіциту поживних речовин та вітамінів, але і значно знижує навантаження на пародонт. Подібна жувальна адинамія також є причиною виникнення та розвитку запальних захворювань пародонту, а неправильно підібрані засоби гігієни не забезпечують якісного гігієнічного догляду за порожниною рота, що обумовлює ріст м'якого зубного нальоту, розвиток зубного каменю, що призводить практично до стовідсоткового поширення пародонтиту серед населення. А отже, особи зі здоровим пародоном використовують щітки з щетиною середнього ступеня жорсткості, діти можуть застосовувати щітки тільки з м'якою щетиною, особи з запальними захворюваннями пародонта – щітки з м'якою щетиною, а при поєднанні з гіперсенситивністю потрібно застосовувати зубні щіток з дуже м'якою щетиною, так само, як і після операції на пародонті.

Література:

1. Федоров Ю.А. Гігієна порожнини рота / / Стоматологія. – 1970. – № 3.
2. Федоров Ю.А. Профілактика захворювань зубів і порожнини рота. – Л.: Медицина.
3. Хаманскайте Л., Келбаускане Н., Стропене Г. Зв'язок догляду за порожниною рота з карієсом зубів / / Праці стом. Літ. РСР. – Каунас, 1976. – Т. 7.

ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ АНТИТІЛ ДО ЦИТРУЛІНОВАНИХ БІЛКІВ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Яременко О. Б.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри внутрішніх хвороб стоматологічного факультету
Микитенко Г. М.
кандидат медичних наук,
асистент кафедри внутрішніх хвороб стоматологічного факультету
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. Арсенал сучасного ревматолога для ранньої діагностики запальних захворювань суглобів досить широкий і включає як клінічне дослідження, так і імунологічні тести, інструментальні методи, в окремих випадках – імуногенетичне дослідження, артроскопію та біопсію синовіальної оболонки суглобів.

Методики імунологічної діагностики ревматоїдного артриту (РА) перебувають зараз у стадії бурхливого розвитку, кожен із запропонованих тестів має свої переваги: антикератинові антитіла, антиперинуклеарний фактор, антитіла до РА 33 антигена, антицитруліновані антитіла тощо.

На сьогодні серед імунологічних методів найбільше значення має визначення антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду (анти-ЦЦП). В клінічній ревматологічній практиці цей метод став другим стандартним імунологіч-

ним тестом після визначення ревматоїдного фактору (РФ) для діагностики РА. Даний тест досить специфічний (75-90%) для РА, а чутливість його на ранній стадії хвороби досягає 75% [2, с. 845]. Особливо важливе визначення анти-ЦЦП у серонегативних за РФ хворих. Як вказують літературні дані [2, с. 846], анти-ЦЦП, особливо 2-го покоління, є більш специфічними для РА, ніж РФ, крім того цей маркер може успішно використовуватися для прогнозування розвитку РА у хворих з недиференційованим артритом. За даними зарубіжних авторів рівень анти-ЦЦП краще, ніж РФ, корелює з активністю РА та швидкістю рентгенологічної деструкції суглобів. [1, с. 1085; 3, с. 1744; 4, с. 1090], тому цей тест має й прогностичне значення.

Метою нашого дослідження було оцінити клінічну та прогностичну значущість анти-ЦЦП у вітчизняного контингенту хворих на РА.

Матеріал і методи. Обстежено 147 хворих на РА до початку базисної терапії (БТ) та призначення планового лікування глюкокортикоїдами. Переважали особи жіночої статі (116 осіб, 78,9%), середній вік пацієнтів складав 53,0±1,0 рік. Тривалість хвороби до моменту включення в дослідження становила в середньому 18,4±3,18 місяців. Ранній РА (≤ 2 років) діагностовано у 120 хворих (81,6%). Серед обстежених 77 (52,4%) осіб були серопозитивними за РФ, 94 (64%) – за анти-ЦЦП. Рівень анти-ЦЦП визначали методом ELISA. За статтю, тривалістю хвороби групи з анти-ЦЦП-позитивним та негативним варіантами РА були співставними.

Протягом 2-річного періоду спостереження хворі приймали один із чотирьох варіантів БТ: метотрексат в дозі 7,5-15 мг/тиж, лефлуномід в дозі 20 мг/д, сульфасалазин в дозі 2г/д чи комбіновану БТ (різні комбінації зазначених препаратів та амінохінолінових похідних (делагіл/плаквеніл)).

Ефективність лікування у анти-ЦЦП-позитивних та анти-ЦЦП-негативних хворих оцінювали через 2 роки за динамікою DAS28 та рентгенологічного рахунку за модифікованою шкалою Шарпа-ван дер Хейде; розраховували різницю між початковими та кінцевими значеннями показників (Δ DAS28, Δ рентгенологічного рахунку). Визначали також взаємозв’язок між наявністю, рівнем анти-ЦЦП та відповіддю на лікування.

Результати: встановлено позитивний кореляційний зв’язок середньої сили між рівнями анти-ЦЦП та СРБ (r=0,36), а також між рівнем анти-ЦЦП та шкалою активності хвороби DAS28/DAS, що включала показник СРБ (r=0,36). Величини DAS28/DAS у хворих, позитивних за анти-ЦЦП, були достовірно вищими (6,34±0,10/4,19±0,08) порівняно з особами, негативними за анти-ЦЦП (5,49±0,18/3,63±0,12; t=4,12/3,88, p<0,001). Рівень СРБ у хворих, позитивних за анти-ЦЦП, становив 180,6±15,6 мг/л, ШОЕ – 29,9±1,54 мм/год, в альтернативній групі – відповідно 69,3±19,1 мг/л (t=4,5, p<0,001) та 21,8±1,76 мм/год (t=3,46, p<0,01). Загальна оцінка пацієнтом важкості свого стану (ЗОП) за ВАШ була вищою при анти-ЦЦП-позитивному варіанті РА (59,3±1,45 мм порівняно з 51,5±1,91 мм; t=3,25, p<0,01). Таким чином, наявність анти-ЦЦП асоціювалася з вищою активністю РА (як за сумарними показниками, так і окремими їх складовими), на що вказували і результати наведеного вище кореляційного аналізу.

Майже у половини обстежених пацієнтів (67 осіб, 45,6%) спостерігалися ті чи інші позасуглобові прояви РА. Частота виявлення системних проявів була вищою у хворих з анти-ЦЦП(+) (у 51 особи, 54,2%) порівняно з анти-ЦЦП(-) варіантом хвороби (у 16 осіб, 30,2%, $p<0,01$). У структурі позасуглобових проявів переважали ревматоїдні вузлики (у 36 хворих, 24,5%), які виявлялись у 25 осіб з анти-ЦЦП(+) та 11 – з анти-ЦЦП(-) варіантом РА ($p>0,05$). Загальнотрофічний синдром (лихоманка і/чи схуднення) та лімфаденопатія спостерігалися значно частіше у анти-ЦЦП(+) пацієнтів (18 та 12 осіб відповідно) порівняно з альтернативною групою (у 3 та 1 хворого, обидва $p<0,05$). За частотою інших системних проявів (пневмоніт, плеврит, нефропатія, нейропатія, синдром Шегрена) суттєвих відмінностей між групами не було. Середні значення анти-ЦЦП були дещо вищими у хворих із системними проявами: 134,5±15,5 проти 102,2±12,6 U/ml у хворих без системних проявів ($p>0,05$).

Наступним етапом нашої роботи було вивчення взаємозв'язку між наявністю, рівнем анти-ЦЦП та відповіддю на лікування. В результаті проведеного кореляційного аналізу встановлено наявність достовірного позитивного кореляційного зв'язку середньої сили між рівнями анти-ЦЦП з одного боку та величинами DAS28/DAS через 2 роки БТ при включенні у формулу СРБ ($r=+0,41/+0,31$) чи ШОЕ ($r=+0,37/+0,26$), з іншого. Такий же взаємозв'язок знайдено між рівнями анти-ЦЦП та абсолютними значеннями і динамікою (Δ) рентгенологічного рахунку ($r=+0,32$ і $+0,52$ відповідно). Кореляцію середньої сили виявлено між рівнями анти-ЦЦП і швидкістю рентгенівського прогресування РА після 2 років лікування ($r = 0,52$, $p<0,01$).

При порівнянні клінічної та рентгенологічної динаміки в групах хворих без та з наявністю анти-ЦЦП встановлено, що за наявності анти-ЦЦП спостерігається гірша відповідь на лікування порівняно з анти-ЦЦП-негативними пацієнтами (ΔDAS28: 1,39 ± 0,35 порівняно з 2,82 ± 0,28, $p <0,01$) і швидші темпи рентгенівського прогресування хвороби (Δ рентгенологічного рахунку після 2 років лікування – 13,9 ± 2,13 порівняно з 2,26 ± 0,80 балами, $p<0,001$).

Було також проведено множинний лінійний регресійний аналіз з метою визначення факторів, які справляють незалежний вплив на рентгенологічну динаміку РА, та кількісної оцінки їх значущості.

Згідно отриманих даних до факторів, що найсуттєвіше впливають на рентгенологічне прогресування РА в загальній когорті хворих, належали рівень анти-ЦЦП (значущість фактора (В) = 3,15, $p<0,001$), рахунок ерозій на вихідному етапі (В = 2,1, $p<0,001$), підвищений рівень СРБ (В = 8,29, $p<0,001$). Виявлено вірогідну асоціацію з прогресуванням рентгенологічних змін і інших чинників – наявності системних проявів, активності РА та титру РФ, проте вони мали менш вагоме значення (величини коефіцієнта В ≤0,2).

Висновки:

1. Наявність у крові хворих анти-ЦЦП асоціюється з вищою активністю РА порівняно з анти-ЦЦП-негативним варіантом хвороби.

2. У хворих з наявністю анти-ЦЦП позасуглобові прояви РА зустрічаються значно частіше, насамперед за рахунок загальнотрофічного синдрому та лімфаденопатії.

3. Наявність анти-ЦЦП пов'язана з гіршою клінічною та рентгенологічною відповіддю на лікування.

4. Наявність та рівень анти-ЦЦП в крові хворих на РА є однією з найважливіших прогностичних детермінант рентгенологічного прогресування захворювання.

Література:

1. Anti-CCP antibody test predicts the disease course during 3 years in early rheumatoid arthritis (the Swedish TIRA project) / A.Kastbom, G.Strandberg, A.Lindroos, T.Skogh // Ann. Rheum. Dis.-2004.-Vol.63.-P.1085-1089.

2. Avouac J. Diagnostic and predictive value of anti-cyclic citrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: a systematic literature review / J. Avouac, L.Gossec, M. Dougados // Ann. Rheum. Dis. – 2006. – Vol. 65. – P. 845–851.

3. Longitudinal analysis of citrullinated protein/peptide antibodies (anti-CP) during 5 year follow up in early rheumatoid arthritis: anti-CP status predicts worse disease activity and greater radiological progression / J. Rönnelid, M.C.Wick, J. Lampa [et al.] //Ann. Rheum. Dis. – 2005. – Vol. 64. – P. 1744–1749.

4. Prediction of radiological outcome in early rheumatoid arthritis in clinical practice: role of antibodies to citrullinated peptides (anti-CCP) / K. Forslind, M. Almen, K. Eberhardt [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2004. – Vol. 63. – P. 1090–1095.

НАПРЯМ 2. ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КАЛЬЦИЙДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ГОРОДОВ

Белецкая Э. Н.
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой общей гигиены
Онул Н. М.
кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей гигиены
Безуб О. В.
преподаватель кафедры общей гигиены
Околова В. В.
магистрант кафедры общей гигиены
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
г. Днепропетровск, Украина

Рубеж конца прошлого – начала нынешнего веков ознаменовался появлением череды глобальных кризисов в истории человечества. Один из них, прямо или косвенно затрагивающий все население земного шара – экологический. Неузнаваемо измененная деятельностью человека среда его обитания, непригодная, а зачастую и просто опасная для проживания, стала фактором, повышающим заболеваемость населения прежде всего промышленных агломераций, являющихся источником мощных техногенных выбросов (Трахтенберг с соавт. 2002; Потапов А.И., 2007; Абакумова А.В., 2009), усилив одновременно и цепь других значимых для здоровья человека проблем (Поворознюк В.В., 2002).

Регистрируемая за этот же временной период большая распространенность болезней опорно-двигательного аппарата у лиц трудоспособного возраста, составляющих основной трудовой ресурс развития страны, значительная инвалидизация больных с утратой профессиональных и социальных навыков (Вишневский В.А. и соавт., 2002; Прохорова Е.А. и соавт.,2012) ставит вопрос о необходимости более углубленного изучения причин возникновения данной группы заболеваний, первоосновой патологии которых является потеря кальция костной тканью человека.

Проведенные нами и другими учеными-гигиенистами исследования подтверждают существование количественных взаимосвязей внешнесредовых концентраций свинца с содержанием их в биосубстратах жителей экологически неблагополучных территорий (Штабский Б.М., 2011; Белецкая Э.Н. и соавт., 2007, 2012). Постоянная наявность этого тяжелого металла в объектах окружающей среды (Сердюк А.М. и соавт., 2004; Измеров Н.Ф., 2000; Мудрый И.В., 2002; Штабский Б.М., Федоренко В.И., 2000), его накопление в организме взрослого и детского населения промышленных городов и способ-

ность к кумуляции его в костной ткани человека при поступлении даже в малых дозах в течение длительного времени (Зайцева Н.В. и соавт., 2009; Белецкая Э.Н. и соавт., 2003), послужившее основанием необходимости пересмотра ПДК свинца в сторону их ужесточения (Штабский Б.М., 2001; Белецкая Э.Н., 2012; Головкова Т.А.,2004; Главацкая В.И., 2006) и сделало свинец предметом пристального внимания ученых-гигиенистов.

Учитывая неоспоримую важность проблемы свинцовой интоксикации жителей экологически неблагополучных территорий был проведен анализ наших результатов и имеющихся научных данных по этой проблеме. Используя отечественные и зарубежные научные источники последних десятилетий, дана новая гигиеническая оценка последним данным в этой области.

Установлено,что содержащийся в организме человека свинец, депонируемый в составе гидроксиапатита в его костной ткани (Dowd T.I., Rizen G.E., 2001) при определенных условиях поступает в кровь, тем самым поддерживая высокий уровень его содержания в крови даже вне контакта с экзогенным загрязнителем (Измеров Н.Ф., 2000), что указывает на возможность использования данных о содержании этого токсиканта в костной ткани в качестве самого информативного доказательства о загрязнении организма свинцом (Popovic M. et al., 2003).

В то время как содержание свинца в крови человека свидетельствует о непосредственном его влиянии на человеческий организм (Fishbach F.T., Dunning M.B., 2008), его концентрация в костной ткани – о постоянстве и длительности поступления в организм человека (Измеров Н.Ф., 2000; Korbakova A.I. et al., 2001; Никогосян Л.Р., 2011).

Установлено, что даже низкие внешние экспозиции свинца в окружающей среде при длительном их воздействии приводят к накоплению его костной тканью до 90–95% от всего количества поступившего свинца в виде стабильной фракции (Dovgaluk T.I., Pikaluk V.S., 2000), период полувыведения которой составит впоследствии от 10 до 16 лет (Bernard S.S.F., 1977).

Экспериментальное введение препаратов свинца лабораторным животным в дозе 40 мг/кг вызвало увеличение на 500% содержания свинца в костной ткани по сравнению с интактной группой животных (Ахполова В.О., 2011), а экспериментальная гиперкальциемия способствовала снижению свинца в костной ткани (Peraza M.A. et al., 1998). Достоверное снижение уровня кальция в костной ткани лабораторных крыс линии Wistar зарегистрировано после низкодозовой нагрузки ацетатом свинца и в наших исследованиях (Белицкая Э.Н., 2014).

Сходство путей распределения и депонирования кальция в организме человека, процессов их метаболизма (Куценко С.А., 2002), физиологический антагонизм свинца по отношению к кальцию (Скальный А.В., Рудаков И.А., 21004;Мальцева В.Е., 2013) подтверждают и данные о влиянии уменьшения уровня кальция в крови на мобилизацию из костной ткани находящегося там связанного свинца (Mahaffey K.R., 1990).

Основой поддержания кальциевого гомеостаза в организме человека, предотвращение «вымывания» его из костной ткани и развития так называемых «голодных остеопатий» (остеопении и остеопороза) является, в первую

очередь, потребление достаточного количества пищи, содержащей кальций (Жилиев Е.В., 2011). При наличии даже незначительных изменений концентрации уровня кальция в сыворотке крови человека включаются механизмы, способствующие высвобождению кальция из его костного депо с повышением костной резорбции.

Данные же анализа рационов питания во всех экономически развитых странах отражают тенденцию к значительному снижению потребления этого макроэлемента с пищей (Гулич М.П., 2003, 2010; ВООЗ, 2009; Педан В.Б., 2009; Скалецька Н.М., 2010) для всех возрастных групп населения.

Анализ данных питания в Республике Беларусь указывает на суточное поступление кальция (Поворознюк В.В., 2002) в количестве всего 470 мг/сут, что более чем в 2 раза ниже существующей нормы.

Анализ российских данных фактического питания детей и подростков установил, что, при норме в 1200 мг/сут., суточное поступление кальция у юношей составляет 875,2_+ 35,7г, а у девушек 825,5_+40,6 мг. (Пузанов И.В., Кострюков А.В., 2007). По некоторым данным дефицит кальция в суточном рационе составляет 50%, а иногда и 92% обследованных городских российских школьников и приводит к нарушению формирования пика костной массы. Согласно результатам мониторинга состояния питания населения России, озвученным на X Всероссийском съезде гигиенистов и санитарных врачей (Потапов А.И.,2007), охватившем структуру питания различных возрастных, половых и социально-экономических групп населения, профиль потребления основных групп пищевых продуктов в среднем по России выявляет недостаток потребления молока, молочных продуктов, рыбы, (овощей и фруктов), а профиль потребления пищевых веществ – недостаток потребления витаминов, минеральных веществ с наибольшими цифрами отклонения среди детей.

Имеются данные о статистически достоверном снижении в 1,6 раза фактического суммарного потребления молочных продуктов (в 1,9 у мужчин и 1,5 раз у женщин) в переводе на молоко россиянами среднего возраста 54,5+ 11,9 года, страдающими остеоартрозом в сравнении с лицами не страдающими остеоартрозом (Мартинчик А.Н. и соавт. 2010).Данные о снижении потребления больными остеоартрозом молочных продуктов коррелируют с результатами изучения потребления этих же продуктов при остеопорозе. Больные с указанным заболеванием употребляют значительно меньше молочных продуктов, чем лица, неболеющие им (Мартинчик А.Н. и соавт. 2010).

Имеются все основания утверждать, что в Украине состояние фактического потребления кальция взрослым трудоспособным населением находится на не менее низком уровне. На сегодняшний день, в ходе становления Украины как экономически сильного и независимого государства, связанного с преодолением ряда трудностей в виде неизбежного ограничения ресурсов, увеличением внутреннего и внешнего долга государства, опасностью социального кризиса неизбежным является сочетание падения экономического уровня жизни населения с сокращением социальных затрат государства, диктуемым жесткими правилами рыночной экономики. Еще в 2007 году данные научных исследований констатировали потребления кальция в фактическом рационе женщин украинской популяции старшей возрастной группы. Соглас-

но результатам исследования, 46,5% женщин в постменопаузе употребляют всего 400 мг кальция в суточном рационе и только лишь 3,2% женщин из общего количества обследованных потребляли адекватное количество кальция– более 1000 мг/сут. (Поворознюк В.В., 2002).

Данные украинских исследователей свидетельствуют как о пониженном потреблении кальция и в детских возрастных группах от 9 до 14 лет (Поворознюк с соавт., 2002), составляющих 717,7–757,4 мг/сут. при нормах потребления в 1000–1200 мг/сутки, так и о нарушении оптимальных соотношений между основными минеральными элементами, что ведет к нарушению всасывания даже столь малого количества кальция.А данные последних лет, опубликованные ДУ «Институт гигиены и медицинской экологии им. А.М. Марзеева НАМН Украины» в 2012 году говорят об обеспеченности физиологической потребности в кальции детей от 7 до 17 лет всего лишь на 43,54–52,3% (Гулич М.П., Полищук Т.В., 2012; Полищук Т.В., 2012).

Результаты анализа Госкомстата указывают на то, что объемы потребления населением Украины молокопродуктов уменьшились почти в два раза. Так, по данным статистического сборника в 1990 году объемы производства составляли 373,2 кг в год на 1 человека, тогда как в 2010 году – 206,4 кг в год. (Полищук Т.В., 2012). Такое положение дел обусловлено экономическим кризисом, когда выросли цены на продукты питания и население стало ограничивать себя в их потреблении, пытаясь обеспечить собственные энергетические потребности за счет употребления экономически более доступных продуктов.

Таким образом, анализ научных литературных данных свидетельствует о недостаточном поступлении в организм человека кальция с пищей для использования его как в первичной (с целью формирования костной ткани с максимальными прочностными характеристиками), так и во вторичной (для предупреждения дальнейшей потери кальция при уже установленных ее структурно-функциональных нарушениях) профилактике на фоне продолжающейся техногенной нагрузки населения индустриально загрязненных городов таким приоритетным ксенобиотиком как свинец, обладающим свойством депонирования в костной ткани человека с вытеснением и замещением в ней кальция.

АНКЕТИРОВАНИЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Ягодка А. А.
студентка
Быльский Д. В.
ассистент кафедры общей
и клинической патологической физиологии
Савицкий И. В.
доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой общей и клинической патологической физиологии
Тюпа В. В.
студент
Одесского национального медицинского университета
г. Одесса, Украина

Нами на базе метода анкетирования предпринята попытка создания «паспорта здоровья». Под паспортом здоровья мы понимаем надежный инструмент профилактической медицины, позволяющий диагностировать риск возникновения заболеваний ССС на стадии ранних вегетативных изменений, что является одной из важнейших задач современной системы здравоохранения [2, 4].

В последнее время выделяют «семерку» психосоматических заболеваний, возникающих под влиянием стрессогенных факторов: гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС); язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстно кишки; язвенный колит, бронхиальная астма, нейродермит и гипертиреоз, среди которых ГБ и ИБС имеют наибольшее значение [1, 3, 4].

Цель исследований: Выявить изменения психофизиологического состояния и патофизиологического статуса студентов-медиков во время учебного процесса и в период сессии.

В качестве основы нами была составлена и взята батарея из 5 тестовых методик: опросник для выяснения субъективных ощущений в последнее время, модифицированные анкеты для студентов № 1 и № 2, опросник А.М. Вейна, шкала благополучия, безнадежности и характеристик гнева ВОЗ.

В исследовании приняли участие 85 студентов 3 курса Одесского национального медицинского университета в возрасте 17-28 лет. Исследование проводилось в 2 этапа.

На первом этапе было проведено анкетирование в досессионный период, который характеризуется относительной стабильностью психоэмоционального состояния студентов и умеренными умственными и физическими нагрузками. Результаты исследования приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Результаты исследования психологического и физического состояния по 5 методикам (суммарные баллы; *n*=85, до сессии)

Название опросника	*X ср.*	*Min*	*Max*
Анкета №1	4,48	0	12
Анкета №2	17,66	5	25
Опросник А.М. Вейна	24,31	0	71
Субъективные ощущения	10,64	0	36
Шкала благополучия	13,1	0	25
Шкала безнадежности	0,02	0	4
Шкала гнева	21,2	10	40

Примечание:
X ср. – средний бал по выборке
Min – минимально возможная сумма баллов по опроснику
Max – максимально возможная сумма баллов по опроснику
n – общее количество испытуемых

Таблица 2

Результаты исследования психологического и физического состояния по методике «Субъективные ощущения» (*n*=85, до сессии)

		Частота у студентов (в% от общего количества)			
№	Признак	Отсутствует	Чаще отсутствует	Чаще присутствует	Отмечается постоянно
1.	Общая слабость	43	21	26	10
2.	Мышечная слабость	60	21	14	2
3.	Нарушения сна	25	14	46	15
4.	Расстройства зрения	76	12	8	4
5.	Головокружения	65	20	15	0
6.	Расстройства пищева-рения	68	15	13	4
7.	Повышение температуры	70	14	10	6
8.	Боли в горле	59	21	10	10
9.	Приступы аритмии	52	28	12	8
10.	Нарушения когнитив-ной сферы	25	35	32	17
11.	Эмоциональная не-устойчивость	13	28	35	24
12.	Апатия, депрессия	28	34	28	10

Из анализа таблиц 1 и 2 можно сделать следующее заключение:

Исследуемая группа студентов показала результаты ниже среднего и средние, что позволяет характеризовать их физическое и психологическое состояние как удовлетворительное. Однако, полученный средний балл по методике «Исследование вегетативных изменений» А.М. Вейна свидетельствует о наличии риска развития вегето-сосудистой дистонии (риск присутствует при сумме баллов выше 15).

Полученный на втором этапе исследования средний балл по методике «Исследование вегетативных изменений» А.М. Вейна свидетельствует о повышении риска развития вегето-сосудистой дистонии.

Частота встречаемости показателей по шкале нарушений сна возросла в 2 раза, что подтверждает негативное стрессогенное влияние сессии. В то же время, в когнитивной сфере наблюдаются небольшие изменения в положительную сторону, отражающие работу адаптационных процессов.

Средний балл по шкале благополучия ВОЗ снизился на 1,1 (в среднем 12 во время сессии), по шкале гнева средний балл изменился незначительно (21 во время сессии), в то время как показатель по шкале безнадежности значительно увеличился (0,85 во время сессии). Такие результаты свидетельствуют о некотором ухудшении общего психоэмоционального состояния.

Полученные в ходе исследования результаты в период сессии выявили тенденцию к ухудшению общего физического и психологического состояния.

Литература:

1. Гоженко О.А. Відновлювальне лікування осіб молодого віку з соматоформною вегетативною дисфункцією: автореф. дис. На здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія», О.А. Гоженко. – Одеса, 2008. – 25 с.

2. Парахонский А.П. ЭВОЛЮЦИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ СТРЕССА, Современные проблемы науки и образования. – 2009. – № 2 – С. 103-103 URL: www.science-education.ru/29-1102

3. Собенников В.С., Белялов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства: монография. Иркутск: РИО ИГИУВа,– 2010. – 230 с.

4. Щербатых Ю.В. Вегетативные проявления экзаменационного стресса: автореф. дис. на соискание учен.степени доктора биологич. наук. – СПб., 2001. – 32 с.

ПСИХОГІГІЄНІЧНИЙ АСПЕКТ СУЧАСНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Головкова Т. А.
кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної гігієни
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
м. Дніпропетровськ, Україна

Однією з важливих проблем системи вищої освіти в Україні є підвищення ефективності роботи вищих навчальних закладів, головним завданням яких є, як сказано в «Національній доктрині розвитку освіти України в XXI столітті», збереження та зміцнення фізичного й психічного здоров'я дитини, розвиток її творчих здібностей, реалізація потенційних можливостей особистості. Особливе місце при цьому належить саме активізації людського фактора та спрямованість кожного викладача і куратора на створення сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі, зокрема мобілізації зусиль педагогів вищого навчального закладу. На думку науковців, в умовах сучасного освітнього процесу має засадниче значення формування самодостатньої, цілісної та внутрішньо гармонійної особистості майбутнього фахівця [1, с. 15; 2, с. 119–207; 8, с. 32].

Студентська академічна група є різновидом малої групи зі своїми етапами перетворення її на колектив, із параметрами розвитку та критеріями сформованості, внутрішнім психологічним кліматом [7, с. 177]. До форм роботи з колективом у цьому аспекті належать використання психогігієнічних підходів у практичній діяльності закладу для організація групової співпраці вихованців з метою забезпечення максимальної ефективності навчального процесу [3, с. 55; 5, с.38]. У зв'язку з цим, нами проведені дослідження з визначенням показників колективоутворення для оцінки психологічного мікроклімату в студентській академічній групі.

До груп спостереження увійшли майбутні лікарі Дніпропетровської державної медичної академії. Діагностика психологічного мікроклімату у колективах проводилась при застосуванні соціометричного методу, який передбачає індивідуальне (анонімне) заповнення соціометричної карти [4, с. 53; 6, с. 36–84]. Для оцінки рівня психологічного клімату і характеру взаємовідносин використовували показник, який відображає ступінь взаємної сумісності як окремих членів, так і всього колективу – коефіцієнт міжособистної сумісності, максимальне значення якого 100%. Дослідження проводились на протязі 2009–2014р. серед студентів III курсу 11 груп (163 респондента).

Опрацювання даних соціометричних карт свідчить про те, що коефіцієнт міжособистної сумісності складає у середньому 64% та оцінюється як вищий за середній, величина цього показника коливається в дослідних групах від 53% до 77%. При цьому в динаміці спостережень цей показник має тенденцією до спаду, а саме ступінь дружності серед юнаків і дівчат зменшилась за останні 4–5 років на 1,5%. Цікавим фактом є те, що в згуртованих групах істинні лідери мають високий рівень психологічної сумісності – до 90%, у порівнянні з лідерами інших груп. Так, менш дружні студентські колективи з рівнем індексу сумісно-

ті 53–59%, мають лідерів, яких підтримують значно менша кількість респондентів 73-77%, відповідно. Особистості істинних та формальних лідерів співпали лише в двох групах, що складає 18,2% від загальної кількості груп спостереження. При цьому формальні лідери (старости академічних груп) стали значно втрачати комунікативні здібності, тому що їх авторитет в динаміці досліджень знизився з 93% до 73%. Доцільно підкреслити те, що кількість конфліктів і ступінь підтримки одногрупників не завжди були взаємопов'язаними – ці поняття мають більш широкий зміст. Однак, на фоні зменшення загальної кількості конфліктів в сучасних студентських колективах, спостерігається тенденція присутності великої кількості конфліктів між респондентами в групах з низьким рівнем коефіцієнту міжособистної сумісності.

Таким чином, проведені дослідження дозволили охарактеризувати показники психологічного клімату академічних груп вищого медичного закладу, позитивні їх результати були оприлюднені в відповідних колективах. Також проведені особисті бесіди зі студентами, в ході яких кожен з них отримав рекомендації щодо зниження рівня розбіжностей та підвищення рівня симпатії серед однолітків, вірного вибору поведінки у колективі, мінімізації конфліктних ситуацій та зменшення емоційної напруги серед юнаків та дівчат. Використання обґрунтованого психологічного «портрету» студента в мікросередовищі дозволить прогнозувати його особистий потенціал у майбутній навчальній, громадській, науковій діяльності як підґрунтя (умови) успішної адаптації молоді у період навчання. Разом з цим, використання даної методики дає можливість спостереження за динамікою розвитку психологічного мікроклімату у колективі та здійснення заходів щодо його поліпшення і може застосовуватися в навчально-виховній роботі закладах освіти різних ріней акредитації.

Література:

1. Алмазов Б.Н. Психологические основы педагогической реабилитации [Электронный ресурс]: учеб.пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Соц. педагогика» / Б.Н. Алмазов. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2008. – 285 с. – Режим доступа: электронная библиотечная система :http://www.knigafund.ru/

2. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А.Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384с.

3. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике/ В.А.Ананьев. – СПб.: Речь, 2007. – 320с.

4. Белецкая Э.Н. О роли методики определения уровня психологического климата коллектива в воспитательной работе преподавателей медицинских вузов/ Белецкая Э.Н., Землякова Т.Д. // III міжнародна науково-практична конференція «Наука і освіта». – Дніпропетровськ, 2006. – Т. 5. – С. 52–54.

5. Пахальян В.В. Психопрофилактика в образовании / В.В.Пахальян // Вопросы психологии. – 2002. – № 1. – С. 38–44.

6. Полякова О.Б. Психогигиена и профилактика профессиональных деформаций личности : учебное пособие / О.Б.Полякова. – М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. – 304 с.

7. Сергета І.В. Сучасна психогігієна: проблеми та перспективи розвитку/ І.В.Сергета, О.П.Мостова, Р.В. Теклюк та інш. // Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України. – К., 2011. – С. 177–178.
8. Утлик В.Э. Психологический климат студенческой группы / В.Э.Утлик // Инновации в образовании. – 2010. – № 8. – С. 32–42

ПСИХОЛОГІЧНИЙ МІКРОКЛІМАТ СТУДЕНТСЬКИХ ГРУП МАЙБУТНІХ ПЕДІАТРІВ ЯК ОСНОВА ПСИХОГІГІЄНИ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Землякова Т. Д., Антонова О. В.
кандидати медичних наук, доценти кафедри загальної гігієни
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
м. Дніпропетровськ, Україна

Наукове обґрунтування підходів до збереження і зміцнення здоров'я сучасної учнівської і студентської молоді, дослідження особливостей перебігу процесів їх психічної і психофізіологічної адаптації – одні з найважливіших завдань державної програми «Здоров'я 2020: український вимір» (1, 2, 3).

Науковою основою створення умов для гармонійного формування особистості студентства, розкриття їх можливостей, обумовлення здорового способу життя – є психогігієна педагогічного процесу та розумової праці (5, 11, 12). ЇЇ ціль – забезпечення умов гармонійного розвитку студентів, ефективності їх навчання та профілактика конфліктних ситуацій, «застарілих конфліктів» в студентських колективах (6, 8, 10).

Проблеми психологічного мікроклімату в студентських колективах присвячені роботи, які дали змогу виявити взаємозв'язок між продуктивністю праці груп й особливостями її психологічного клімату (4, 7, 9).

Мета роботи – вивчити та оцінити психологічний мікроклімат студентських груп 3-го курсу спеціальності «педіатрія», встановити істинних (неформальних) лідерів, кількість і характер конфліктів. Об'єкт досліджень – студенти 3 курсу спеціальності «педіатрія». Обстежено 98-99% студентів, що вчаться в групах. Дослідження проводились у 2009 (5 підгруп, 67 студентів) та 2013 роках (6 підгруп, 83 студента). Усього обстежено 150 студентів.

Основа досліджень – соціометричний метод, який передбачає анонімне заповнення анкети, на основі якої складається соціометрична карта для кожної групи (4,5).

Аналіз соціометричної карти групи дозволяє встановити коефіцієнт міжособистної сумісності, який відображає ступінь сумісності як членів групи, так і групи у цілому.

Результати досліджень представлені в таблиці.

Таблиця

Показники психологічної сумісності студентів 3 курсу спеціальності «педіатрія»

Показники	2009 рік	2013 рік	У цілому
Кількість студентів	67	83	150
Індекс сумісності: абс. %	 2,2 74	 1,95 65	 2,07 69
Кількість студентів з індексом 1,5 і менше	6 (9%)	10 (12%)	16 (11%)
Істинний лідер, індекс	2,68 (89%)	2,51 (84%)	2,59 (86,5%)
Співпадання з формальним лідером, його індекс	немає 2,3 (79%)	немає 1,94 (65%)	немає 2,12 (71%)
Кількість конфліктів	22 (33%)	19 (23%)	41 (28%)
Кількість студентів, які мають більше 1 конфлікту	4 (6%)	4 (5%)	8 (5,5%)

Аналіз отриманих даних свідчить, що:

- індекс «дружності» у цілому вищий за середній – 2,07 (69%). В той же час у 2013 році він суттєво нижчий за індекс у 2009 році: 1,95 (65%) проти 2,2 (74%), тобто психологічна сумісність студентів погіршилась;
- за цей час збільшилась і кількість студентів (12% проти 9%), які мають індекс «дружності» нижчий за 1,5%;
- так, якщо у 2009 році і у найдружнішій групі індекс сумісності сягав 2,8 (93%), то у 2013 – усього 2,3 (77%);
- у найменш дружній групі 2009 року індекс сумісності 1,9 (63%), а в 2013р. він становить 1,6 (53%);
- виявлено, що особистості формального лідера (старости) та істинного лідера не співпали в жодній групі ні в 2009, ні в 2013 році, в той же час старости підгруп у 2009 році мали досить високий ступінь психологічного сумісництва – 79%. У 2013 році ступінь психологічного сумісництва старост суттєво знизився – у середньому 65%, а в одній з підгруп староста є аутсайдером: ступінь його сумісництва з членами групи усього 35%, крім того, староста має два конфлікти;
- істинні лідери у середньому мають високу ступінь психологічної сумісності: 89% (2009р.) та 84% (2013р.), у той же час лідери груп стали менш авторитетними.

Цікаві дані отримані стосовно конфліктності обстежених групах:

- кількість конфліктів у середньому становила 28%, в них приймали участь 41 студент: 22 (33%) у 2009 році та 19 (23%) – у 2013 році; кількість студентів, які мають більше 1-го конфлікту майже однакова – 6% (2009р.) та 5% (2013р.);
- важливо, що частота конфліктів і ступінь дружності груп не залежали одна від одної у 2009 році – найбільш дружна група мала 6 конфліктів, а сама недружна – 4 конфлікти; в той же час у 2013 році у самій недружній групі – 14 конфліктів, а в самій дружній конфліктів немає.

Таким чином, методика визначення рівня психологічного сумісництва студентів 3 курсу спеціальності «педіатрія» дозволила встановити:

- ступінь «дружності» груп;
- особистості істинних, неформальних лідерів;
- кількість конфліктів в групах та їх характеристику.

Отримані дані обговорені в групах та в індивідуальних співбесідах зі студентами. Вони демонструють складні процеси психофізіологічної адаптації студентів до умов перебування в колективах (групах) сучасних вищих навчальних закладів, в тому числі медичних. Крім того, результати досліджень можуть бути використані для розробки заходів діагностичного, профілактичного та оздоровчо-корекційного змісту. Так, наші дослідження завершились розробкою методичних вказівок «Аутогенне тренування – активний метод підвищення психологічної працездатності та антистресорних можливостей організму (психогігієнічний варіант для студентів та викладачів)», які активно і успішно впроваджуються у навчальному процесі.

Одним з прикладів практичного використання отриманих результатів стала методична допомога деканатам та кураторам груп, які зможуть застосовувати їх в навчально-виховній роботі. Проведення таких досліджень на першому курсі, після першого семестру допоможе деканатам призначати старостами істинних лідерів. Окрім цього для викладачів-кураторів наявність конфліктів, їх кількість та характер є важливою інформацією для нормалізації психологічного мікроклімату серед студентів в групах.

Література:

1. Александров Ю.И.Психофизиология.-»СПб:Питер», 2004. – 336 с.
2. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. – СПб : Речь, 2007. – 320 с.
3. Асиркіна Г.П. Організаційно-педагогічна структура соціальної адаптації студентів-першокурсників до умов навчання у вищих закладах освіти // Проблеми освіти. – № 44. – 2006. – С. 55–59.
4. Белецкая Є.Н., Землякова Т.Д. О роли методики определения уровня психологического климата коллектива в воспитательной работе преподавателей медицинских вузов // Ш міжнародна науково-практична конференція «Наука і освіта».-Дніпропетровськ, 2006. – Т. 5. – С. 52–54.
5. Воробейник Я.Н., Поклитар Е.А. Основи психогигиены. – К.: Здоровья. – 1989. – 134 с.
6. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие. – СПб : Питер, 2004. – 182 с.
7. Пушкар З., Войтович Г. Соціально-психологічний клімат у колективі та чинники, що впливають на його формування // Українська наука: минуле, сучасне, майбутнє. – 2013. – С. 133–143.
8. Рєзник Т.І. Психологічний зміст труднощів у навчанні студентів-першокурсників //Практична психологія та соціальна робота. – № 1. – 2002. – С. 1–3.

9. Свенцицкий А.Л. Социальная психология управления./ А.Л. Свенцицкий. – Л. : ЛГУ, 1986. – 476 с.

10. Сергета І.В. Гігієнічні основи оцінки процесів перебігу психофізіологічної і психічної адаптації сучасних учнів і студентів/ Довкілля і здоров'я: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Тернопіль, 2011. – С. 115–116.

11. Сучасна психогігієна: проблеми та перспективи розвитку / Сергета І.В., Мостова О.П., Теклюк Р.В. та інш.// Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України. – К., 2011. – С. 177–178.

12. Kretz H. Lebendige Psychohygiene 2000 plus.– Munchen. Eberhard, 2002.– 320p.

ПРОБЛЕМА ЗАБРУДНЕННЯ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА МІСТ ЯК КЛЮЧОВИЙ ЧИННИК ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ

Сурсаєва І. С.
викладач медичної генетики та медичної біології
Орлова В. Ф.
викладач гігієни з основами екології
Вінницького медичного коледжу
м. Вінниця, Україна

В умовах науково-технічного прогресу значно ускладнились взаємовідносини суспільства з природою Людина отримала можливість впливати на хід природніх процесів, підкорила сили природи, почала опановувати майже всі доступні відновні й невідновні природні ресурси, але разом із тим забруднювати і руйнувати. На початок XXI ст. забруднення навколишнього середовища відходами, викидами, стічними водами всіх видів промислового виробництва, сільського господарства, комунального господарства міст набуло глобального характеру і поставило людство на грань екологічної катастрофи. Втручання людини у природні процеси різко зростає і може спричиняти зміну режиму ґрунтових та підземних вод у цілих регіонах, поверхневого стоку, структури ґрунтів, інтенсифікацію ерозійних процесів у атмосфері, гідросфері та літосфері, зміни мікроклімату тощо [3, 75].

У наш час особливо зросло забруднення навколишнього середовища у містах. Відбувається нестримна концентрація людей в містах, з'являються і зростають багатомільйонні міста-мегаполіси, збільшується їхня кількість, розміри та проблеми.

В останні роки особливо гостро постала проблема урбанізації з одночасним збереженням сприятливих природних умов проживання.

Сучасні зміни в природних умовах пов'язані з територіальною організацією виробництва та розвитком урбанізації.

Особливо проблеми збереження належних природних умов загострюються у високо урбанізованих регіонах (Київ, Придніпров'я, Дніпропетровськ, Донецьк та ін.). У таких регіонах рівень забруднення повітря, поверхневих вод і землі перевищує ГДК та можливості їх самоочищення.

Але останнім часом і в середніх та милих містах постерігається процес збільшення населення, що призводить до навантаження навколишнього середовища, збільшення кількості автотранспорту, зменшення кількості зелених насаджень внаслідок забудови міських територій. Це призводить до деградації навколишнього середовища, що негативно впливає на здоров'я населення. Несприятливі екологічні умови є причиною близько 20% прямих захворювань.

Україна належить до країн, що мають високі показники забруднення навколишнього середовища. Так, питома вага забруднених стічних вод у загальному їх обсязі становить в цілому по Україні 28%. Високим є рівень забруднення і атмосферного повітря.

Нині в Україні майже четверта частина шкідливих викидів промислових підприємств не уловлюється і потрапляє в атмосферу без будь-якого очищення [5, 36].

Погіршення стану довкілля у великих містах сприяє виникненню специфічних міських захворювань. Реакція на перевантаження призводить до так званих «хвороб цивілізації». На людину діють фізичні, хімічні, біологічні і психогенні чинники. Особливу увагу привертають неврози невідреагованих емоцій, зокрема негативні емоції, психічне напруження, перевтома. Інтенсивне виділення адреналіну в такому разі призводить до посилення діяльності серцево-судинної системи, зокрема підвищення тиску крові, прискорення її згортання. Нереалізовані катехолазміни під час стресових ситуацій починають справляти гістотоксичну дію. Вони впливають на міокард і гладенькі м'язи судинних стінок і можуть спричинити розвиток мікронекрозів у міокарді та порушення серцевого ритму. Стресові ситуації є причиною виникнення атеросклерозу, гіпертонічної, виразкової хвороби, різних порушень психіки. Соціальні зміни, що їх зумовлюють стреси, можуть бути причиною збільшення загальної захворюваності, смертності, зменшення народжуваності, ендокринних, шлунково-кишкових та інших захворювань. В умовах урбанізованого середовища спостерігається порушення психічного здоров'я тощо [6, 124]. Скупченість населення є причиною психічного дискомфорту. Зростає частота нервово-психічних захворювань, спостерігається зростання злочинності, самогубства, алкоголізму та наркоманії. Унаслідок гіподинамії в людей, що мало рухаються, розвиваються ожиріння, плоскостопість, деформується скелет, викривлюється хребет. Зниження загальної опірності організму призводить до швидкого виникнення захворювань і погіршує перебіг тих захворювань, які вже є.

Значна частина міського населення не дотримується фізіологічного режиму і порушує гігієнічні вимоги. Унаслідок цього спостерігається збільшене вживання снодійних засобів, психостимуляторів, зловживання фармакологічними препаратами. Надмірне вживання лікарських засобів призводить до виникнення невідомих раніше захворювань та зміни клінічної картини вже відомих захворювань. Надмірне вживання антибіотиків сприяє виникненню нових штамів бактерій, що є не лише стійкими до дії даного антибіотика, а й

здатними використати його як субстрат росту. Криза, що охопила соціальну, духовну, економічну й політичну сфери, призводить до виникнення в організмі не тільки патологічних явищ, а й глибоких генетичних змін. Це призводить до різкого збільшення захворювань, передчасного старіння й смерті, народження дітей з вадами розвитку[4, 239].

Забруднення навколишнього середовища в умовах сучасної цивілізації досягло особливо великих масштабів у містах.

Забруднення атмосферного повітря спричинює появу підвищеної кількості запальних захворювань органів дихання, зору, серцево-судинної системи, інфекційних захворювань, раку легенів.

Діти, які мешкають у районах, забруднених атмосферними викидами, мають вади фізичного розвитку, а також функціональні відхилення серцево-судинної і дихальної систем. Рівень захворюваності органів дихання становить у середньому 73,5% від загального показника, 70–80% усіх випадків раку спричинені дією хімічних канцерогенів. Приблизно в 4% новонароджених виявляють вади, що призводять до виражених спадкових захворювань.

Вплив хімічних чинників навколишнього середовища на організм людини значно посилюють фізичні чинники. Вони також вирізняються своєю специфічною дією і набувають дедалі більшого значення. У містах загострюється проблема шуму, вібрації, неіонізуючих та іонізуючих випромінювань. Інтенсивність шуму в містах щорічно збільшується на 0,5—1 дБ, і це є одним із найнесприятливіших чинників, які зумовлюють виникнення шумової хвороби. Вібрація в свою чергу спричинює вібраційну хворобу. Вплив радіоактивного випромінювання на організм людини особливо небезпечний. Гостра біологічна дія радіації виявляється у вигляді променевої хвороби і здатна призвести до смерті.

Хронічна променева хвороба розвивається внаслідок тривалої дії опромінення у відносно малих дозах і характеризується ураженням різних органів і систем. Особливо спостерігаються зміни з боку нервової та серцево-судинної систем. Кількість лейкоцитів і тромбоцитів зменшується, артеріальний тиск знижується. Спостерігаються зрушення ферментної активності. Формується астенічний синдром. Збільшується кількість скарг на швидку втомлюваність, порушення сну, дратівливість, головний біль. Одночасно виявляються зміни в структурі загальної захворюваності і смертності. Чорнобильська катастрофа спричинила також загрозу генетичному здоров’ю нації. Після катастрофи основним радіонуклідом був радіоактивний йод, що акумулюється у щитоподібній залозі. Радіоактивний цезій потрапляє у м’язи. Дуже небезпечний плутоній переходить в америцій і зумовлює тяжке захворювання.

Забруднення води в населених пунктах може призвести до багатьох захворювань. Найбільшою небезпекою поширення захворювань водним шляхом є кишкові інфекційні захворювання, зокрема холера, черевний тиф, паратиф, дизентерія, лептоспіроз, сибірка, туберкульоз.

Неповноцінність мікроелементного складу води може бути причиною зоба, флюорозу, карієсу зубів, що нині досягає серед населення 96%.

Забруднення ґрунту отрутохімікатами, мінеральними добривами, промисловими та господарсько-фекальними відходами призвело до того, що ґрунт

став джерелом захворювання на туберкульоз, бруцельоз, паратифи та інші шлунково-кишкові хвороби, а також гельмінтози.

Забруднення можуть потрапляти з ґрунту в питну воду, харчові продукти і бути причиною різноманітних захворювань, аномалій розвитку, зниження активності імунної системи, зрештою, у вигляді токсичних хімічних речовин з'являтись у материнському молоці.

У ґрунт унаслідок викидів промислових підприємств і відпрацьованих газів автотранспорту можуть потрапляти свинець, сірка, залізо, цинк, марганець, хром, ртуть тощо, які можуть бути причиною різноманітних отруєнь.

Не можна не сказати й про те, що 70—90% забруднень навколишнього середовища надходить в організм із харчовими продуктами.

Забруднення довкілля в містах у підсумку призвело до грубого порушення екологічної рівноваги з її безпосередніми та віддаленими наслідками, міста стали некерованими.

Особливості екологічних умов окремих регіонів повинні враховуватися і при територіальній організації сільськогосподарського виробництва. Це стосується насамперед приміського господарства, оскільки приміські території дуже часто забруднені важкими металами та іншими шкідливими елементами, які потрапляють з продуктами харчування в організм людини.

Важливим напрямом поліпшення екологічної ситуації є обмеження надмірного зростання промисловості та чисельності населення міст.

До основних методів вирішення цих проблем належить побудова сучасної інфраструктури підприємств з урахуванням сучасних світових стандартів (мобільних, технічні потужності яких спрямовані на мінімалізацію впливу на навколишнє середовище), модернізація існуючої інфраструктури та збільшення площ зелених зон міст та приміських територій, для прикладу, за добу легені людини перекачують більше 100 м³ повітря, а одне дерево середньої величини виділяє за добу скільки кисню, скільки потрібно для дихання трьом людям, крони дерев затримують від 21 до 88% пилу та на 19–44%знижується концентрація повітря з патогенним (хвороботворними) бактеріями. Отже листя служить своєрідним фільтром повітря, особливо те, яке має зморшки, ворсинки чи восковий наліт (в'яз, каштан, граб, клен тощо). Максимальна акумулюючи здатність рослинності виявляється в зоні до 100 м місць викиду забруднюючих речовин у навколишнє середовище [3, 58].

Література:

1. Скоробогатий Я.П., Ощаповський В.В., Василенко В.О., Кусковець С.Л. Основи екології:навколишнє середовище і техногенний вплив. Підручник. – «Новий світ-2000» – Львів, 2008. – 222 с.
2. Бебешко П.С. Основи профілактичної медицини: підручник / П.С.Бебешко, Ю.С. Скоробреха, О.П. Коріняк. – К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 184 с.
3. Безручкова С.В. екологія 11 клас. – Х Вид-во «Ранок», 2011. 208 с.
4. Білявський Г.О. Основи екологічних знань: Підручник / Г.О.Білявський, Р.С.Фурдуй, І.Ю.Костиков. – К.: Либідь, 2000. – 336 с.

5. Сухарев С.М., Чундак С.Ю., Сухарева О.Ю. Технологія та охорона навколишнього середовища. Навчальний посібник для студентів ВНЗ. – Львів: «Новий світ-2000», 2004. – 256 с.

6. Сморяр В.І. Фізіологія та гігієна харчування / Сморяр В.І – К.: Здоров'я, 2000. – 336 с.

7. Нікберг І.І., Сергета В.І., Цимбалюк Л.І. Гігієна з основами екології. Підручник. – К.: Здоровя, 2001. – 504 с.

НАПРЯМ 3. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ КУЛЬТУРИ ВІТЧИЗНЯНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Артюх Т. О.
кандидат фармацевтичних наук,
асистент кафедри управління і економіки фармації
Зарічкова М. В.
кандидат фармацевтичних наук, доцент,
доцент кафедри управління і економіки фармації
Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації
Національного фармацевтичного університету
м. Харків, Україна

Організаційна культура (ОК) фармацевтичних закладів (ФЗ) (аптек та їх структурних підрозділів – пунктів) являє собою складне соціальне явище. Аналіз літературних даних показує, що рівень її розвитку за сучасних умов функціонування фармацевтичної галузі є одним з важливих чинників підвищення ефективності праці персоналу ФЗ, і, внаслідок цього, – підвищення їх конкурентоздатності [5–7]. Проте, незважаючи на значну кількість дослідників, які вивчали цей феномен у світовому масштабі (Д. Елдрідж, А. Кромб, Е. Джакус, Е. Шейн, К. Шольц, Д. Олдхем, М.Х. Мескон) [3, 8–9], вітчизняних досліджень цієї тематики досі було недостатньо, щоб охопити весь комплекс чинників зовнішнього і внутрішнього середовища ФЗ України, і. головне – урахувати особливості загальної національної культури і соціально-економічних особливостей середовища, у якому відбувається фармацевтична діяльність, розробити концепції, які б сприяли оптимізації управління фармацевтичною галуззю України [1,4–8,10].

Зважаючи на актуальність зазначеної проблематики, метою наших досліджень було обрано вивчення сучасного стану розвитку ОК ФЗ. У дослідженні біло застосовано сучасні наукові методи аналізу, синтезу, історичного аналізу, соціологічних досліджень та ін. Аналіз джерел вітчизняної та зарубіжної літератури виявив великий різнобій у визначенні самого поняття «організаційна культура». Проте нема сумнівів, що такий феномен існує, тільки щодо нього іще не визначено єдиної трактовки поняття. Зазначається, що значення ОК для забезпечення життєздатності і ефективності організацій значно зростає за умов консолідації та жорсткої конкуренції, які спостерігаються нині в Україні.

Аналіз вітчизняного фармацевтичного сектору показав, що на сьогоднішній день гостро постали питання, пов’язані із чисельністю видів і типів ОК, відсутністю єдиної класифікації, яка б відбивала особливості й характерні риси організацій, що дозволило б адекватно оцінювати досліджувані культури, робити їх порівняльний аналіз, зокрема визначати й порівнювати різні прин-

ципи, концепції, а також розробляти уніфіковані адекватні методи їх удосконалення, розвивати міжкультурні зв'язки.

В результаті наших досліджень було сформовано єдину класифікацію ОК ФЗ, яка базується на класичних основах теорії та психології управління. Ця адаптована класифікація надає можливості керівникам ФЗ визначити тип ОК власного ФЗ, провести аналіз конкретного її стану, якісних характеристик, виявити існуючі проблеми і слабкі місця, причини конфліктів, зазначити наявність чи відсутність співробітництва між структурними підрозділами й відділами ФЗ, аптечної мережі, а також визначити перспективи розвитку ОК, виробити стратегію і тактику внесення позитивних змін.

Зазначена корисність усвідомлення явища ОК керівниками ФЗ і їх персоналом, зокрема той факт, що воно надає спеціалістам фармації відчуття ідентичності, психологічної внутрішньої опори, підтримки, що, в свою чергу, сприяє стабілізації соціальної системи, в якій фахівці перебувають щоденно.

Відмічено, що жоден з досліджуваних типів ОК не має безумовних переваг. Зроблено припущення, що він відображає певний еволюційний етап розвитку міжособистісних стосунків між членами організації та робочими групами у їх складі. Подальший їх розвиток на користь успіху діяльності ВЗ залежить від формування й удосконалення особистісних і групових цінностей у складі їх ОК, як відповідають актуальним вимогам макро– і мікросередовища, а також від культури управління ФЗ.

Висновки: В результаті досліджень було сформовано єдину класифікацію ОК ФЗ, яка базується на класичних основах теорії та психології управління і надає можливість керівникам здійснювати адекватний аналіз стану розвитку їх закладів.

Література:

1. Артюх Т.О. Актуальні питання дослідження організаційної культури фармацевтичних закладів в контексті адаптивного управління персоналом / Т.О. Артюх // Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку: матеріали III науково-практичної конференції 4 листопада 2014 р. – Х. – 2014. – С. 11–13.

2. Мескон М. Основы менеджмента / Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. – Москва:»Вильямс», 2007. – 642 с.

3. Мнушко З. М. Сучасні підходи до адаптивного управління фармацевтичними організаціями / З. М. Мнушко, І. В. Бондарєва // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2009. – № 2. – С. 34–37.

4. Посилкіна О. В. Роль корпоративної культури в управлінні трудовим потенціалом фармацевтичних підприємств / О. В. Посилкіна, Ю. С. Братішко, О. А. Яремчук // Фармацевтичний часопис. – 2008. – № 1. – С. 22–25

5. Пустельнікова О. Г. Формування корпоративної культури на фармацевтичних підприємствах / О. Г. Пустельнікова, Ю. С. Братішко // Актуальні питання створення нових лікарських засобів : тез. доп. : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. студ. та молодих вчених, 17-18 трав. 2007 р. – Х., 2007. – С. 327.

6. Толочко В.М. Актуальные аспекты современного состояния организационной культуры фармацевтических учреждений Украины / В.М. Толочко., Т.А. Артюх // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: Материалы XII Международной конференции 11-12 апреля 2014 г. – Минск: Издательский центр БГУ. – 20143. – С. 96–98.

7. Толочко В.М. Організаційна культура фармацевтичних закладів. Загальні положення: метод. рекоменд. для підготовки та проведення практичних занять з курсу «Управління та економіка фармації» в системі післядипломної освіти спеціалістів фармації ПК «Фармація» МОЗ і АМН України. / В.М.Толочко, Т.О.Артюх. – Х.: Вид-во НФаУ. – 2014. – 44 с.

8. Hunt T., Gaining J.E. Public Relatiom Techniques. – NY.: Harcourt Brace-College Publishers, 1994. – 418p.

9. Ronnerberg F., Ruhl M. Theorie der Public Relations. Ein Entwurf. – Opladen: Westdeutscher Verlag, 1992. – 359 s.

10. Tolochko V. Research of priorities of social protection of population in some countries and possibility of their use in pharmaceutical sector [Online resource] / V. Tolochko, M. Zarichkova, Y. Medvedyeva, K. Tolochko // International journal of pharmaceutical sciences review and research – Volume 18, Issue 1, January – February 2013 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http:// www.globalresearchonline.net/pharmajournal/vol18iss1.aspx.

ФІТОХІМІЧНЕ ВИВЧЕННЯ CARDUUS ACANTHOIDES L., CARDUUS NUTANS L.

Баланчук Т. І.
асистент кафедри фармації
Вінницького національного медичного університету імені Н. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна
Мазулін О. В.
доктор фармацевтичних наук, професор, завідувач кафедри фармакогнозії, фармацевтичної хімії та технології ліків ФПО
Запорізького державного медичного університету
м. Запоріжжя, Україна

Рід будяк (Carduus L.) родини айстрові (Asteraceae) нараховує до 120 видів широко розповсюджених у країнах Європи, Азії, Північній Африці. В Україні по всій території проростає до 30 основних видів [3, с. 349–350]. Серед них найбільш відомими в народній медицині та поширеними є: будяк пониклий (C. nutans L.) та будяк колючий (C. acanthoides L.) Рослини звичайно зустрічаються по обочинах доріг, полів, на сухих пагорбах, пустирях та пасовищах. Мають достатню сировинну базу для заготівлі. Будяк колючий це дворічна прямо спрямована невибаглива рослина з жорстким колючим стеблом, вишиною 120–200 см. Листя членісто роздільні, сіруватого кольору, зубчасті, колючі, осередні. Довжина суттєво зніжується від основи до верхівці.

Квітки пурпурові або біло–рожеві, зібрані в поодинокі корзинки в волохах на верхівці стебла та гілок. Цвіте рослина в червні–серпні. Плід звичайна сім'янка, ребриста, жовте–коричнева, довжиною 8–10 мм, по краю з зубчастим ободком, що закінчується хохолком [2, с. 711]. Будяк пониклий це багаторічна рослина з прямостоячим стеблом, вишиною 90–120 см. Листя численні, перисте надрізані, колючі. Квіткові корзинки дуже колючі, крупні, шароподібні, пониклі, яскраво–пурпурові або рожеві. Вони складаються з трубчатих квитків. Листя сіро–зеленого кольору, зубчасті, колючі. Довжина зніжується від основи до верхівці рослини. Плід звичайна сім'янка, ребриста, жовте–коричнева, довжиною 8–10 мм, по краю з зубчастим ободком, що закінчується хохолком. Цвіте в червні–серпні [1,с. 198]. Хімічний склад рослин є маловивченим. Трава містіть в своєму складі: флавоноїди, гідроксикорічни кислоти, кумарини, органічні та амінокислоти, неорганічні елементи, ефірну олію [4, с. 13]. Настій трави (1:10) в народній медицині використовують як засіб з протизапальною, протипухлинною, протимікробною дією. Відвар коренів (1:10) відомий в якості заспокійливого та протипухлинного засобу [2, с. 711; 4, с. 15]. Нами встановлено склад та кількісний вміст флавоноїдів, гідроксикорічних та амінокислот кислот в траві рослин. Рослинну сировину було заготовлено в 2013–2014 рр. В різних регіонах України. Для аналізу використовували метод ВЕРХ на хроматографе «Agilent Technologies 1100» та ААА Т–339, Чехія. Було встановлено присутність й концентрації флавоноїдів: рутину, цінарозиду, апігеніну, лютеоліну, лютеолін–7–О–β–D–глюкопиранозиду, апігенін–7–О–β–D–глюкопиранозиду, гідроксикорічних кислот: хлорогенової та п–кумаровой. Ідентифіковано та визначено вміст до 16 вільних та зв'язаних амінокислот, з яких 7 є незамінними (лейцин, ізолейцин, метіонін, лізин, треонін, фенілаланін, валін). Дослідженням екстрактів встановлено, що рослинна сировина є перспективною для одержання лікарських засобів гепатопротекторної та протизапальної дії.

Література:

1. Кьосев П. А. Лекарственные растения: самый полный справочник / П. А. Кьосев. М.: Эксмо – Пресс, 2011. – 939 с.

2. Кортиков В.Н. Полная энциклопедия лекарственных растений / В. Н. Кортиков, А. В. Кортиков. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 797 с.

3. Определитель высших растений Украины [Текст] / Д. Н. Доброчаева [и др.] ; под ред. Ю. Н. Прокудина. – К. : Наук. Думка, 1987. – 548 с.

4. Kozyra M. The analysis of flavonoids in the flowering herbs of Carduus acanthoides L. /M. Kozyra, K. Glowinak, M. Roguszewska // Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences. – 2013. – Vol. 26. – № 1. – S. 10–15.

ДО ПИТАННЯ КОНТРОЛЮ ЗА ОБІГОМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ПОТЕНЦІЙНО МОЖУТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИСЬ В НЕМЕДИЧНИХ ЦІЛЯХ

Бобрук В. П.
кандидат медичних наук,
доцент, декан фармацевтичного факультету
Благун О. Д.
старший викладач кафедри фармації
Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Використання лікарських засобів (л/з) з немедичною метою становить важливу соціальну проблему, оскільки тісно пов'язане із звуженням доступу до знеболення і, як наслідок, з погіршенням якості життя хворих [1]. Метою нашої роботи було з'ясування переліку л/з, які користуються попитом наркозалежними особами та застосовуються ними в немедичних цілях, а також обгрунтування необхідності можливостей посилення контролю за порядком відпуску цих л/з.

До кінця 2012 року на фармацевтичному ринку Вінницького регіону відмічені значні обсяги реалізації комбінованих л/з, що містять у своєму складі кодеїн, псевдоефедрин, декстропропоксифен, ефедрин. Відповідно до наказу МОЗ України від 07.09.2012р. № 708 «Про внесення змін до Наказу МОЗ України від 14.05.2003р. № 210» [2] такі л/з (окрім сиропів, які містять в своєму складі ефедрин) вилучені з категорії л/з, які відпускаються без рецептів. Тому обсяги реалізації таких засобів у 2013–2014 рр. у зв'язку із запровадженням рецептурного відпуску значно зменшилися. Зазначимо, що і кількість аптечних закладів, в яких відбувається обіг комбінованих препаратів, до складу яких входять трамадол, ефедрин, псевдоефедрин та декстропропоксифен та які підлягають предметно-кількісному обліку в аптечних підприємствах згідно наказу МОЗ України від 19.07.2005р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення» [3], дуже незначна. Вагома частка таких л/з зникла з роздрібної мережі.

За результатами проведеного анкетування респондентів, які займаються відпуском л/з, встановлений ріст попиту наркозалежними особами на комбіновані л/з, що містять в своєму складі кодеїн та л/з налбуфіну – антагоніста опіоїдних рецепторів. Сьогодні фармацевтичними фахівцями активно дискутується питання щодо співвідношення ризику зловживань кодеїновмісними комбінованими л/з і ризику зменшення доступу пацієнтів, у тому числі хронічно хворих, до таких засобів. У зв'язку з цим піднімаються питання нормативно-правового забезпечення їх обігу [4].

Запровадження предметно-кількісного обліку кодеїновмісних препаратів може призвести до зникнення їх з аптечних полиць (підставою для чого можуть бути побоювання посиленої уваги до аптечних закладів з боку правоохоронних органів) та зменшить доступ хворих на захворювання, що супроводжуються гострим або хронічним больовим синдромом, а також з метою лікування запальних процесів дихальних шляхів. Тому слід шукати шляхи про-

зорого та відповідального використання ліків, а не їх заборони до реалізації, адже це може призвести до суттєвого зниження доступності цих л/з для пацієнтів та погіршення якості життя хворого.

Вважаємо, що посилення контролю за дотриманням правил виписування рецептів з боку органів контролю та з боку аптечних підприємств, а саме – суворе дотримання провізорами правил відпуску відповідних л/з за рецептами лікарів має важливе значення у забезпеченні зменшення ризику зловживань вказаними л/з наркозалежними особами.

У перспективі – запровадження медичного страхування, у свою чергу, дозволить також здійснювати ефективний рецептурний відпуск в аптеках. Певну позитивну роль у вирішенні цього питання можуть відігравати громадські організації.

Введення в законодавчому полі дозволу Державним службам лікарських засобів при областях проведення контрольної закупки при відпуску л/з з аптек може виступити інструментом досягнення консенсусу у вирішенні цього питання.

Література:

1. Порсева Н.Ю. Регламентация отпуска лекарственных препаратов, потенциально используемых в немедицинских целях / Н.Ю. Порсева, О.Н .Дворская // Фармация. – 2013. – № 5. – С. 30–32.

2. Наказ МОЗ України від 07.09.2012 р. № 708 «Про внесення змін до Наказу МОЗ України від 14.05.2003р. № 210»

3. Наказу МОЗ України від 19.07.2005р. №360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення»

4. Предметно-кількісний облік для кодеїновмісних ліків: чи буде поставлена крапка в цьому питанні ? // Аптека. – 2014. – № м43 (964). – С. 14.

ФІТОХІМІЧНЕ ВИВЧЕННЯ ARTEMISIA TAURICA WILLD. ТА ARTEMISIA BALCHANORUM KRASCH

Ведернікова К. В.
асистент кафедри фармації
Кримського державного медичного університету імені С. І. Георгіївського
м. Сімферополь
Гречана О. В.
кандидат фармацевтичних наук,
старший викладач кафедри фармакогнозії, фармакології та ботаніки
Шевченко І. М.
кандидат фармацевтичних наук,
асистент кафедри фармакогнозії, фармакології та ботаніки
Запорізького державного медичного університету
м. Запоріжжя, Україна

Види роду полин (Artemisia L.) родини айстрові (Asteraceae) дуже різноманітні та широко розповсюджені по всій земній кулі. Відомі більш ніж 400 видів, з яких в Україні проростають до 23. Значну цінність для медицини та народного господарства мають ефірноолійні представники роду [1, с. 120–125]. В медичний практиці різних країн їх застосовують як протизапальні, покращуючи травлення, протимікробні, протигельмінтні та ранозагоюючі засоби. Ефірні олії видів роду Artemisia L. мають приємний запах, успішно використовуються в медицині, косметичний та харчовий промисловості [3, с. 44]. Нами проведено фітохімічне вивчення полину таврійського (A. taurica Willd.) та п. лимонного (A. balchanorum Krasch.), які перспективні для заготівлі та вирощування. A. taurica Willd. є напівчагарник вишиною до 70 см з приємним ароматним запахом. Листя довжиною 1,5–2,5 см, двічі або майже тричі– пірсторозсічені. Квітки в типових волотистих суцвіттях, по 6–8 шт. в численних, спрямованих вгору, видовжено–яйцеподібних кошиках, довжиною до 3,5 см. Плоди жовтувато–сірі сім'янки, довжиною до 1 мм. Досить звичайний вид в степу на південному сході України, узбережжю Азовського та Чорного морів. A. balchanorum Krasch. це типовий напівчагарник, вишиною до 50–60 см з приємним цитрусовим запахом. Листя довжиною 3,0–5,0 см, двічі-, тричі– пірсторозсічені, яскраво–зеленого до сизого забарвлення. Суцвіття волотистої форми, що включає велику кількість овально–продовгуватих кошиків довжиною 3–4 мм. Плід рослини – це характерна дрібна сім'янка, довжиною до 2 мм, зі світле–сірим кольором, яйцеподібне–довгастої форми [2, с. 340–341]. Заготівлю ЛРС проводили під час цвітіння (серпень – вересень) в південних регіонах України (2012–2014 рр.). Ефірну олію отримували методом Клевенджера. Хімічний склад визначали методом ГРХ–МС на приладі Agilent Technology 6890N з мас–спектрометричним детектором 5973N. Аналіз флавоноїдів та гідроксикорічних кислот здійснювали методом ВЕРХ на хроматографі Agilent Technologies (модель 1100). Дослідження амінокислотного складу проводили методом ВЕРХ на хроматографі ААА Т–339 (Чехія). Неорганічні елементи визначали методом ААС на прила-

ді спектрограф ДФС–8–3 (з атомізатором ІВС–28). Компонентний склад ефірної олії трави Artemisia taurica Willd. та A. balchanorum Krasch. складав відповідно до 26 та 32 компонентів, флавоноїдів та гідроксикорічних кислот до 7, амінокислот до 16, неорганічних елементів до 17. Встановлено виражену протимікробну дію в відношенні ряду патогенних мікроорганізмів та грибів. Трава полину таврійського та п. лимонного перспективні для отримання лікарських засобів з вираженою протимікробною та протигрибковою дією.

Література:

1. Кьосев П. А. Лекарственные растения: самый полный справочник / П. А. Кьосев. М.: Эксмо – Пресс, 2011. – 939 с.
2. Определитель высших растений Украины [Текст] / Д. Н. Доброчаева [и др.] ; под ред. Ю. Н. Прокудина. – К. : Наук. Думка, 1987. – 548 с.
3. Скринінг фунгістатичної дії ефірних олій деяких представників роду Artemisia L. /О. В. Гречана, О. В. Мазулін, О. М. Светашов, Г. П. Смойловська // Фармацевтичний часопис. – 2008. – Vol. 7. – № 3. – С. 43–46.

ДОТРИМАННЯ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ У РОБОТІ ПРОВІЗОРІВ ТА ФАРМАЦЕВТІВ

Глушко Н. В.
провізор, викладач менеджменту та маркетингу у фармації
Черкасова Н. М.
провізор, викладач фармакогнозії І категорії
Вінницького медичного коледжу імені академіка Д. К. Заболотного
м. Вінниця, Україна

Насамперед хочеться дати визначення етиці і деонтології, але неможливо дати визначення поняттю «**етика**», не згадавши при цьому поняття «**мораль**».

Етика є наукою не тільки нормативною, що визначає, як необхідно вчинити в тому чи іншому випадку, але також і теоретичною, що пояснює природу моралі, складний та суперечливий світ моральних відносин.

Фармацевтична етика: вивчає норми моральної поведінки фармацевтичних працівників при виконанні ними своїх професійних обов'язків по відношенню до:

– суспільства;
– пацієнтів;
– колег;
– медичних працівників;
– медичних та фармацевтичних представників;
– контролюючих органів,

і включає в себе вчення про обов'язок фармацевтичного працівника – **фармацевтичну деонтологію.**

Основними завданнями фармацевтичної деонтології є:

– вивчення принципів поведінки фармацевтичного персоналу, спрямованих на максимальне підвищення ефективності лікування;

– виключення несприятливих факторів у фармацевтичній діяльності;

– вивчення системи взаємовідносин, які встановлюються між фармацевтом і пацієнтом;

– усунення шкідливих наслідків неповноцінної фармацевтичної роботи.

На теоретичному рівні фармацевт і провізор знають професійні етичні критерії та їх застосування в системі охорони здоров'я. Але на практиці вони знаходять інші пріоритети в залежності від економічної вигоди, що змушують їх приховувати недоліки і широко рекламувати ту чи іншу фармацевтичну продукцію.

В аптеку приходять пацієнти, стурбовані своїми проблемами, можливо, з почуттям невпевненості, іноді бояться показатися незрозумілими, схильні до перепадів настрою, тому, в першу чергу, фармацевтичні працівники повинні

поважати людей, приймати їх такими, якими вони є, і прагнути до кожного знайти свій підхід.

Таким чином, успішна робота фармацевтичних працівників та успіх аптеки перебувають у прямій залежності від того, наскільки:

– пацієнт довіряє фармацевту (провізору);

– фармацевтичним працівникам вдається встановити контакти і хороші відносини з пацієнтами;

– вірно і точно вдається відповідати на питання пацієнтів і задовольняти їх потреби в інформації;

– фармацевт вміє спостерігати, ставити цілеспрямовані питання, дотримуватися правил фармацевтичної опіки;

– переконливо аргументувати переваги лікарських засобів та виробів медичного призначення, коли пацієнт стоїть перед питанням вибору;

– ретельно аналізувати потреби пацієнтів.

Основним обов'язком фармацевта є турбота про здоров'я та благополуччя кожного пацієнта і фармацевтичні працівники в першу чергу повинні бути:

– об'єктивними;

– ставити здоров'я і благополуччя пацієнта вище особистих чи фінансових інтересів.

Останніми роками людство переживає справжній «фармацевтичний бум». Здавалося б, чим ширший вибір, тим кращий повинен бути результат. Але, не дивлячись на велику різноманітність, показники смертності і частоти побічних ефектів, пов'язаних із застосуванням ліків, на жаль, з часом тільки зростають. Таким чином, проблема безпеки лікарських засобів залишається актуальною.

Зміни, які відбулися останнім часом у сфері економіки, охорони здоров'я, фармації, інформаційних технологій, а також психології призвели до змін взаємовідносин в системі лікар – пацієнт – фармацевт. З одного боку, лікар, який не встиг, або не захотів опанувати в повному обсязі фармакотерапію, інформацію про всі нові ліки. З іншого боку – пацієнти, вимогливі до свого здоров'я, розчаровані щодо професіоналізму лікарів, насичені відомостями про ліки і не мають зайвого вільного часу, все частіше звертаються по

допомогу і за порадою до фармацевтів, минаючи лікарів. І ця ситуація, яка сформувалася, змінює роль фармацевта, що починає займати ключову позицію в системі відповідального самолікування.

Окрім вказаних аспектів, існує фінансова зацікавленість у роботі фармацевтів, яка не повинна бути єдиним і остаточним критерієм. Одним із завдань фармацевта є вміння запропонувати хворому заміну високовартісного препарату повноцінним за дією, доступнішим за вартістю лікарським засобом.

Тому фармацевти і провізори повинні мати високу кваліфікацію, володіти достатньою культурою обслуговування та певними психологічними навичками, оскільки контингент відвідувачів аптеки досить різноманітний.

Література:

1. Дорофеєва Т.А. Етичний аспект роботи провізорів і фармацевтів / Т.А. Дорофеєва, О.Е. Смирнова, О.Г. Ельяшевич // Фармація. – 1991. – № 1. – С. 52–53.
2. Менеджмент и маркетинг в фармации. 4.1. Менеджмент в фармации: Учебник для студентов вузов / З.Н. Мнушко, Н.М. Дихтярева; Под ред. З.Н. Мнушко // Харьков: Изд-во НФаУ: Золотые страницы. – 2007. – 360 с.

ДО ПИТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ЛІПОСОМАЛЬНИХ ФОРМ

Гордзієвська Н. А., Слюсар О. А.
старші викладачі кафедри фармації
Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Останнім часом в багатьох дослідницьких центрах розгорнутий широкий фронт робіт фундаментального і прикладного характеру, спрямований на всебічне вивчення великої групи природних біологічно активних сполук, що об’єднуються загальною класифікаційною назвою «ліпіди».

Метою нашої роботи стало вивчення літературних джерел, що описують сучасні покоління ліків, в якості ліпосомальних препаратів і сучасні засоби їх одержання та застосування.

Ліпосоми, або ліпідні везикули, є замкнуті бульбашки водного розчину, оточені одним або декількома шарами ліпідів. Уперше на них звернув увагу англійський дослідник Алік Бангем з колегами в 1965 році.

Ліпосоми нагадують мембрани клітин. Їх стали використовувати для вивчення дії на мембрани клітин вітамінів, гормонів, антибіотиків і інших препаратів.

У 1974 році Грегорі Грегоріадіс з Лондону запропонував поміщати всередину ліпосом лікарські препарати для їх транспортування в організмі. Саме це і відкрило нові перспективи їх застосування в медицині як носія ліків.

Ліпосоми можуть бути одношаровими і багатошаровими. Отже, ліпосоми класифікують на три групи: одношарові малі, одношарові великі і багатошарові. Крім того, залежно від складу і шляху попадання в клітину ліпосоми можуть бути розділені на п'ять класів: 1) стандартні ліпосоми, 2) ліпосоми, чутливих до pH, 3) катіонні ліпосоми, 4) ліпосоми з імунними властивостями, 5) тривало циркулюючі ліпосоми.

Для приготування ліпосом використовують фосфоліпіди. Це найбільш прості природні молекули, здатні до формування шаруватих структур (ліпосом). Недолік фосфоліпідів призводить до серйозних змін обміну речовин, і отже, до виснаження, млявості шкіри, порушення її функцій [1].

Завдяки своїм особливим властивостям, фосфоліпіди в організмі можуть виконувати наступні функції: транспортні, регуляторні, імунологічна активність, здатність, до емульгування [7, 8, 9].

У загальному вигляді технологічний процес виробництва ліпосомальних препаратів складається з наступних основних етапів: отримання фосфоліпідів; підбір речовин для їх фіксації у внутрішній об'єм або мембрану ліпосом залежно від їх гідрофільних і гідрофобних властивостей; конструювання ліпосом з іммобілізацією в них лікарських і біологічно активних речовин, контроль формування ліпосом. Визначення кількості іммобілізованних в ліпосомах речовин; стерилізація ліпосом; стабілізація ліпосом; отримання основи для лікувально-косметичних кремів, гелів; приготування готового продукту; стандартизація ліпосомальних препаратів [2, 5].

Схема в цілому досить проста: досить піддати дії ультразвуку з частотою близько 40 кГц суміш ліпідної речовини з розчином ліків – і виходить суспензія, що містить мільярди ліпосом, які служать своєрідними «скафандрами» для крапель ліків. Виявилось, що їх розмір регулювати теж досить просто: чим більше частота ультразвуку – тим дрібніше за ліпосому.

Широке коло стандартних методів розроблених для формування ліпосом і можуть бути розділені на три основних групи: тонко-плівкові методи; методи, засновані на застосуванні розчинників; методи із застосуванням високого тиску. У патентах, як стабілізуюча речовина для ліпосом, міцел або везикул пропонуються полімери: поліетиленгликоль (ПЕГ), полівінілпіролідон, поліоксомери, полісорбат і полівініловий спирт, акриламід [3, 4, 5].

Дуже успішно вони застосовуються і в косметиці. Для косметичних цілей придатні найпростіші ліпосоми, виробництво яких не вимагає складного технологічного устаткування і дорогих вихідних матеріалів.

Окрім вказаних препаратів, вже використовуваних в клінічній практиці, проведений значний об'єм експериментальних досліджень з використанням ліпосомальних лікарських засобів в офтальмології. Однією з головних труднощів, пов'язаних з очними краплями, є те, що лікарські засоби погано проникають в очну тканину, і при цьому час дії вкрай обмежений. В той же час дослідження показали, що позитивно заряджені ліпосоми збільшують час утримання лікарського препарату на рогівці.

Внаслідок огляду літературних джерел проведено підсумок, що в хімічному складі ліпосоми схожі з природними мембранами клітин; ліпосоми – це їх універсальність, що дозволяє переносити широкий спектр медичних

хімічних препаратів; завдяки напівсинтетичній природі можна варіювати їх розміри, фізичні характеристики, склад поверхні. Це дозволяє «доручати» ліпосомам переносити широкий набір фармакологічно активних речовин: протипухлинні і протимікробні препарати, гормони, ферменти, вакцини, а також додаткові джерела енергії для клітини, генетичний матеріал. Ліпосоми порівняно легко руйнуються в організмі, вивільняючи доставлені речовини, не викликають алергічних реакцій [6].

Нині проводяться дослідження по застосуванню ліпосом як наповнювачі в генній терапії.

Отже, Україна є однією з небагатьох країн, активно розробляючих нанобіотехнологію у фармації. Фармацевтичні підприємства України мають реальні плани по розробці і впровадженню ліпосомальних лікарських препаратів різної дії.

Література:

1. Липосомы, содержащие фосфатидилэтанол. Влияние на токсичность и накопление антибиотика в миокарде. Химико-фарм. журнал, 2006, № 3, с. 36–38.
2. Кузякова, Л.М. Конструирование трансдермальных липосомальных препаратов с заданными свойствами / Л.М. Кузякова // Вестник Моск. ун-та. Серия 2, Химия. – 2005. – Т. 46. – № 1. – С. 74–79.
3. Пат. RU 2325165 C1, A61 K31/663 Фармацевтическая композиция для профилактики и лечения резорбции костной ткани различной этиологии, способ ее трансдермальной доставки и способ лечения / Диковский А.В., 2008.
4. Пат. RU 2320323 C1, A61 K8/89 Система доставки биологически активных веществ с помощью ниосом / Базиков И.А., 2007.
5. Патент RU 2303977 C2, A 61 K9/127. Способ получения липосомальных препаратов / Гребенников Е.П., 2006.
6. Дудниченко А.С. Перспективы использования липосомальных форм противоопухолевых препаратов / А.С. Дудниченко //Провизор.–2000. № 19.
7. Перспективы применения липосомальных препаратов в медицинской практике / Н.Б. Бажутин, В.В. Золин, А.А. Колокольцов, С.Н. Таргонский // Terra medica. – 2003. – № 3(31). – С. 3–6.
8. Каплун А.П., Безруков Д.А., Родина А.В. и др. Современная наномедицина // «Наномедицина».Специальный выпуск журнала «Нанотехника»– 2007.– приложение к №9 с. 132-145 .
9. Технологія ліків промислового виробництва: підручник Т38 для студ. вищ. навч. закл.: в 2-х ч./ В. І. Чуєшов, Є.В.Гладух,І.В. Сайко та ін.; – 2-е вид. перероб. і доп.– Х.: НФаУ Оригінал, 2012 – Ч. 2 611– 620,с.:іл.

ПРОБЛЕМА БІОСУМІСНОСТІ РОЗЧИНІВ ДЛЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ ІЗ МЕМБРАНОЮ ОЧЕРЕВИНИ

Гудзь Н. І.
кандидат фармацевтичних наук,
доцент кафедри технології ліків і біофармації
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
м. Львів, Україна
Коритнюк Р. С.
доктор фармацевтичних наук,
професор кафедри фармацевтичної технології і біофармації
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
м. Київ, Україна

Протягом двох останніх десятиріч в Україні спостерігається значне збільшення поширеності й захворюваності на хвороби нирок. Поширення хронічної ниркової недостатності (ХНН) спостерігається переважно серед осіб працездатного віку. ХНН ускладнює і обтяжує перебіг хвороб інших органів та систем, а в багатьох випадках призводить до інвалідності та смерті, рівень яких зростає з роками.

В зв'язку з цим є актуальним дослідження, як зі створення вітчизняних лікарських засобів для лікування термінальної стадії ХНН, так і їх біосумісності з перитонеальною мембраною (ПМ).

В Україні для лікування ХНН використовують перитонеальний діаліз (ПД), користуючись імпортними глюкозо-лактатними і глюкозо-лактатно-гідрокарбонатними розчинами для ПД, що містять глюкозу в різній концентрації. Дослідження проведені з гідрокарбонатними, гідрокарбонатно-лактатними і лактатними перитонеальними діаліз ними розчинами (ПДР) не показують суттєвої переваги перших і других.

Глюкозовмісні розчини для перитонеального діалізу (ПДГ), які швидко абсорбуються в системний кровообіг, реагують з тканинами організму і погіршують залишкову функцію нирок. В умовах ПД ризик утворення та накопичення токсичних речовин може зростати при використанні стандартних глюкозо-лактатних ПДР у зв'язку з постійним перевантаженням глюкозою.

Як свідчать літературні дані ПДР з такими осмотично активними речовинами, як полімери глюкози або амінокислоти, з низьким вмістом глюкози і нейтральним значенням pH, при виготовленні у двох-, трьохкамерних контейнерах наділені кращою біосумісністю. Наприклад, ефекти покращення біосумісності відмічаються у ікодекстрина, а також у нутриніла.

Узагальнивши дані літератури, можна зробити висновок, що біонесумісність ПДР пов'зується з низьким значенням pH, високим вмістом лактат-йонів, глюкози та продуктами її термодеструкції, гіперосмолярністю та іншими показниками.

В зв'язку з цим дослідження по створенню ПДР з підвищеною біосумісністю, дослідження їх фізико-хімічних, біологічних та токсикологічних влас-

тивостей з метою розробки технічної і аналітичної нормативної документації для запровадження у промислове виробництво є надзвичайно актуальними.

Література:

1. Гудзь Н.І., Коритнюк Р.С., Мусянович В.М. Створення вітчизняних розчинів для перитонеального діалізу // Матеріали VI Національного з'їзду фармацевтів України.-Харків, 2005._ С. 422–424.
2. Гудзь Н.І. Застосування розчинів для перитонеального діалізу в медичній практиці // Клінічна фармація. – 2006. – № 2. – С. 19–23.
3. Гудзь Н.І., Коритнюк Р.С., Борисенко Т.А. Технологічні підходи до створення розчинів для перитонеального діалізу // Фармацевтичний журнал. – 2007. – № 5. – С. 84–89.
4. Коритнюк Р.С., Гудзь Н.І., Борисенко Т.А. Основні етапи пошуку оптимального складу розчинів для перитонеального діалізу // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2007. – С. 890–899.

ПЕРСПЕКТИВНІ ЕФІРНООЛІЙНІ ВИДИ РОДУ ACHILLEA L.

Дуюн І. Ф.
провізор аптеки № 7
Смойловська Г. П.
кандидат фармацевтичних наук, старший викладач кафедри фармакогнозії, фармацевтичної хімії та технології ліків ФПО
Мазулін Г. В.
кандидат фармацевтичних наук,
асистент кафедри фармакогнозії, фармакології та ботаніки
Запорізького державного медичного університету
м. Запоріжжя, Україна

Рід деревій (Achillea L.) родини айстрових (Asteraceae L.) відомий своєю розповсюдженістю та морфологічною різноманітністю. На наш часі ідентифіковано понад 200 видів цього роду, що проростають переважно в Північній півкулі [1, с. 37, 3 с. 3–10]. У флорі України на наш час відомі понад 23 видів. В медицині найчастіше використовують фітопрепарати з екстрактами та ефірними оліями рослин для покращення травлення, прискорення загоєння ран, в якості протизапальних засобів, а також зупинення кровотеч різного походження. Значний практичний інтерес викликають Achillea taurica Bieb. (д. кримський), A. collina J. Becker ex Reichenb. (д. пагорбовий). Найчастіше рослини зустрічаються: по луках, пасовищах, степах, узліссях, пустирях, біля доріг сходу та південного сходу України. Деревій кримський це багаторічна трав'яниста рослина з стрижневою кореневою системою, зеленувато–сіра від м'якого опушення (на при кінці вегетації стебла май же голі). Має 4–15 стовбурів, 10–40 см вишиною. Від середини або майже до основи розлого–гілясті, тонкі, округлі з визначеними поглибленнями, часто червонуваті, іноді зі ско-

роченими облиствленими гилками в пазухах гілкових листків. Прикореневі та нижні стовбурові листя черешкові, інші сидячі. Всі листя лінійні або лінійно–подовжені, 1–8 см довжиною, 5–8 мм шириною, перісте розсічені на сегменти, які складаються головним чином з відворотно яйцевидних долів, 2–3 мм довжиною, 0,4–0,7 мм шириною на верхівці голих або з коротеньким загостренням. Нижні дольки зміщені до основи черешка та охоплюють стовбур, відтворюючи вушка. Часто частина верхових листків гребінчасте роздільні з цільними сегментами, іноді зустрічаються цілі листя. Кошики на довгих ніжках, 5–18 мм довжиною, 0,3–0,4 мм товщиною. Складні щитки рихли, 1–2 (3) см в діаметрі, по 10–40 кошиків, розташовані на верхівках гілочок. Загальне квітколоже кошиків плоске або декілька випукле. Обгортки яйцевидне – овальні або полу округлі 3–4 мм довжиною, 3–3,5 см шириною. Листочки їх зеленуваті з виступаючою середньою жилкою, зовнішні загострено–яйцевидні, внутрішні продовгуваті 1,8–3,2 мм довжиною, 1–1,2 мм шириною. Язички крайових квитів напив еліптичні 1,2–1,7 мм довжиною, 1,5–1,8 мм шириною, яскраво–жовті. Сем'янки подовжено–зворотно яйцевидні, 1,3–1,5 мм довжиною, 0,4 мм шириною, буруваті блискучі [2, с. 335, 3, с. 227]. Деревій пагорбовий це багаторічна трав'яниста рослина з повзучим кореневищем. Стовбури прямо спрямовані або ледве від основи спрямовані до гори, 25–60 см вишиною, прості або розгалужені, поодинокі або нечисленні, тонкі борозденькові, звичайно червонуваті, як вся рослина, негусто опушені коротенькими тонкими м'якими прямими або звивистими трахомами. Прикорневі та нижні стовбурові листя черешкові, розміром 6–20 х 0,7–2 см. Пластинки продовгуваті або вузьколанцетні, середні на верхівці сидячі, лінійні або продовгувате–ланцетні, 1,5–7 см довжиною, 0,2–2 см шириною. У основі з вушками, іноді зі скороченими облиствленими гілками в пазухах. Листя тричі перісте розсічені, з обох сторін точкове–ямчасті, сірувато–зелені від опушення. Сегменти листків в обрисі трикутні, яйцевидні, або вузько–ланцетні, 2,2–5 х 1,5–4 мм, впродовж складені. Стрижень листу 0,5–1 мм шириною, майже цілекінцевий. Кінцеві дольки трикутне–ланцетні, яйцевидні, 0,5–1,4 мм довжиною, 0,3–0,7 мм шириною (бокові), на верхівці голі, мозолисті, відтягнуті в щетинкові загострення. Корзинки зібрані в складні щитки 2–8 см в діаметрі. Загальне квітколоже корзинок випукле до конічного. Оберти циліндричні або яйцевидно–циліндричні, 3,3–4,2 х 1,5–2 мм. Листочки обгорток продовгувате – яйцевидні, кілеваті з майже примітною світло – бурою каймою або без неї, 1,4–3,2 х 0,7–1,2 мм. Язички окраїнних квитків майже округлі (довжина менш за ширину або рівна її), не виражено трьох зубчасті або закруглені, 1,2 – 2,2 мм довжиною, 1,3–2,2 мм шириною, частіше біли або блідо–рожеві, рідше рожеві до пурпурових. Семянки подовжено–клиновидні, 1,3–1,7 мм довжиною, 0,5–0,8 мм шириною [3, с. 227]. Для визначення складу та кількісного вмісту компонентів ефірної олії, траву рослин заготовляли під час цвітіння в умовах півдня та південного сходу України (2012–2014 рр.). Для проведення аналізу застосовували метод ГРХ–МС на приладі «Agilent Technology 6890N» з мас–спектрометричним детектором 5973N. Колонка капілярна, кварцова (HP–5MS, l=30 м, d=0,25 мм). Температура термостату 50^0 С у запрограмованому режимі 3^0 С/хв до 220°С (газ – носій – гелій), детектору та випарювачу

250°С. Швидкість потоку газу–носію 1 мл/хв. Ввод проби з поділенням потоку 1/50. В результаті досліджень ідентифіковано основні компоненти та визначено кількісний вміст: α– та β – пінену, лімонену, 1,8 – цинеолу, терпінен–4–олу, α–терпінеолу, β–каріофілену, гермакрену D, каріофілен–α–оксиду, β–евдесмолу, борнезолу, хамазулену та ін. Встановлено присутність та кількісний вміст 16 амінокислот, до 17 неорганічних елементів, вітамінів К та С, дубильних речовин. Екстракти та ефірні олії з досліджуваних рослин перспективні для отримання лікарських засобів протизапальної та ранозагоюючої дії.

Література:

1. Кьосев П. А. Лекарственные растения: самый полный справочник / П. А. Кьосев. М.: Эксмо – Пресс, 2011. – 939 с.

2. Определитель высших растений Украины [Текст] / Д. Н. Доброчаева [и др.] ; под ред. Ю. Н. Прокудина. – К. : Наук. Думка, 1987. – 548 с.

3. Тысячелистники /К. М. Сытник, А. Ф. Андрощук, М. В. Клоков и др. – Киев: Наук. думка, 1984. – 272 с.

ДИНАМІКА ДОСТУПНОСТІ СПОЖИВАННЯ МЕТФОРМІНУ У ПОДІЛЬСЬКОМУ РЕГІОНІ У 2011-2013 РР.

Івко Т. І.
асистент кафедри фармації
Германюк Т. А.
доктор медичних наук, професор кафедри фармації
Вінницького медичного університету імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Оптимізація фармакотерапії цукрового діабету (ЦД) 2 типу є актуальною проблемою, значимість якої обумовлена великою поширеністю, високим відсотком смертності та інвалідності хворих [3, с. 122–127]. Оскільки цукрознижуюча терапія є високовартісною, оцінка її економічної доступності є дуже важливою. На сучасному етапі, лікарським препаратом (ЛП) першої ліній вибору при лікуванні є метформін [2, с. 35–40].

Метою роботи було наукове узагальнення результатів динаміки доступності метформіну для населення у розрізі 2011–2013рр. Завданнями дослідження було розрахунок коефіцієнта ліквідності ціни, коефіцієнта адекватності платоспроможності та показника доступності метформіну.

Методи дослідження. Аналіз пероральних цукрознижуючих лікарських засобів (ПЦЛЗ) з міжнародною непатентованою назвою (МНН) метформін на фармацевтичному ринку проводили за даними прайс-листів ООО «БаДМ» за 2011–2013рр. Для оцінки економічної доступності терапії метформіном було розраховано коефіцієнт ліквідності ціни (Cliq), коефіцієнт адекватності платоспроможності (Ca.s.) та показник доступності ЛЗ (D) [4, с.60-64]. **Коефіцієнт ліквідності ціни** розраховується за формулою $Cliq = (Ц_{max}-Ц_{min})/ Ц_{min}$, де

Cliq – коефіцієнт ліквідності ціни препарату, $Ц_{max}$ – максимальна ціна ЛП за досліджуваний період часу, $Ц_{min}$– мінімальна ціна ЛП за досліджуваний період часу. Коефіцієнт ліквідності відображає стан конкуренції на конкретному сегменті фармацевтичного ринку у визначений період та певною мірою характеризує доступність ЛП. Чим менше коефіцієнт ліквідності, тим менший діапазон коливань вартості ЛП [1, с. 8–11]. **Коефіцієнт адекватності платоспроможності** розраховується за формулою Ca.s = (P/W) x 100%, де Ca.s – коефіцієнт адекватності платоспроможності, P – вартість курсу терапії за досліджуваний період часу, W – середня заробітна плата за досліджуваний період часу. Коефіцієнт адекватності платоспроможності є відносним показником економічної доступності ЛЗ: чим менше значення коефіцієнта адекватності, тим вище доступність ЛП. Для характеристики економічної доступності досліджуваних ЛЗ використовується і **показник доступності D**. Показник доступності розраховується за формулою $D = (I_x \text{ x } Z_{min})/(I_s \text{ x } V_k)$, де I_x – індекс зміни середньої заробітної плати, I_s – зведений індекс цін на ЛЗ за той же період часу, Z_{min} – мінімальна заробітна плата в країні,V_k – прожитковий мінімум. Значення показника доступності ЛЗ в межах одиниці або більше ($D \geq 1$) є задовільним для забезпечення оптимального рівня доступності ЛЗ для населення України. **Результати**. На фармацевтичному ринку асортимент ЛЗ з МНН метформін налічує 8 препаратів, які представлені 33 торговими назвами. Частка закордонних ЛЗ з МНН метформін складає 76%, а вітчизняних – 24%. Для дослідження був відібраний генерик з мінімальною вартістю. Встановлено, що коефіцієнт ліквідності Cliq для ПЦЛЗ з МНН метформін у 2011р. склав 1,38; у 2012р. – 1,6; у 2013р. – 1,93. Це означає, що коливання цін для метформіну у 2011р. склало 138%; у 2012р. – 160%; у 2013р. – 193%. Така динаміка показує збільшення діапазону коливань вартості генериків ЛП з МНН метформін на фармацевтичному ринку в досліджуваний період. Виявлено, що коефіцієнт адекватності платоспроможності Ca.s. ЛП з МНН метформін у 2011р. склав 0,22; у 2012р. – 0,21; у 2013р. – 0,18. Це означає, що доступність ПЦЛЗ з МНН метформін зростала у період 2011-2013років. Встановлено, що показник доступності D для ПЦЛЗ з МНН метформін у 2012р. склав 0,98 та у 2013р. – 1,05, що вказує на випередження темпу росту заробітної плати у порівнянні з темпом росту цін на даний ЛЗ протягом досліджуваного періоду.

Висновки. Для ПЦЛЗ з МНН метформін у досліджуваний період спостерігалось зростання діапазону коливання цін, зростання доступності та було встановлено, що темп росту заробітної плати випереджає темп росту цін на даний ЛЗ.

Література:

1. Адонкіна В. Ю. Оцінка економічної доступності антитромботичної терапії ішемічного інсульту / В. Ю. Адонкіна, О. Я. Міщенко // Клінічна фармація. – 2013. – Т. 17, № 1. – С. 8–11.

2. Амбросова Т.М. Ефективність застосування метформіну при цукровому діабеті 2-го типу: кардіоваскулярні. Протективні та метаолічні ефекти / Амбросова Т.М. // Експерементальна та клінічна медицина. – 2013. – № 3(60). – С. 35–40.

3. Паньків В.І. Ефективність лікування метформіном хворих на цукровий діабет 2-го типу з початковими проявами нефрокардіального синдрому / Паньків В.І., Козловська Х.Ю.//Клінічна та експерементальна патологія. – 2013.– № 1(43). – С. 122–127.

4. Немченко А.С. Наукове узагальнення результатів моніторингу цін та доступності протипухлинних препаратів для лікування раку шлунку та раку прямої кишки / Немченко А.С., Жаркова С.О., Подгайна М.В.// Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012.– № 4(24). – С. 60–64.

ВИВЧЕННЯ РИНКУ СЕДАТИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА

Котельнікова М. Г.
викладач фармакогнозії, провізор, спеціаліст вищої категорії
Криворізького медичного коледжу
м. Кривий Ріг, Дніпропетровська область, Україна

XXI століття – це століття стресів. Поняття «емоційний стрес» означає стан яскраво вираженого психоемоційного переживання людиною життєвих конфліктних ситуацій, які гостро і тривало обмежують задоволення її соціальних, фізіологічних та інших життєвих потреб [2].

Важливу роль у формуванні стресу відіграють особливості середовища, яке оточує людину.

Неврози – межовий нервово-психічний розлад функціонального характеру, має тенденцію до затяжного перебігу. При цьому людина зберігає критичне ставлення до хвороби, не втрачає здатності керувати своєю поведінкою [2].

Психогенним чинником у всіх випадках є конфлікти, дія обставин, які призводять до психологічної травми, або тривале перенапруження емоційної і/чи інтелектуальної сфер психіки.

За даними ВООЗ рівень захворюваності на неврози за останні 65 років виріс більш ніж у 20 разів. Дані епідеміологічних досліджень неврозів свідчать не тільки про велику медичну, але й соціально-економічну значимість цієї проблеми [2].

Для лікування неврозів використовують різні групи фармакологічних препаратів: транквілізатори, атарактики, антифобічні засоби, седативні засоби [1].

Метою нашого дослідження було вивчення ринку седативних засобів рослинного походження, які виробляються на фармацевтичних підприємствах України.

Для реалізації мети нами були вивчені Державний реєстр лікарських засобів України [5], переліки продукції фармацевтичних підприємств України.

За результатами дослідження виявилося, що у Державному реєстрі лікарських засобів зареєстровано 82 седативні лікарські засоби рослинного походження (коди АТС N05C, N05C M), з них 65 – вітчизняного виробництва, що становить 79, 3% від загальної кількості.

Серед виробників лікарських засобів рослинного походження седативної дії можна відмітити ПАТ «Київмедпрепарат» м. Київ, ПАТ «Фармак» м. Київ, ПАТ «Галичфарм» м. Львів, ПАТ «Біолік» м. Ладижин Вінницької області, ПАТ «Хімфармзавод «Червона зірка» м. Харків, ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» м. Київ, ПАТ «Фітофарм» м. Артемівськ Донецької області, ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я» м. Харків, ПАТ «Лубнифарм» м. Лубни Полтавської області, спільне українсько-іспанське підприємство «Сперко Україна» м. Вінниця, ПрАТ «Ліктрави» м. Житомир, ПАТ «Київський вітамінний завод» м. Київ, фармацевтичні фабрики Києва, Запоріжжя, Луганська, Тернополя, Житомира та інших міст України.

Вивчення лікарських форм, у яких випускаються седативні засоби показало, що лікарських засобів у вигляді рідких лікарських форм налічується 30 позицій (46,15% від кількості препаратів вітчизняного виробництва), у вигляді твердих лікарських форм – 20 (30,77%). Лікарських засобів у вигляді лікарської рослинної сировини, зборів та чаїв – 14 позицій (21,54%). Комбіновані препарати становлять 28 штук (43,07%).

Серед лікарських рослин, які входять до седативних лікарських засобів найчастіше зустрічаються: валеріана лікарська (Valeriana officinalis L.), собача кропива серцева (Leonurus cardiaca L.), м'ята перцева (Mentha piperita L.), меліса звичайна (Melissa officinalis L.), хміль звичайний (Humulus lupulus L.), глід криваво-червоний (Crataegus sanguinea Pall.). Також зустрічаються конвалія звичайна (Convallaria majalis L.), звіробій звичайний (Hypericum perforatum L.), сухоцвіт багновий (Gnaphalium uliginosum L.), беладона звичайна (Atropa belladonna L.) та інші рослини.

Лікарські засоби, що містять валеріану становлять 66,15% від загальної кількості вітчизняних засобів седативної дії, лікарські засоби, що містять собачу кропиву – 30,77%, тих, що містять хміль налічується 23,08%, тих, що містять мелісу – 15,38%, м'яту – 24, 62%. Налічується декілька лікарських засобів, які містять екстракти півонії незвичайної (Paeonia anomala L.), шоломниці байкальської (Scutellaria baicalensis Georgi).

Як бачимо, в основному в лікарських засобах використовуються валеріана, собача кропива, м'ята, меліса, глід. Дуже обмежено використовуються звіробій, сухоцвіт (Gnaphalium uliginosum L.), півонія, шоломниця. На жаль зовсім не зустрічаються синюха блакитна (Polemonium coeruleum L.), вахта трилиста (Menyanthes trifoliata L.), пасифлора (Passiflora incarnate L.), які мають виражену седативну дію, не мають серйозних протипоказань і могли б використовуватися для виготовлення лікарських засобів [3, 4].

В результаті дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Фармацевтичні підприємства України пропонують споживачу достатню кількість седативних лікарських засобів рослинного походження.

2. На фармацевтичному ринку представлено різноманітні лікарські форми, що дає змогу вибору.

3. До складу лікарських засобів в основному входять класичні седативні рослини.

4. На ринку представлено не весь спектр рослин, що мають седативну дію.

Висновки, зроблені в ході роботи, ставлять перед фармацевтичною промисловістю нові задачі і можна бути впевненим, що їх вирішення збагатить асортимент продукції седативних лікарських засобів рослинного походження і задовольнить потреби споживача.

Література:

1. Дроговоз С.М., Штриголь С.Ю., Щекина Е.Г. //Фармакология в помощь студенту, провизору и врачу Харьков 2013 ПП «Тітул» –С. 171–180.
2. Кареліна Т.І., Касевич Н.М.// Медсестринство в неврології Київ ВСВ «Медицина» 2010 – с. 181-183.
3. Кобзар А.Я.// Фармакогнозія в медицині Київ «Медицина» 2007 – с. 135, с. 267, с. 279.
4. Ковальов В.М.// Фармакогнозія з основами біохімії рослин Харків «Прапор» Видавництво НФаУ 2000 – с. 523.
5. Державний реєстр лікарських засобів України http://www.drlz.kiev.ua

ФЛАВОНОЇДНИЙ СКЛАД ВИДІВ РОДУ POLYGONUM L.

Лукіна І. А.
старший лаборант кафедри фармакогнозії,
фармацевтичної хімії та технології ліків ФПО
Мазулін О. В.
доктор фармацевтичних наук, професор, завідувач кафедри фармакогнозії,
фармацевтичної хімії та технології ліків ФПО
Запорізького державного медичного університету
м. Запоріжжя, Україна

Одним з важливих направлень фармацевтичної науки є розширення асортименту та пошук нових фітотерапевтичних лікарських засобів. Розв'язати це питання можна лише вивченням перспективних рослин, які широко використовуються у сучасній та народній медицині.

Лікарські рослини відрізняються великою різноманітністю хімічного складу, містять багато десятків речовин первинного та вторинного синтезу, як біологічно активних, так і індиферентних.

Природні флавоноїди є одними з найбільш доступних сполук, оскільки вони широко розповсюдженні серед квіткових рослин та достатньо добре вивчені у хімічному та фармакологічному відношенні. Тому нашу увагу привернув флавоноїдний склад представників видів роду Polygonum L.: гірчак перцевий (Polygonum hydropiper L.), гірчак почечуйний (Polygonum persicaria L.) та гірчак живорідний (Polygonum viviparum L.) [1, с. 124; 3, с. 894].

Рід гірчак (Polygonum L.) походить від слів «polys» – багато і «gony» – коліно, через чисельні вузли на стеблах цих рослин. Він налічується близько 300 видів гірчаків. Вони поширені по всій земній кулі, а саме в Європі (Бельгія, Австрія), Далекому Сході, Скандинавії, Індонезії, Філіпіннах, Африці

(Алжир. Марокко), Австралії, Північній Америці. На території України налічується близько 18 видів [1, с. 124; 2, с. 266].

Нашою метою було визначення суми флавоноїдів в траві видів роду Polygonum L. під час вегетації в умовах України.

Рослинну сировину (траву гірчака перцевого, гірчака почечуйного, гірчака живорідного) було заготовлено в різних регіонах України в період масового цвітіння (червень – вересень 2012-2014 рр.).

Для визначення кількісного вмісту суми флавоноїдів нами розроблена методика прямого спектрофотометричного аналізу. Оскільки спектри поглинання досліджуваних розчинів мали більш близькі максимуми до спектру кверцетину то саме цей флавоноїд був домінуючий в сумі, на нього в подальшому вели перерахунок кількісного вмісту речовин.

Методика визначення: 0,5 г (точна наважка) трави рослини вносили в колбу ємністю 100 мл та екстрагували 96% етиловим спиртом три рази по 30 мл при нагріванні на киплячому водяному огрівнику по 20 хв. Гарячі витяги кожен раз фільтрували в мірну колбу ємністю 100 мл, уникаючи потрапляння сировини на фільтр. Фільтр промивали 10 мл 96% етилового спирту. 5 мл розчину вносили в мірну колбу ємністю 50 мл, об’єм доводили тим самим розчином до позначки та вимірювали оптичну густину отриманого розчину при довжині хвилі 370 нм на спектрофотометрі Specord 200-222U214 в кюветі з товщиною шару 10 мм. В якості розчину порівняння використовували 96% етиловий спирт.

Паралельно визначали оптичну густину робочого стандартного зразку (РСЗ) кверцетину, приготованого аналогічно досліджуваному розчину.

Отримані дані суми біологічно активних флавоноїдів коливались від 5,81±0,29% до 3,77±0,13%. Найбільша сума флавоноїдів спостерігалась у гірчака живорідного 5,81±0,29% та не значно менша кількість була у гірчака почечуйного 5,45±0,27%. Суттєво більш низька концентрації речовин спостерігалась у гірчака перцевого 3,77±0,13%. Такі розбіжності вірогідно обумовлені місцем та умовами зростання рослин. Отже, види роду Polygonum L. перспективні для подальшого дослідження й одержання нових лікарських засобів на їх основі.

Література:

1. Лукина И. А. Изучение флавоноидного состава травы Polygonum hydropiper L. / И. А. Лукина, В. П. Грахов, А. В. Мазулин, Е. К. Еренко, Г. В. Мазулин // Состояние и перспективы оптимизации и эффективности в фармакогнозии, технологии, клинике: Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию кафедры фармакогнозии и фармацевтической технологии Ярославской государственной медицинской академии. − Ярославль: «Индиго», 2014. − 456 с.

2. Parnell A. N. Hybridization between Polygonum mite Schrank, Polygonum minus Huds. and Polygonum hydropiper L. in Northern Ireland with comments on their distinction / A. N. Parnell, D. A. Simpson // Watsonia. − 1988. − №17. − P. 265–272.

3. Xu Yan-li. Simultaneous Quantitative Determination of Viterxin, Quercetin and Quercitrin in Polygonum viviparum in Tibet Plateau by RP-HPLC.// Yan-li Xu, Qi Dong, Feng-zu Hu // Natural Product Research & Development. − 2011, V. 23, № 5. − P. 894.

ДОСЛІДЖЕННЯ НАКОПИЧЕННЯ МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У СУЦВІТТЯХ РОСЛИН РОДУ TAGETES L. В УМОВАХ М. ЗАПОРІЖЖЯ ТА ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

Малюгіна О. О.
здобувач, старший лаборант кафедри фармакогнозії, фармацевтичної хімії та технології ліків ФПО Запорізького державного медичного університету м. Запоріжжя, Україна

Чорнобривці (Tagetes L.) – широко розповсюджений по всьому світу рід родини Айстрові (Asteraceae). До складу роду входять близько 59 видів та більш ніж 600 форм та сортів одно– та багаторічних рослин. Чорнобривці часто застосовуються у традиційній медицині багатьох народів для лікування інфекційних захворювань, захворювань шкіри, шлунково-кишкового тракту, очей та ін. Офіційній медицині чорнобривці відомі як багате джерело лютеїну та ефірної олії [4, с. 103; 5 с. 43].

Увагу наукової спільноти рослини роду чорнобривці привертають багатим хімічним складом. Вони містять каротиноїди, флавоноїди, ефірну олію, органічні кислоти та амінокислоти, дубильні речовини, кумарини та інші біологічно активні сполуки [3, с. 91 ; 4, с. 103; 5 с. 44]. Завдяки вмісту різноманітних біологічно активних речовин, рослини роду Tagetes L. у експериментах виявляють широкий спектр біологічної активності. Встановлено, що вони мають ранозагоювальну, протизапальну, протимікробну, протигрибкову, противірусну, гепатопротекторну, ларвіцидну та аскарицидну, антиоксидантну, адаптогенну дію та є перспективною сировиною для отримання нових лікарських засобів [2, с. 325 ; 3, с. 90; 5 с. 44–47].

Сучасній науці відомо, що є певний зв’язок між накопиченням рослиною певних хімічних елементів та біологічно активних речовин. Наприклад, рослини, що накопичують купрум та манган також зазвичай містять значні кількості флавоноїдів, молібден і вольфрам – сапоніни, манган, молібден і хром – алкалоїди та ін. Макро– та мікроелементи беруть участь майже у всіх процесах у організмі людини, впливають на процеси дихання, обмін речовин, кровообіг, імунну та інші системи, а також на особливості метаболізму лікарських засобів [1, с. 132]. Дослідження накопичення макро– та мікроелементів у суцвіттях роду Tagetes L. дозволяє більш повно оцінити перспективи використання чорнобривців прямостоячих та розлогих у якості лікарської рослинної сировини для отримання фітопрепаратів та біологічно активних домішок.

Метою нашої роботи було вивчення накопичення макро– та мікроелементів у суцвіттях рослин роду Tagetes L.

У якості сировини для дослідження були обрані суцвіття чорнобривців прямостоячих та чорнобривців розлогих, зібрані у період вегетації (червень-вересень) 2012 р. на території м. Запоріжжя та Запорізької обл.

Якісний склад та кількісний вміст макро– та мікроелементів у досліджуваній сировині визначали методом атомно-абсорбційної спектроскопії на базі лабораторії аналітичної хімії функціональних матеріалів та об’єктів навколи-

шнього середовища ДНУ НТК «Інститут монокристалів» НАН України (м. Харків) за допомогою приладу КАС-120, ВО «Электрон». Реєстрацію спектрів проводили на спектрографі ДФС-8, вимірювання інтенсивності ліній у спектрах – на мікрофотометрі МФ-1. Калібрувальні графіки будували за допомогою стандартних розчинів солей металів.

У ході експерименту було визначено, що суцвіття рослин роду Tagetes L. (Tagetes patula L., Tagetes erecta L.) накопичують значні кількості макро– та мікроелементів. Результати наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Вміст макро– та мікроелементів у суцвіттях рослин роду Tagetes L.

Елемент	Добова потреба, мг	Вміст у суцвіттях, мг/100 г	
		T. patula L.	T. erecta L.
Макроелементи			
K	2000-5550	3060	1410
Ca	800-1200	410	750
Mg	300-400	305	425
Na	1100-3300	510	470
P	1200	175	160
Мікроелементи			
Al	2-50	100	190
Cu	1,5-3,0	20	20
Fe	10-15	100	140
Mn	2-5	20	28
Mo	0,075-0,250	<0.02	<0.02
Ni	0,3-0,6	0,2	0.5
Pb	0,1-0,2	0,5	0.3
Si	20-30	815	845
Sr	1	1.0	2.8
Zn	15	20	28

Як видно з отриманих даних, у суцвіттях рослини роду Tagetes L. видів Tagetes patula L. та Tagetes erecta L. накопичуються значні кількості мікро– та мікроелементів. Встановлено, що за кількісним вмістом калію чорнобривці розлогі забезпечують добову потребу дорослої людини у цьому елементі, а чорнобривці прямостоячі забезпечують близько ½ – ¼ добової потреби. Також суцвіття чорнобривців містять значні кількості кальцію (до 750 мг/100 г) і можуть бути використані як сировина для отримання фітопрепаратів та біологічних домішок, що застосовуються при станах, пов’язаних з недостатністю калію в організмі. Такі мікроелементи, як калій, магній, стронцій, нікель, сви-

нець у суцвіття рослин видів T. erecta L., T. patula L. містяться у кількостях, що дорівнюють їх добовій нормі для дорослої людини.

Висновок: Рослини роду Tagetes L. накопичують значні кількості макро– та мікроелементів і є перспективними для подальшого вивчення та отримання комплексних фітопрепаратів та біологічно активних домішок.

Література:

1. Цуркан О. О. Мікро– та макроелементний склад надземних і підземних органів суховершків звичайних (Prunella vulgaris L.) / О. О. Цуркан, О. І. Голембіовська, О. П. Колядич // Запорожский медицинский журнал. – 2012. – 4 (73). – С. 132–134
2. Antinociceptive and Anti-Inflammatory Effects of Solvent Extracts of Tagetes erectus Linn (Asteraceae) / N.V. Shinde, K. G. Kanase, V. C. Shilimkar [et al.] // Tropical Journal of Pharmaceutical Research. – 2009. – 8 (4). – P. 325–329.
3. Kiranmai M. Antibacterial Potential of Different Extracts of Tagetes erecta Linn / M. Kiranmai, M. Ibrahim // International Journal of Pharmacy. – 2012. – 2 (1). – P. 90–96.
4. Phytochemicals and Their Biological Activities of Plants in Tagetes L. / L. Xu, J. Chen, H. Qiet [et al.] // Chinese Herbal Medicines. – 2012. – Vol. 4. – № 2.– P. 103–117.
5. Priyanka D. A Brief Study of Marigold (Tagetes Species): a Review / D. Priyanka, T. Shalini, V. K. Navneet // International Research Journal of Pharmacy. – 2013. – 4 (1). – P. 43–48.

ПЕРСПЕКТИВНІ ВИДИ РОДУ CIRSIUM L. ФЛОРИ УКРАЇНИ

Попова Я. В.
старший лаборант кафедри управління і економіки фармації, медичного та фармацевтичного правознавства

Мазулін О. В.
доктор фармацевтичних наук, професор, завідувач кафедри фармакогнозії, фармацевтичної хімії та технології ліків ФПО

Шевченко І. М.
кандидат фармацевтичних наук, асистент кафедри фармакогнозії, фармакології та ботаніки Запорізького державного медичного університету м. Запоріжжя, Україна

Рід осот (Cirsium L.) род. Айстрові (Asteraceae) включає до 300 видів багаторічних трав'янистих рослин. Вони широко розповсюджені на території країн Європі, Північній Африці, Північній та Центральній Америці. Настої та відвари з трави та коренів використовують в народній медицині багатьох країн в якості засобів протизапальної та протипухлинної дії [1, с. 247–249]. В Україні найбільш відомі осот звичайний (Cirsium vulgare (Savi) Ten.)

та о. польовий (Cirsium arvense (L). Scop.). Проростають як смітники по полях, городах, лісових галявинах, уздовж доріг, у чагарниках. В народній медицині України застосовують в якості протизапального, знеболювального, протиоксидантного та протимікробного засобу. Біологічну дія галенових препаратів та екстрактів пов'язана з присутністю флавоноїдів та гідроксикоричних кислот [3, с. 574]. Осот звичайний це дворічна розвинута рослина, вишиною 70–120 см, з міцним стрижневим коренем та прямостоячим розгалуженим стеблом. Листя жорсткі, виїмчасті, перисте розгалужені, колючі, знизу сірувато–наволочні. Відтворює суцвіття–кошики: колючі, поодинокі, крупні, пурпурові, які складаються з трубчастих квитків. Розмножується насінням та кореневими паростками. Цвіте в червні–серпні. Плід сім'янка, насіння обернено – яйцевидне (2,0–4,0 х 0,6–0,9 х 1,6 мм) [2, с. 351]. Осот польовий це дворічна розвинута рослина, вишиною 90–160 см. Має пряме, розгалужене стебло, вкрите волосками. Листя цілокраї, зубчасті, з міцними колючками по краях, перисторозсичені. Коренева система стрижнева. Розмножується насінням та кореневими паростками. Цвіте в червні – вересні. Відтворює суцвіття – кошики з рожевими квітками. Плід сім'янка, насіння обернено – яйцевидне (2,5–4,5 х 0,7–1,0 х 1,7 мм) [2, с. 352]. Рослинну сировину було заготовлено в різних регіонах України протягом 2012–2014 рр. Визначали склад та вміст флавоноїдів, гідроксикорічних та амінокислот, неорганічних елементів, ефірної олії, вітамінів. При цьому використовували методи: ВЕРХ, ГРХ–МС, спектрометрії. Ідентифікацію та визначення концентрацій флавоноїдів та гідроксикорічних кислот проведено на хроматографічній колонці (l =150 мм), (d = 2,1 мм) з сорбентом «ZORBAX–SB C–18» (d=3,5 мкм). Як рухомі фази застосовували: розчин трифтороцтової кислоти 0,2%, спирт метиловий 100 %, суміш трифтороцтової кислоти 0,2% зі спиртом метиловим 70%. Ідентифіковано та визначено концентрації флавоноїдів: рутину, лінарину, лютеоліну, апігеніну; гідроксикорічних кислот (хлорогенової та кавової). Встановлено присутність та кількісний вміст до 16 вільних та зв'язаних амінокислот, 17 неорганічних елементів, дубильних речовин. Екстракти з трави рослин виявляють виражену протизапальну активність. Види роду Cirsium L. перспективні для подальшого дослідження й одержання нових лікарських засобів.

Література:

1. Кьосев П. А. Лекарственные растения: самый полный справочник / П. А. Кьосев. М.: Эксмо – Пресс, 2011. – 939 с.

2. Определитель высших растений Украины [Текст] / Д. Н. Доброчаева [и др.] ; под ред. Ю. Н. Прокудина. – К. : Наук. Думка, 1987. – 548 с.

3. Nazaruk J. Chemical constituents of chloroform and petroleum extracts from Cirsium palustre flower heads Chemistry of Natural Compounds. /J. Nazaruk, J. Jablonski // Chemistry of natural Compounds. – 2011. – № 4. – S. 573–574.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ГРИБА HERICIUM ERINACEUS В МЕДИЧНІЙ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Саханда І. В.
асистент кафедри аптечної та промислової технології ліків
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Герицій гребінчастий (Hericium erinaceus (Bull.:Fr.) Pers.) відноситься до базидіоміцетів, являється їстівним і широко розповсюджений в Південно-Східній Азії (Китаї та Японії), Європі, Північній Америці. Він належить до екологічної групи дереворуйнівних грибів і викликає білу гниль серцевини дерев. Росте на дубі, клені, платані і деяких інших широколистих породах дерев. Найчастіше зустрічаються на повалених стовбурах дерев та пеньках [3, с. 312].

Гриб у різних країнах світу відомий під різними назвами. В Японії його називають Yamabushitake, тому що по формі цей гриб нагадує одяг Yamabushi – буддистських монахів, які практикують аскетизм в горах. Його також називають Yokotake (гриб п'яниць), Usagitake (кролячий гриб), Harisenbon (повітряна риба) [1, с. 23]. Також даний гриб можна зустріти під назвами: Мавп'яча голова, Лев'яча грива, Голова ведмедя, Борода сатира, Їжовий гриб [1, с. 25].

Плодові тіла герицiя гребінчастого дуже ніжні, м'ясисті, на початку їх формування кораловиднорозділені, які інколи нагадують кольорову капусту. Зрілі плодові тіла округлі чи овальні, до 40 см в діаметрі, складаються зі спускающих каскадом шипів. Плодові тіла білосніжні, іноді з рожевим відтінком, від доторкання і при висушуванні зафарбовуються в коричневий чи жовто-коричневий колір, особливо на верхівці [6, с. 632].

Герицій гребінчастий відомий як делікатесний гриб, що володіє екзотичним смаком (після приготування нагадує смак омарів). Його аромат значно сильніший за аромат багатьох інших відомих їстівних грибів. Герицій добре відомий в Китаї, де він культивується і дуже дорого коштує.

Він володіє не тільки прекрасними смаковими якостями і приємним ароматом, але і лікувальними властивостями: проявляє протипухлинну активність, допомагає при хронічному гастриті, язві і раку шлунка, хронічному бронхіті, застосовується для лікування хвороби Альцгеймера, оскільки володіє здатністю відновлювати роботу нервових клітин [2, с. 320]. В традиційній китайській медицині герицій використовують для лікування внутрішніх органів, гриб стимулює перетравлення їжі, покращує самопочуття та обмін речовин. Традиційні ліки, виготовлені з висушених грибів, називають «хоутон» (нагадує голову маленької мавпочки). [10, с. 78]

За хімічним складом, плодові тіла та міцелій герицiя гребінчастого складаються, в основному, із вуглеводів і протеїнів, крім того містять незначну кількість жирів та мінеральних компонентів. Живильний склад визначають вільні амінокислоти та вуглеводи. Герицій гребінчастий містить вітаміни B_1 і B_2, нікотинову кислоту та ергостерол (провітамін D_2). Широко відомо, що гриби, які містять ергостерол, як у висушеному вигляді, так і у вигляді різних екстрактів, навіть в невеликих дозах, сприяють адсорбції і метаболізму каль-

цію в організмі. Саме тому їх вживання являється прекрасною профілактикою остеопорозу. Відомо, що нуклеотиди і нуклеозиди, які зазвичай містяться в грибах, такі як аденозин і ін., володіють тромболітичною активністю, крім того ці сполуки ефективні при профілактиці інфарктів [8, с. 470].

Найбільш детально вивченням біологічно активних речовин гериція займались японські дослідники Mizuno, Kanayama, Kawagishi і ін. [4, с. 4]. Із плодових тіл цього гриба були виділені та ідентифіковані 3 групи полісахаридів (Табл. 1). Дослідження, проведені на мишах, показали, що всі вони володіють протипухлинною активністю.

Таблиця 1

Протипухлинна активність полісахаридів плодових тіл Hericium erinaceus

Полісахариди	Інгібування пухлини (відносний %)	Збільшення довготривалості життя (%)	Повна регресія пухлини	Смертність
Контроль	0	100	0/9	10/10
ß-глюкоксилан	73,0	186	4/7	1/7
Глюкоксилан-протеїновий комплекс	67,9	181	1/7	1/7
Галаксилоглюкан-протеїновий комплекс	75,9	175	3/7	0/7

При глибинному культивуванні гриба в ферментері з міцелія виділені речовини, які відносяться до групи полікетонів: герицени А, В, С і γ-дигідропірон еринапірон С. Доведено, що герицени пригнічують слабкий цитотоксичний ефект, геринапірон С володіє антимікробною активністю по відношенню до грам-позитивних бактерій.

Зі свіжих плодових тіл, міцелія і культурального середовища гериція ізольовані низькомолекулярні сполуки, що за хімічною природою відносяться до фенолів (полікетонів) – гериценони (А і В) та жирні кислоти (У-А-2). Їх використання дає такий же ефект при лікуванні раку, як і хіміотерапія. Гериценони А і В пригнічують цитотоксичний ефект HeLa S3 клітин. Гериценони С, D, E, F, G, і H індукують синтез фактору росту нервових клітин, що пояснює позитивний ефект застосування препаратів на основі гериція при лікуванні хвороби Альцеймера [7, с. 48].

Глибинно вирощений на рідкому поживному середовищі міцелій, який містить полісахариди та поліпептиди (крилан, глюкоксилан, гетероглюкоксилан та їх протеїнові комплекси) являється прекрасним імуномодулятором, випускається у формі таблеток. Подрібнені сухі плодові тіла в таблетованій формі в Китаї використовують для лікування виразки шлунку, раку шлунку і стравоходу. Практикують водні екстракти з плодових тіл цього гриба, їх також засолюють, наготовлюють вино та вживають як напій, що зміцнює здоров’я і продовжує тривалість життя.

У комерційному масштабі препарати із цього гриба виробляються для лікування ракових захворювань, хронічних бронхітів, використовуються як гепатопротектори і для відновлення нервової системи [5, с. 583].

Лікарські властивості цього виду грибів, в порівнянні з іншими видами лікарських грибів (Ganoderma lucidum, Lentinus edodes та ін.), вивчені недостатньо. Тим не менше, перспективність подальших досліджень у цьому направленні та доцільність виробництва лікарських препаратів і біодобавок із гериція очевидні [2, с 321].

Комерційне виробництво даного гриба обмежене із-за низької врожайності більшості відомих штамів, утворення нестандартних за формою та розміром плодових тіл, а також через плісневу інфекцію, яка являється серйозною проблемою протягом всього періоду плодоношення. Плодові тіла не можуть довго зберігатися, в Україні відсутні стандарти на плодові тіла гериція гребінчастого та їх зберігання.

У Китаї, Японії, США, Німеччині практикуються різні методи культивування гериція гребінчастого: екстенсивний (в природних умовах) та інтенсивний (на штучних субстратах). На Україні гериций практично не культивується [9, с. 142].

Література:

1. Автономова А.В., Леонтьєва М.І., Ісакова Е.Б., та ін. Протипухлинні та антиоксидантні властивості полісахаридних екстрактів і фракцій біомаси базидіоміцети Hericium erinaceus, отриманої шляхом глибинного культивування. / / Біотехнологія, 2008. – № 2. – С. 23–29.
2. Белякова Г.А. Водоросли и грибы: учебник для студ. высш. учеб. заведений – М. : Издательский центр «Академия». 2006. – 320 с.
3. Бисько Н.А., Бухало А.С., Вассер С.П. и др. Высшие сьедобные базидиомицеты в поверхностной и глубинной культуре. – Киев: Наук. думка, 1983. – 312 с.
4. Бухман В.М., Трещаліна Е.М., Краснопільська Л.М. та інші. Отримання і біологічні властивості водних екстрактів і їх композицій з міцелію базидіоміцетів. / / Антибіотики й хіміотерапія, 2007. Т. 52. – № 1–2. – 4 с.
5. Кожемякина Н.В., Гурина С.В., Ананьева Е.П. Условия культивирования, состав и биологическая активность мицелия Flammulina velutipes (Fr.). P. Karst // Прикладная биохимия и микробиология. – 2010. – Т 46, № 5. – 583 с.
6. Пирог Т.П. Загальна мікробіологія: Підручник. – 2-е вид., доп. і перероб – К.: НУХТ, 2010. – 632 с.
7. Соломко Е.Ф., Дудка И.А. Перспективы использования высших базидиомицетов в микробиологической промышленности. М.: Вниисэнти, 1985. – 48 с.
8. A Structure of Fve, a Member of the New Fungal Immunomodulatory Protein Family / P. Paaventhan, J.S. Joseph, S.V. Seow, S. Vaday, H. Robinson, K.Y. Chua, P.R. Kolatkar // Journal of Molecular Biology. – 2003. – Vol. 332. – № 2. – 470 p.
9. Ikekawa T., Maruyama H., Miyano T. Proflamin, a new antitumor agent: preparation, physicochemical properties and antitumor activity / / Japanese journal of cancer research. – 1985. – Vol.76, № 2. – 142 p.
10. Melo M.R. Influence of Hericium erinaceus mycelia culture conditions on antimicrobial metabolite production / M.R. Melo, L.D. Paccola-Meirelles, N.K. Ishikawa, T.J.D. Faria // Mycosci. – 2009. – № 50. – 78 p.

ПІДБІР КОРЕКЦІЇ СМАКУ ДЛЯ РІДКИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ОРАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ У ВИГЛЯДІ СИРОПІВ

Слюсар О. А., Гордзієвська Н. А.
старші викладачі кафедри фармації
Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

До будь-якого лікарського засобу висувається три вимоги: ефективність, безпека, якість. Ці вимоги повинні виконуватися одночасно. Тому до лікарських засобів орального застосування у вигляді сиропів приділяється велика увага їх смаковим властивостям.

У фармацевтичній промисловості як коригенти широко застосовуються речовини, що мають солодкий смак – підсолоджувачі. Їх класифікують за походженням, калорійністю, ступенем солодкості, хімічним складом [1–6]. Найбільш поширеними є традиційні підсолоджувачі як сахароза, глюкоза, фруктоза, сорбіт та інтенсивні – натрію цикламат, сахарин натрію.

Метою досліджень стало теоретичне обґрунтування та експериментальне дослідження підбору допоміжних речовин для корекції смаку в лікарських препаратах у формі сиропів.

Експериментальна частина. У фармацевтичній практиці найбільш поширеним підсолоджувачем є сорбіт, але через низьку солодкість ($К_{сол.}$ – 0,5), він додається до лікарської форми у великій кількості, що викликає певні труднощі у промисловому виробництві.

Узагальнюючи отриманий результат літературного аналізу, можна встановити, що найкращі показники дії на стан людини мають інтенсивні підсолоджувачі – сахарин натрію ($К_{сол.}$ – 450). Його використання в лікарській формі дозволяє створити препарати дешеві, низькокалорійні [1, 2, 3, 6, 7].

Для досліджень в якості дисперсійного середовища лікарського сиропу було запропоновано сорбіт та сахарин натрію, дисперсійної фази – екстракт солодкового кореня сухий.

Сироп сорбіту готували масо – об’ємним методом з використанням КЗО (0,63 мл/г). Проводили розрахунок води очищеної для приготування зразків сиропу різної концентрації (30%; 35%; 40%). Повноту розчинення контролювали візуально при різній температурі розчинення (85°С – 95°С). Загальний смак солодкий.

Сироп сахарину натрію готували аналогічно. Концентрації розчину зразків сиропу становила (0,10 %; 0,15 %; 0,20 %). Температура розчинення (35°С – 60°С). Загальний смак солодкий із слабо кислим присмаком.

Висновок

1. На основі проведених досліджень було обгунтовано вибір допоміжних речовин для корекції смаку рідких лікарських засобів орального застосування у вигляді сиропів. Коригенти повинні мати належні споживчі якості.

2. Сироп із вмістом сахарину натрію в концентрації 0,15% має приємні смакові якості. Розчинення сахарину натрію доцільно проводити при температурі 40°С – 50°С.

3. Концентрація сорбіту в сиропі становить 35 %. Температура розчинення 90°С – 95°С.

4. Складання смакової панелі проводили за методикою Єгорова І.А.

Література:

1. Булдаков А.С. Пищевые добавки: [Справочник] / А.С. Булдаков. – М.: Де Ли-принт, 2003. – 436 с.
2. Багирова В.Л. Современные аспекты использования вспомогательных веществ в технологии лекарственных препаратов / В.Л. Багирова, Н.Б. Демина, А.И. Тенцова // Фарматека. – 1998. – № 6. – С. 34–36.
3. Пищевая химия / Нечаев А.П., Траубенберг С.Е., Кочеткова А.А. и др. / Под ред. А.П. Нечаева. – 2-е. изд., перераб. и испр. – С-Пб: ГИОРД, 2003 – 640 с.
4. Маравина С.В. Корригирование вкуса жидких лекарств / С.В. Маравина // Фармация. – 2001. – № 5. – С. 31.
5. Гетало О.В. Розробка сиропу з магнію хлоридом і вітаміном B_6 / О.В. Гетало, О.О. Ціхоцька, О.О. Салій // Вісник фармації. – 2005. – № 3(43). – С. 59–61.
6. Допоміжні речовини в технології ліків: вплив на технологічні, споживчі, економічні характеристики і терапевтичну ефективність: навч. посіб. для студ. вищ. фармац. навч. закл. / [Перцев І. М., Дмитрієвський Д. І., Рибачук В. Д. та ін.]. – Х.: Золоті сторінки, 2010. – 600 с.
7. Технологія ліків промислового виробництва: підручник Т38 для студ. вищ. навч. закл.: в 2-х ч./ В. І. Чуєшов, Є.В.Гладух,І.В. Сайко та ін.; – 2-е вид. перероб. і доп.– Х.: НФаУ Оригінал, 2012– Ч. 1, 420– 428, с.:іл.

МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ЛЕКАРСТВЕННОГО СЫРЬЯ ТЫСЯЧЕЛИСТНИКА СУБОБЫКНОВЕННОГО

Смойловская Г. П.

кандидат фармацевтических наук, старший преподаватель
кафедры фармакогнозии, фармхимии и технологии лекарств ФПО
Запорожского государственного медицинского университета
г. Запорожье, Украина

В последние годы возрос интерес к фитопрепаратам, которые содержат комплекс биологически активных веществ, обеспечивающих разностороннее действие на организм человека. Наряду с биологически активными компонентами в лекарственные растительные препараты переходит и часть микроэлементов, которые накапливаются в ходе онтогенеза используемого растения [1, с. 149]. Данные экспериментальных исследований подтверждают, что при приготовлении настоев и отваров степень извлечения отдельных элементов водой может достигаться 90–95% [2, с. 105].

Макро– и микроэлементы играют большую роль в жизнедеятельности человека. Они являются структурными элементами тканей, входят в состав

клеточных жидкостей, участвуют в механизме мышечного сокращения и передаче нервных импульсов, в процессах регуляции кислотно-щелочного и водно-солевого баланса. Микроэлементы входят в состав многих важных ферментов. При недостаточном их поступлении в организм происходит снижение активности многих биологических катализаторов [3, с. 33].

Накопление элементов в растительном сырье зависит от состояния атмосферы, гидросферы и литосферы, окружающих растение, концентрации в них микроэлементов, фазы вегетации. Кроме того, способность поглощать и концентрировать химические элементы, связана с видом и морфологической частью лекарственного растения.

В связи с этим актуальной проблемой является исследование состава и накопления макро– и микроэлементов в лекарственном растительном сырье, используемом для производства фитопрепаратов [4, с. 20].

Целью нашей работы являлось изучение состава макро– и микроэлементов в траве тысячелистника субобыкновенного (Achillea submillefolium Klok. et Krytzka).

Заготовка растительного сырья проводилась в период бутонизации растения и период интенсивного цветения, соответствующий периоду максимального накопления биологически активных веществ. Сбор осуществлялся на территории Запорожской области в сухую погоду.

Для определения накопления и идентификации микроэлементов использовали метод атомно-адсорбционной спектрометрии. Точную навеску измельченного сырья (около 5,0 г) помещали в кварцевый тигель, смачивали 5% раствором кислоты серной, высушивали в сушильном шкафу при температуре 105^0С. Образцы озоляли в течении 4 часов, после чего охлаждали и проводили исследование методом ААС. В качестве стандартов использовали растворы солей металлов в 1 М $HN0_3$. Для сравнения готовили не менее трех растворов с диапазоном концентрации, включающим ожидаемое значение концентрации элемента. Повторность определения шестикратная. Определение концентраций (мг/кг) проводили при соответствующей длине волны, (нм): Zn – 213,9; Cd – 228,8; Fe – 248,3; Mn – 279,5; Mg – 285,2; Ca – 422,7; B – 249,7; Al – 309,3; Sn – 286,3; Ni – 232,0; Co – 240,7; Se – 196,0; Ag – 328,1; Mo – 313,3; V – 318,5; Bi – 223,1; Pb – 283,3; Cu – 324,7; Cr – 357,9; Ca – 422,7. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Содержание макро и микроэлементов в траве тысячелистника субобыкновенного, ($\bar{x} \pm \Delta \bar{x}$), μ = 6

	Содержание, мг / г				
Элемент	бутонизация	цветение	Элемент	бутонизация	цветение
Mg	5,00 ± 0,04	3,70 ± 0,03	Al	0,08 ± 0,01	0,90 ± 0,08
Ca	6,70 ± 0,52	8,00 ± 0,80	Mn	0,15 ± 0,01	0,09 ± 0,01
K	24,90 ± 2,24	27,60 ± 2,66	Fe	0,83 ± 0,01	1,10 ± 0,01

Na	0,17 ± 0,01	0,55 ± 0,06	P	1,40 ± 0,11	1,60 ± 0,20
Si	6,65 ± 0,05	7,40 ± 0,07	Zn	0,0025 ± 0,0001	0,070 ± 0,0006
Cu	0,042 ± 0,001	0,007 ± 0,001	Mo	0,0010 ± 0,0002	0,0021 ± 0,0002
Sr	0,025 ± 0,001	0,030 ± 0,003	Ni	0,0010 ± 0,0002	0,0041 ± 0,0002
			Pb	0,0008 ± 0,0001	0,0009 ± 0,0001

Результаты полученных данных свидетельствуют об наибольшей аккумуляции большинства макроэлементов в траве тысячелистника субобыкновенного в период цветения. В максимальных концентрациях присутствовали такие элементы как калий (27,60 ± 2,66 мг/г); кальций (8,00 ± 0,80 мг/г); силиций (7,40 ± 0,07 мг/г), фосфор (1,60 ± 0,20мг/г), феррум (1,10 ± 0,01мг/г); алюминий (0,90 ± 0,08 мг/г).

Содержание неорганических элементов, которые имеют токсическое значение, не превышали гранично допустимых концентраций, установленных санитарными стандартами.

Литература:

1. Андреева В. Ю. Оценка элементного состава некоторых видов лекарственного растительного сырья, произрастающих на территории Томской области и предлагаемых к использованию в кардиологической практике / В. Ю. Андреева, А. С. Ангаскиева // Химия раст. сырья. – 2011. – № 2. – С. 149–151.

2. Протасова Н. А. Микроэлементы, биологическая роль, распределение в почвах, влияние на распространение заболеваний человека и животных / Н. А. Протасова // Соровский образовательный журнал. – 1998. – № 12. – С. 32–37.

3. Ушанов В.М., Исследование влияния компонентов лекарственного растительного сырья на состав получаемых экстрактов / В.М. Ушанов, В.М. Воронин, С.М. Репях // Химия раст. сырья.– 2001.– № 3.– С. 105–110.

4. Шестакова Т.С. Элементный состав травы и экстракционных препаратов очанки / Т. С. Шестакова, В. М. Петриченко, Т. В. Сухонина. – Химико-фармацевтический журнал. – 2008. – Т. 42, № 8. – С. 20–22.

ВИКЛАДКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ПОЛИЦЯХ ЯК ОДИН ІЗ НАПРЯМКІВ УДОСКОНАЛЕННЯ АПТЕЧНОГО НЕЙРОМАРКЕТИНГУ

Унгурян Л. М.
кандидат фармацевтичних наук, доцент,
завідувач циклу організації та економіки фармації
Одеського національного медичного університету
м. Одеса, Україна

Сьогодні, враховуючи ріст аптек з широкою пропозицією лікарських засобів (ЛЗ), важливою умовою їх виживання в умовах жорсткої конкуренції є застосування інноваційних технологій ефективного просування ЛЗ безпосередньо в місцях їх придбання. У зв'язку з цим нейроекономіка та її складова – аптечний нейромаркетинг – визначається як один із пріоритетних інструментів фармацевтичного обслуговування.

Власне фаховий і соціально-етичний аптечний нейромаркетинг на фізіологічному рівні сприйняття та обробки інформації сприяє спрощенню і покращенню помітності, асоціативності та запам'ятовуваності маркетингових стимулів, робить вищою ймовірність прийняття позитивного рішення про покупку безрецептурних ЛЗ, що уможливить створення і підтримання лояльності відвідувачів та позитивного іміджу аптеки, а це, у свою чергу, призведе до збільшення її прибутку.

Метою нашої роботи було проаналізувати стан аптечного нейромаркетингу та опрацювати з погляду соціально відповідальної складової концептуальний підхід до практичного застосування його інструментів.

Викладка ЛЗ в залі обслуговування в абсолютній більшості аптек здійснювалася за фармакотерапевтичними групами. Крім цього близько четвертої частини аптек розміщування ЛЗ акцентували на способі їх застосування, п'ята частина – використання написів на полицях чи вітринах для ЛЗ однотипної дії.

Для інформації про ЛЗ, що відпускаються населенню без рецепта лікаря, можуть бути використані вітрини різного типу. Однак на відміну від «магазинних» технологій оформлення вітрин аптечний візуальний мерчандайзинг має особливості, основними з них є неприпустимість викладки ЛЗ безрецептурного відпуску, що потребують особливих умов зберігання (захист від світла, температурний режим), і неприпустимість роз'єднання первинної та вторинної упаковки ЛЗ для викладки вторинної упаковки на вітрину.

Основні принципи етичної викладки ЛЗ:

1. Розділити безрецептурні ЛЗ на зовнішні і внутрішні. Всередині цих груп ЛЗ необхідно розташувати за фармакотерапевтичною ознакою.

2. Викладка ЛЗ та інших аптечних товарів на вітринах відповідно до симптомів і хвороб, що вказані в Протоколах провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних ЛЗ.

3. Повнота викладки – представлення інформації про повний асортимент безрецептурних ЛЗ та інших аптечних товарів. Якщо викладка упаковок ЛЗ, що вимагає особливих умов зберігання, неможлива, то варто розмістити текстову інформацію про його наявність і ціну.

4. Групування ЛЗ за міжнародною непатентованою назвою, яка дає пацієнту можливість вибору доступного за ціною безрецептурного препарату.

5. Окрема викладка: парфумерно-косметичних засобів за брендами виробників; оптики і супутніх товарів.

6. Функціональні харчові продукти (біологічно-активні добавки) та харчові продукти для спеціального дієтичного споживання (використання) повинні бути розміщені в залі обслуговування на окремому стенді, стелажі, відділі тощо, з обов'язковим зазначенням про те, що вони є спеціальними харчовими продуктами та не зареєстровані як ЛЗ в установленому порядку.

Розрізняють *чотири рівня викладки ЛЗ*:

– рівень капелюхи (вище 1,7 м), забезпечує десяту частину продаж. На нього ставлять фармацевтичні товари, упаковка яких досить приваблива, щоб бути поміченою здалеку (фіточаї, косметика);

– рівень очей (1,1-1,7 м). Є найбільш сприятливим рівнем, так як забезпечує дві п'ятих обсягу продаж. На даному рівні розміщують ЛЗ імпульсного попиту, рентабельні, новинки, відомі, а також з привабливою ціною для відвідувачів аптеки;

– рівень рук (0,6-1,1 м), забезпечує майже третину продаж. На верхньому рівні рук розміщують ЛЗ сезонного і спонтанного попиту, рекламовані фармацевтичні товари; на нижньому рівні рук – всі фармацевтичні товари першої необхідності, додаткові товари, яким важко знайти місце;

– рівень ніг (0,2-0,6 м) рекомендується для об'ємних, громіздких, важких товарів, етикетки на яких краще читаються зверху (вода, підгузники, солі для ванн і т.д.).

Унаслідок проведеного дослідження встановлено недостатній рівень реалізації аптечного нейромаркетингу та необхідність його доопрацювання. Нами уточнені напрямки створення привабливого образу аптек, що стосуються візуального мерчандайзингу.

Література:

1. Громовик Б.П. Нейроекономіка: концептуальні питання та значення для фармації / Б. П. Громовик, Л. М. Унгурян // Одеський медичний журнал.- 2012. – № 1. – С. 12–14.

2. Егорова, С. Н. Леонтьева Ф. Р. Мерчандайзинг в аптеке закрытой формы торговли: Учебно-методическое пособие для системы последипломного образования провизоров / Ф. Р. Леонтьева, Г. С. Яровиков, С. Н. Егорова. – Казань: КГМУ, 2010. – 29 с.

3. Наказ МОЗ України № 590 від 01.12.2004 «Про затвердження опису зовнішнього сигнального покажчика аптечного закладу та його структурного

підрозділу» (редакція від 16.07.2005) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1563-04.

4. Наказ МОЗ України № 875 від 11.10.2013 «Про затвердження протоколів провізора (фармацевта)» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131011_0875.html.

5. Софронова И. В. Использование мерчандайзинга как фактора привлекательности аптеки для потребителя [Электронный ресурс] / И. В. Софронова, З. Н. Мнушко, К. В. Моканов. – Режим доступа: http://www.provisor.com.ua/archive/2005/N22/art_03.php.

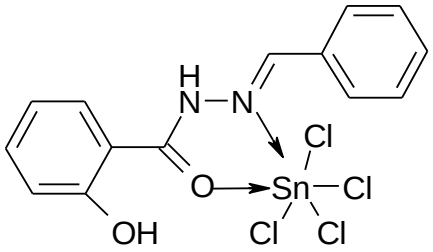
НАПРЯМ 4. МЕДИЧНО-БІОЛОГІЧНІ НАУКИ

АНТИДЕПРЕСИВНА АКТИВНІСТЬ НОВИХ КОМПЛЕКСІВ $SNCL_4$ З САЛІЦИЛОЇЛГІДРАЗОНАМИ БЕНЗАЛЬДЕГІДУ ТА 4-БРОМБЕНЗАЛЬДЕГІДУ ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМУ ВВЕДЕННІ

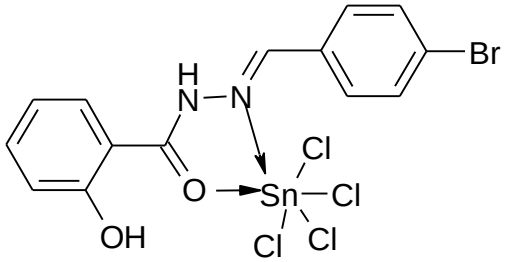
Александрова О. І.
доцент
Кравченко І. А.
професор
Прокопчук О. Г.
аспірант
Шматкова Н. В.
доцент
Сейфуліна І. Й.
професор
Одеського національного університету імені І. І. Мечникова
м. Одеса, Україна

Пошук нових високоефективних лікарських засобів є актуальним завданням сучасної фармакології. Підвищення ефективності фармакотерапії та розширення спектру фармакологічної дії можливо завдяки отриманню нових комплексних сполук [1-3]. Раніше нами було показано, що нові синтезовані комплекси у тому числі саліцилоїлгідразони на основі хлориду олова (IV) виявляють протизапальну активність [4] та антимікробну дію [5].

В експериментальній роботі було вивчено антидепресивну дію комплексних сполук $SnCl_4$ з саліцилоїлгідразонами бензальдегіду та 4-бромбензальдегіду за тестом примусового плавання Порсолту [6]:



2-гідроксібензоїлгідразон бензальдегіду – Комплекс I



2-гідроксібензоїлгідразон 4-бромбензальдегіду – Комплекс II

У дослідах були використані білі безпородні миші, вагою 18 – 22 г, які утримувались в умовах вільного доступу до води та їжі. Тварини поділялись на чотири групи, по 4 тварини у кожній. Перша та друга – групи мишей, яким перорально вводився відповідний розчин комплексів I та II у твині в дозі 40 мг/кг у перерахунку на залишок саліцилової кислоти, відповідно. Третя група

отримала розчин саліцилової кислоти в дозі 40 мг/кг. Четверта група – контрольна, в якій тварини не піддавалися лікуванню. При спостереженні за тваринами визначали час іммобільності, який інтерпретувався як прояв відчаю. Антидепресивна дія визначалась протягом 3 хвилин через 1, 3, 5 та 24 години після перорального введення експериментальних сполук.

Антидепресивна активність сполук оцінювалась за зменшенням часу зависання відносно показників інтактних тварин – контрольних значень. Отримані дані свідчать про те, що у тесті відчаю комплекси I та II достовірно збільшували час активного плавання протягом 24 годин. Найбільша активність дії препаратів спостерігалася через 1-5 годин після перорального введення комплексів. Протягом 5 годин спостерігалося 85-98% антидепресивного ефекту. Через 24 години після перорального введення комплекс I знижував час іммобільності тварин на 64% внаслідок процесів елімінації сполуки з організму тварин, а введення комплексу II знижувало час іммобільності тварин на 96% відносно контрольних значень. У склад досліджених комплексів входить залишок саліцилової кислоти, тому було вивчено антидепресивну дію саліцилової кислоти, яка протягом п’яти годин експерименту також знижувала час іммобільності піддослідних тварин, але її антидепресивна активність поступається дії досліджених сполук майже на 20 %. Через 24 години антидепресивний ефект саліцилової кислоти був відсутній.

Таким чином, пероральне введення 2-гідроксібензоїлгідразон бензальдегіду та 2-гідроксібензоїлгідразон 4-бромбензальдегіду забезпечує антидепресивну активність протягом 24 годин експерименту завдяки повільним процесам виведення, що забезпечується високою ліпофільністю синтезованих сполук. Введення брому до 4 положення бензальдегіду комплексу II призводить до збільшення антидепресивної дії на 24 годину експерименту.

Література:

1. Костров, С.В. Роль координационых соединений металлов в повышении биологической активности лекарственных средств / С.В. Костров, Л.П. Лазурина, О.В. Лосицкая, Д.А. Хапчаева, С.В. Костров, А.П. Чудиновский, М.Т. Шехине // Сб. материалов пятого съезда общества биотехнологов России им. Ю.А. Овчинникова. – М. – 2008. – С. 232–234

2. Костров С.В. Изучение биологической активности некоторых комплексных соединений металлов /С.В. Костров, Л.П. Лазурина, П.В. Калуцкий, О.И. Басарева, Д.А. Хапчаева, Е.М. Букреева, О.С. Лосицкая // Научно-практический журнал «Врач-аспирант», 2010. – № 3.1(40). – С. 129–137.

3. Григорьева А. С. Оптимизация фармакотерапевтической активности биометаллов при комплексообразовании с НПВП / Григорьева А. С. – М. : Академкнига. – 2000 – Т. 2: Микроэлементы в медицине. – 2000. – 352 с.

4. Шматкова Н.В. Комплексы [тетрахлоро-(N-4-R-бензилиден-салицилоилгидразинато– N, O) олова (IV)], где R = OCH3, Br, N(CH3)2) и их противовоспалительная активность / Н.В. Шматкова, И.И. Сейфуллина, А.И. Александрова, А.В. Полищук. // Вісник ОНУ. Хімія.– 2013. – Т. 18 (46)- № 2. – С. 16–24.

5. Шматкова Н. В. Вплив ізонікотиноілгідразона-2-гідроксибензальдегіду та його комплексів на ріст умовно-патогенних бактерій / Н. В. Шматкова, О. Ю. Зінченко, І. Й. Сейфуліна, Т. О. Філіпова, В. С. Подуст // Вісник ОНУ. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 67–73.

6. Porsolt R.D. Behavioral despair in rats: a new model sensitive to antidepressant treatment / R.D. Porsolt, G. Anton, N. Blavet et al. // Europ. J. Pharmacol. – 1978. – V. 47. – P. 379–391.

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРИНЦИПОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ИДЕНТИФИКАЦИИ НЕОПОЗНАННЫХ ТРУПОВ В УСЛОВИЯХ МАССОВОЙ ГИБЕЛИ ЛЮДЕЙ

Варсан Е. Б.
врач судебно-медицинский експерт
отдела судебно-медицинской экспертизы трупов
Областного бюро судебно-медицинской экспертизы
г. Одесса, Украина

Вопреки стремительному развитию и достижениям научно-технического прогресса на современном этапе, направленного, в частности, на создание эффективных условий безопасности человека в процессе его жизнедеятельности, количество чрезвычайных ситуаций (вне зависимости от причин их возникновения − природных, техногенных и биолого-социальных) не уменьшается, а, к великому сожалению, только увеличивается, что уносит за собой жизни миллионов людей во всех странах мира.

При этом, не последнюю роль в возникновении чрезвычайных ситуаций играют техногенные и биолого-социальные источники как таковые.

Один из факторов − постоянное совершенствование производственных мощностей, транспорта, и т.д., что часто влечет за собой и возрастающую опасность таких источников. Другим важным потенциальным фактором, создающим угрозу для возникновения катастроф с массовыми человеческими жертвами, является тенденция к урбанизации и концентрации населения в мегаполисах, что влечет за собой повышение плотности населения, заселяющего города, увеличение площади городов; это приводит к повышенной концентрации факторов риска − скоплению большого количества природного газа, нефтепроводов, электростанций, запасов сильнодействующих, ядовитых, легковоспламеняющихся, горюче-смазочных и взрывчатых веществ.

Наряду с этим, за последние годы стремительно возросло количество конфликтов между государствами, чаще всего, регионального и локального характера, с применением различных видов оружия, террористических актов, поджогов, погромов, массовых беспорядков, что сопровождается массовой гибелью людей; при этом число погибших исчисляется десятками, сотнями, и даже тысячами. Учитывая это, количество неопознанных трупов среди поги-

бших достаточно велико, что обусловлено большой силой и комбинированным действием поражающих факторов при чрезвычайных ситуациях.

В этой связи остро возникает потребность в проведении таких социально важных действий, как установление личности погибших в условиях массовой гибели людей.

Экспертное исследование неопознанных погибших в целях идентификации личности (в том числе, помощь судебно-медицинской службы в процедуре опознания) является одной из основных задач в этих случаях.

Судебно-медицинское установление причины смерти, характера и механизма образования повреждений, давности их причинения и наступления смерти и т.п., имеющее важное значение для реконструкции происшествия в целом, по отношению к конкретному пострадавшему становится значимым лишь после установления его личности.

Единая централизованная межведомственная служба, которая бы занималась вопросами идентификации личности в очагах массовой гибели людей, к сожалению, на данное время в Украине отсутствует. В условиях дефицита времени, привлекаемые к данного рода работе обычные экспертные подразделения и специалисты основных соответствующих ведомств Министерства здравоохранения, Министерства внутренних дел, Министерства обороны, Службы безопасности Украины, как правило, тотчас после трагических происшествий, эффективно между собой не взаимодействуют, хотя такого рода работа и частично освещена в современной судебно-медицинской литературе [1, с. 6–7], [2, с. 11–19].

Реалии рутинной практики в очагах бедствия с массовыми человеческими жертвами, отражают большие трудности, как правило, связанные с отсутствием научно обоснованной организации такого рода работы, показывают острую необходимость наличия спланированного «пошагового» плана действий, мобилизации и организации эффективного производства множественных, зачастую сложных экспертных исследований, в том числе исследований вещественных доказательств, сравнительных анализов биологических образцов, что требует длительных лабораторных методов исследования в судебно-медицинских и криминалистических учреждениях, а также быстрой последующей обработки накапливаемого значительного объема информации для скорейшей идентификации личности погибших.

Таким образом, в первую очередь, отсутствие системного подхода в действиях судебных медиков и недостаточная отлаженность их взаимодействия с правоохранительными органами, отсутствие централизованной межведомственной службы с общей базой данных, служащей целям идентификации личности, безусловно негативно влияют на число неопознанных погибших в сторону их увеличения, и, в конечном итоге, на все результаты расследования случаев массовой гибели людей.

На данном этапе постановки задачи идентификации личности погибших в случаях массовых жертв, нельзя отрицать, что эти явления имеют место и, что, вряд ли, только их можно считать основной проблемой при проведении таких социально важных действий. Следует также отметить, что в целом по стране ежегодно подлежат захоронению в безымянных могилах немалое ко-

личество неопознанных трупов. Несмотря на то, что далеко не все эти показатели связаны с массовыми людскими трагедиями, острота стоящей проблемы от этого не снижается. Такое положение дел выходит за рамки общечеловеческих норм защиты интересов граждан.

В последние годы для решения задач идентификации личности погибших, их фрагментов тела и останков разрабатываются и все шире предлагаются различные лабораторные методы, в том числе с применением компьютерных технологий (регистрация и анализ антропометрических показателей тела, их фрагментов и останков, рентгенологические методы, компьютерная томография, молекулярно-генетический анализ и др.). Несомненно, их разработка и внедрение являются важными и необходимыми. В ряде случаев решение экспертных идентификационных задач без проведения специальных лабораторных исследований невозможно. Вместе с тем, лабораторные методы являются достаточно сложными, требуют значительного времени, трудоемкой подготовки объектов, специальных условий и оборудования и, соответственно, больших материальных затрат. При этом необходимо отметить, что во многих случаях установление личности погибших может достаточно успешно осуществляться с помощью недорогостоящих лабораторных методов, либо вовсе без их применения [3, с. 4–11], [4, с. 31–35], [5, с. 3–18].

Изложенное свидетельствует о важности выработки оптимальных методических подходов и алгоритмов для решения идентификационных задач в случаях чрезвычайных ситуаций, сопровождающихся массовой гибелью людей. В этой связи, накопленный опыт участия в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, сопровождающихся массовой гибелью людей от одного и более повреждающих факторов, позволяет предложить систему научно-организационных (практических) мероприятий для оперативной идентификации личности с минимальными материальными затратами.

Основное содержание этой системы заключается в:

а) мероприятиях по адекватному планированию судебно-медицинских работ в зависимости от вида чрезвычайной ситуации;

б) разработанном и внедренном алгоритме (этапности) действий судебных медиков, начиная с действий в очаге поражения;

в) мероприятиях, направленных на научно организованное взаимодействие с оперативно-следственными работниками.

Одной из успешных попыток применения подобного подхода явилась чрезвычайная ситуация с массовыми человеческими жертвами, имевшая место 02 мая 2014 года в г. Одессе. В этом случае, благодаря слаженным действиям, в первую очередь, начальника Одесского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, а во вторую − коллектива отдела судебной медицинской экспертизы трупов и специалистов правоохранительных органов соответствующих ведомственных учреждений, удалось добиться быстрой идентификации личности погибших с помощью оптимальных материальных затрат (в ходе осмотра трупа и осмотра места происшествия и трупа − 15,2%, после экспертного исследования трупа и вещественных доказательств − 80,4%, после молекулярно-генетического исследования − 2,2%, на данном

этапе в процессе идентификации путем молекулярно-генетического исследования еще находится биоматериал от одного трупа, что составляет − 2,2%).

Все изложенное подчеркивает необходимость дальнейшей научной разработки оптимального алгоритма работы как экспертов, так и сотрудников правоохранительных органов, направленного на создание условий для эффективной идентификации тел погибших в условиях массовой гибели людей.

Литература:

1. Мамыкин В.И. Готовность органов управления, сил и средств службы медицины катастроф к ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций / И.В. Мамыкин // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск, 2007. − № 81. − С. 6–7.

2. Чернышов А.П., Авдеев А.И., Нестеров А.В. и др. Организационно-методические аспекты работы судебно-медицинской службы в условиях чрезвычайной ситуации и принципы ее взаимодействия с другими службами и ведомствами / А.П. Чернышов, А.И. Авдеев, А.В. Нестеров и др. // Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Хабаровск, 2007. − № 81. − С. 11–19.

3. Звягин В.Н., Галицкая О.И., Негашева М.А. Биометрическая сортировка трупов, разрушенных в очаге катастрофы, по признакам пола, продольным, обхватным размерам и степени подкожных жироотложений / В.Н. Звягин, О.И. Галицкая, М.А. Негашева // Судебно-медицинская экспертиза. Москва, 2012. − № 3. − С. 4–11.

4. Корниенко И.В., Колкутин В.В., Волков А.В. Молекулярно-генетическая идентификация заложников, погибших в результате террористического акта 1-3 сентября 2004 г. в Беслане. / И.В. Корниенко, В.В. Колкутин, А.В. Волко // Судебно-медицинская экспертиза. Москва, 2006. − № 5. − С. 31–35.

5. Ляненко В.А. Идентификация личности фрагментированных трупов в случаях чрезвычайных происшествий с многочисленными человеческими жертвами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.24 «Судебная медицина» / Ляненко Владимир Анатольевич ; Военная медицинская академия им. С.М. Кирова. Москва, 2007. − 21 с.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ НЕВРОТИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА ТЕСТОМ Л. СОНДИ

Гайворонский А. Н.
студент
Савицкий И. В.
доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой общей и клинической патологической физиологии
Быльский Д. В.
ассистент кафедры общей и клинической патологической физиологии
Ягодка А. А.
студентка
Тюпа В. В.
студент
Одесского национального медицинского университета
г. Одесса, Украина

Сложности современной классификации и диагностики неврозов связаны с тем, что до сих пор не существует чётких объективных критериев, по которым можно было-бы с достаточной долей достоверности установить диагноз невротического расстройства и провести дифференцированный диагноз его нозологической формы. Даже наиболее современные методы диагностического исследования, такие как компьютерная томография (КТ), ядерно-магнитно-резонансная томография ЯМРТ, электроэнцефалография (ЭЭГ), эхоэнцефалоскопия (ЭхоЭС), реоэнцефалография (РЭГ) не выявляют каких бы то ни было изменений, которые могли бы послужить диагностическими критериями. Это ещё раз подтверждает функциональность изменений и требует применения функциональных методов исследований.

На наш взгляд, с точки зрения патофизиологии можно рассматривать неврозы, как способность психики создавать защитные функциональные системы, направленные на снижение высокого уровня непродуктивного нервно-психического напряжения в ответ на угрозу целостности личностной структуры из-за возникающего невротического конфликта. Формирование невротического конфликта, а в дальнейшем и его разрешение конфликта тесно связано с состоянием защитных механизмов личности. Глубина и психодинамика невротического конфликта зависит от взаимодействия трёх его основных компонентов:

1. Особенностей ВНД (высшей нервной деятельности) и структуры личности, которые определяют особенности реакции на психическую травму.
2. Особенностей и структуры психологических защит.
3. Силы и личностной значимости самого психотравмирующего агента.

На сегодняшний день единственным диагностическим инструментом, который позволяет раскрыть сущность невротического конфликта, является проективный диагностический инструментарий, из которого на наш взгляд наиболее информативным является тест Сонди [5, 7].

Патофизиологическая психодинамика, выявляемая данным тестом заключается в следующем. В общем онтогенетическом развитии принимают участие 2 основных инстинкта – продолжения рода и самосохранения. Энергетическим наполнением этих инстинктов служат влечения, которые имеют определённую парциальность и требуют периодических циклов зарядки-разрядки. Структура влечений описана Л. Сонди [5], но современно – научное описание получила в работах Л.Н. Собчик [7]. Структура влечений Л. Сонди, цитируемая по Л.Н. Собчик следующая [7]:

h – потребность в развитии дифференцированой-недифференцированной сексуальности (влечение к жизни потребность в любви),

s – потребность в развитии садио-мазохистических тенденций (активность-пассивность) (потребность в разрушении-саморазрушении),

e – потребность в соблюдении-отрицании этических норм,

hy – потребность в соблюдении-отрицании моральных норм,

k – потребность в эгоцентризме-аутизме (брать-отдавать),

p – потребность в расширении-отказе од духовного развития,

d – потребность в поиске питания объектов секс влечения, привязанности.

m – потребность в сохранении объектов и привязанностей

группируясь попарно эти влечения образуют 4 поведенческих вектора:

S – сексуально-гуманистический

P – вектор скрытности-демонстративности

Sch – Я-влечения

C – контактного влечения

Исходя из теории влечений Л. Сонди [5] и теории ведущих коммуникативных тенденций Л.Н. Собчик [7], а так же их современного понимания побудительную сторону личности можно описать особенностями комбинации перечисленных влечений каждой личности и их трансформациями при взаимодействии с интериоризированными социальными нормами, установками и психологическими защитами личности в индивидуально специфическую (типологическую) структуру личности, которая в свою очередь определяет преморбинную нозологию возможного невротического расстройства.

Исходно влечения имеют дуальную недифференцированную природу (±) и развиваясь вместе с личностью в специфической социальной среде, в зависимости от «силы сопротивления» влечению могут претерпевать определённые трансформации, о которых указывал ещё З.Фрейд [8]: превращение в противоположное; обращение на собственную личность; вытеснение; сублимирование.

Литература:

1. Беллак, Л. Эбт, Л. и др. Проективная психология: Пер. с англ. – 2-е изд. – М. Психотерапия, 2010 – 416 с.

2. Бройтигам В., Кристиан П.. Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. /Пер с нем.– М.:ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

3. Бурлачук, Л.Ф. Введение в проективную психологию. – Киев, Издательство «Ника-Центр» 1997 – 128 с.

4. Обуховский К. Галактик потребностей. Психология влечений человека. – С-Пб.:, Речь; 2003. – 296 с.
5. Сонди Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений. – М.: Когито-Центр, 2005. – 557 с.
6. Сонди Л. Судьбоанализ. – М.: Три квадрата, 2007. – 474 с.
7. Собчик Л.Н., Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – С-Пб.:, Речь; 2008. – 624 с.
8. Фрейд З. Влечения и их судьба. – М.: ЭКСМО– пресс 1999. – 432 с.

СИНДРОМ ЛЕМЬЕРА – ПРОГНОЗ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Гужва А. А.
студентка
Харковского национального медицинского университета
г. Харьков, Украина

Синдром Лемьера (СЛ), известный также как некробациллез или постангинальный сепсис, был впервые описан Cade, Goodman, Mosher и Scottmuller в начале XX века [1]. Его распространенность составляет приблизительно 1 случай на 1 млн населения в год [2]. В литературе описано несколько сотен случаев заболевания [2].

К основным ведудущим симптомам заболевания относят тромбоз яремной вены (ТЯВ) и метастатические очаги, в частности, септическая легочная эмболия (ЛЭ). Существует мнение, что хроническая венозная недостаточность у взрослых может являться следствием тромбоза, перенесенного в детском возрасте. В то же время отсутствуют сведения об исходах венозных тромбоэмболий (ВТЭ) у детей, в том числе в результате ТЯВ или синдрома Лемьера. В связи с этим американскими учеными было проведено когортное исследование с целью изучения исходов ВТЭ при СЛ. Было обследовано 9 детей. Средний возраст детей (4 мальчика и 5 девочек) был 15 (2,5–20) лет. В 7 случаях ТЯВ локализовался слева, 5 (56%) – полная окклюзия сосуда. У 5 (56%) больных имела место септическая ЛЭ. Наличие тромбофилии диагностировали у всех 7 (100%) обследованных детей. Комбинированная тромбофилия имела место у 3 (43%) детей [1].

Наиболее частым микроорганизмом, который выделялся у пациентов с СЛ (исходный материал – кровь), была анаэробная грамотрицательная палочка Fusobacterium necrophorum. При бактериологическом исследовании F. necrophorum была выделена у 71,2% пациентов. В 10,1% случаев F. necrophorum выделялась в ассоциации с другими видами *Fusobacterium*, а также *Bacteroides* spp., *Streptococcus* spp., *Lactobacillus* spp. У 5,5% пациентов с синдромом Лемьера были выделены другие микроорганизмы. В 12,8% случаев возбудитель не был установлен[5]. Также известно о двух случаях синдрома Лемьера, которые были обусловлены стрептококком группы А (S. Pyogenus) [3], [4].

В связи с вышеизложенным, СЛ – неотложное состояние у детей, сопровождающиеся тяжелыми острыми (септическая ЛЭ) и хроническими (персистирующая сосудистая окклюзия) осложнениями. Отдаленные последствия заболевания характеризуются длительным сохранением локальных тромбов. Посттромботический синдром является возможным неблагоприятным отдаленным последствием тромбоза в детском возрасте. Большое значение имеет выявление флебита методом визуализации.

В доантибиотическую эру синдром Лемьера приводил к летальному исходу, смертность при нем достигала 90% [5]. С началом антибиотикотерапии (АБ) хотя и реже, но все же продолжает встречаться у детей и взрослых. Так как заболевание встречается довольно редко, характерна поздняя диагностика, что обусловлено нетипичными проявлениями заболевания.

Парентеральная терапия проводится в течение 6 нед. с учетом чувствительности микроорганизмов (наиболее часто применялось антибактериальное средство клиндамицин). Антикоагулянтная терапия (АКТ) была назначена 8 (89%) больным. Летальных случаев и рецидивов в виде ВТЭ или АКТ-ассоциированных кровотечений среди обследованых пациентов отмечено не было. Контрольное рентгенологическое обследование подтвердило отсутствие случаев прогрессирования ТЯВ. Полное лизирование тромбов у 4 больных произошло в сроки от 3 до 6 мес. (стандартная продолжительность АКТ при детских тромбозах). В противоположность этому у 4 (44%) детей был отмечен персистирующий тромбоз, у 4 (80%) из 5 больных с полной сосудистой окклюзией, 1 больной из которых не получал АКТ. У 2-х детей с персистирующим тромбозом при контрольном рентгенологическом обследовании через 1 год обнаружено наличие неизмененных тромбов[1].

Таким образом можно говорить о том, что раннее распознавание, антибактериальная терапия, дополненная использованием антикоагулянтов и хирургическим вмешательством, обеспечивают благоприятный исход данного заболевания.

Литература:

1. Goldenberg. N. Lemierre’s and Lemierre’s like syndromes in children: survival and thromboembolic outcomes / Goldenberg N., Knapp Clevenger R., Hays T., Manco Johnson M. // Pediatrics. – 2005. – № 116. – P. 543–545.

2. Shah. S. Lemierre’s syndrome: a forgotten complication of oropharyngeal infection / Shah S., Ghani R. // J Ayub Med Coll Abottabad. – 2005. – № 17. – P. 30–33.

3. Wilson P. Lemierre syndrome caused by Streptococcus pyogenes / Wilson P., Tierney L. // Clin Infect Dis. – 2005. – № 41. – P. 1208–1209.

4. Anton E. Lemierre syndrome caused by Streptococcus pyogenes in an elderly man / Anton E. // Lancet Infect Dis. – 2007. – № 7. – P. 233

5. Giridharan W. Complicated otitis media caused by Fusobacterium necrophorum / Giridharan W., De S., Osman E.Z., Amma L., Hughes J., McCormick M.S. // Otology. – 2004. – № 118. – P. 50–53.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ HEPPAR-1 И АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА В ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

Туманский В. А.
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой патологической анатомии и судебной медицины
Зубко М. Д.
ассистент кафедры патологической анатомии и судебной медицины
Запорожского государственного медицинского университета
г. Запорожье, Украина

Гепатоцеллюлярный и холангиоцеллюлярный рак рак печени отличаются быстрым прогрессированием и низкими показателями продолжительности жизни больных [1], среди них наиболее агрессивной является гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) [2]. Основным методом дифференциальной диагностики ГЦК холангиоцеллюлярной карциномы (ХЦК) является патоморфологический анализ и иммуногистохимические (ИГХ) исследования гепатобиоптатов [3]. Чаще всего для дифференциальной ИГХ диагностики ГЦК и ХЦК используют Hepatocyte Specific Antigen (HepPar 1), α-фетопротеин (AFP), карциноэмбриональный антиген (CEA), CD10 glypican-3 [4], Однако, по мнению разных исследователей интенсивность экспрессии HepPar 1 и AFP в ГЦК и ХЦК печени неоднородна [5-8], что не позволяет рекомендовать какой-либо из этих маркеров в качестве универсального дифференциально-диагностического параметра определенного первичного рака печени.

Цель работы – иммуногистохимическое определение уровня экспрессии маркеров HepPar-1 и AFP клетками ГЦК, а также площади иммунопозитивных клеток в опухоли. Проведено патогистологическое, гистохимическое и иммуногистохимическое исследование чрезкожных трепанобиоптатов печени 53 пациентов 26-73 лет, больных гепатоцеллюлярной карциномой. Уровни экспрессии HepPar-1, AFP и площадь иммунопозитивных клеток оценивали методом фотоцифровой морфометрии с использованием программы Image J [Rasband W.S. (1997-2012)]. В результате проведенных исследований установлено, что в ГЦК у 92,45% больных выявляется цитоплазматическая экспрессия HepPar-1 опухолевыми клетками, занимающими 49,35±25,45% площади опухоли. У 81,13% больных ГЦК карциномой в злокачественных клетках определяется цитоплазматическая и ядерная экспрессия α-фетопротеина, плошадь AFP-иммунопозитивных клеток в ГЦК печени в среднем составляет 37,25±15,47%. Уровень экспрессии HepPar-1и AFP в ГЦК колебался от высокого до низкого. У больных гепатоцеллюлярной карциномой наблюдается прямая слабая корреляционная связь между уровнями экспрессии клетками опухоли AFP и HepPar-1 (коэффициент Пирсона r = +0,25).

Заключение. Полученные данные необходимо учитывать в иммуногистохимической диагностической панели гепатоцеллюлярного рака печени.

Литература:

1. Колосов А.Е., Журавлев В.А. Рак печени и прогноз для больных // Санкт-Петербург. – 2002. – 144 с.
2. Semela D., Dufour J-F. Angiogenesis and hepatocellular carcinoma // J. Hepatol. – 2004. –V. 41. – P. 864–880.
3. Shiran M.S., Isa M.R., Sherina M.S., Rampal L., Hairuszah I., Sabariah A.R. The utility of hepatocyte paraffin 1 antibody in the immunohistological distinction of hepatocellular carcinoma from cholangiocarcinoma and metastatic carcinoma // Malays J Pathol. – 2006. –V. 28(2). – P. 87–92.
4. Yan B.C., Gong C, Song J, Krausz T, Tretiakova M, Hyjek E, Al-Ahmadie H,Alves V, Xiao SY, Anders RA, Hart JA / Arginase-1: a newimmunohistochemical marker of hepatocytes and hepatocellular neoplasms/ / Am J Surg Pathol. – 2010. –V.34(8). –P.1147-1154.
5. Chu P.G., Ishizawa S., Wu E., Weiss L.M. Hepatocyte antigen as a marker of hepatocellular carcinoma: an immunohistochemical comparison to carcinoembryonic antigen, CD10, and alpha-fetoprotein //Am J Surg Pathol. – 2002. – V. 26. – P. 978–988.
6. Hurlimann J., Gardiol D. Immunohistochemistry in the differential diagnosis of liver carcinomas // Am J Surg Pathol. – 1991. –V.15. – P. 280–288.
7. Kakar S., Gown A.M., Goodman Z.D., Ferrell L.D. Best practices in diagnostic immunohistochemistry: hepatocellular carcinoma versus metastatic neoplasms // Arch Pathol Lab Med. – 2007. –V. 131. – P. 1648–1654.
8. Kakar S., Muir T., Murphy L.M. et al. Immunoreactivity of Hep Par 1 in hepatic and extrahepatic tumors and its correlation with albumin in situ hybridization in hepatocellular carcinoma // Am J Clin Pathol. – 2003. –V. 119. – P. 361–366.

ЕЛЕКТРОННОМІКРОСКОПІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ОСТРІВЦІВ ЛАНГЕНГАРСА НА ТЛІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Іванців О. Р.
аспірант кафедри анатомії людини,
оперативної хірургії і топографічної анатомії
Івано-Франківського національного медичного університету
м. Івано-Франківськ, Україна

Інсулінозалежний цукровий діабет І типу – це автоімунне захворювання, зумовлене деструкцією інсулоцитів в панкреатичних острівцях. При цьому патологічні зміни торкаються і елементів гемомікроциркуляторного русла, позвиваються діабетичні мікро – і макроангіопатії. Тому проблема ефективної медикаментозної корекції ЦД, яка б сповільнила розвиток діабетичних ускладнень залишається актуальною. Особливу увагу дослідників привертають інкретини, зокрема ексенатид. Препарат зумовлює підвищення секреції інсулі-

ну у відповідь на споживання їжі, знижує рівень гіперглікемії при ЦД II типу, проте його вплив на ланки гемомікроциркуляторного русла є недостатньо вивченим. Тому, метою нашого дослідження було встановити особливості структурних змін гемомікроциркуляторного русла підшлункової залози на фоні корекції експериментального ЦД I типу ексенатидом. Методи дослідження. Робота виконана на 16 щурах самцях лінії Вістар масою 80-130 г. ЦД моделювали шляхом внутрішньоочеревинного введення стрептозотоцину в дозі 7 мг на 100 г маси тіла. Розвиток ЦД контролювали за рівнем глюкози крові. Тварин розділили на дві групи: 1) діабетична (тварини з стрептозотоцновим ЦД); 2) дослідна (тварини, яким з 14 доби розвитку ЦД підшкірно вводили ексенатид). Забір матеріалу проводили на 6 тиждень розвитку діабету. Кров для дослідження відбирали із хвостової вени. Матеріал дослідження представлений гістологічними препаратами підшлункової залози з ін'єкцією судин парижською синьою. Для визначення локалізації острівців напівтонкі зрізи забарвлювали метиленовим синім. Ультратонкі зрізи контрастували уранілацетатом та вивчали в електронному мікроскопії.

Виявлено, що у тварин першої групи на фоні тривалої гіперглікемії патологічні зміни торкаються усіх елементів ГМЦР: артеріол, пре– та посткапілярів, капілярів, венул. Звужується просвіт артеріол вони деформовані, різко покручені, венули значно розширюються. Спостерігаються пошкодження перицитів, гладких міоцитів, ендотеліоцитів, порушуються міжклітинні контакти. У просвіті артеріол, завдяки зміненому поверхневому потенціалу форменних елементів крові, зустрічаються сладжі і аглютинація еритроцитів. В ендотеліоцитах спостерігається руйнування крипт мітохондрій, набухання ендоплазматичної сітки, аутоліз лізосом, дезорганізація каріоплазми. Таким чином ендотеліоцити стають малофункціональними, злущуються в просвіт судин і зумовлюють їх мікротромбоз. Завдяки збільшенню кількості вторинних лізосом і виходу лізосомальних ферментів у цитоплазму ушкоджуються перицити і гладкі міоцити судинної стінки. Капілярні сплетення втрачають звивистий малюнок і часто обриваються, що зумовлено руйнуванням структур капілярної стінки. Простежується облітерація гемокапілярів, аневризми і геморагії. Венули розширені, тонкостінні. У тварин другої групи на фоні медикаментозної корекції знижується рівень глікемії. Артеріальний компонент гемомікроциркуляторного русла менш спазмований, звивистість збережена, капіляри деформовані, венули незначно розширені. В ендотеліоцитах спостерігаються ознаки регенераторної гіперплазії і проліферації. Одержані результати можуть використовуватись для подальших досліджень морфологів з метою оцінки стану гемомікроциркуляторного русла.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ДНК-АНАЛІЗУ У ПРАКТИЦІ ОДЕСЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ СЛІДІВ СЕЧІ

Кривда Р. Г.
кандидат медичних наук, доцент кафедри судової медицини
Одеського національного медичного університету
завідувач відділення судово-медичних молекулярно-генетичних експертиз
Одеського обласного бюро судово-медичної експертизи
м. Одеса, Україна

В даний час в експертній практиці нашої установи виникла необхідність в проведенні досліджень слідів сечі на речових доказах з метою ідентифікації особи.

Для вирішення даного завдання фахівцями відділення судово-медичних молекулярно-генетичних експертиз впродовж 2012-2014 років були запропоновані та впроваджені в судово-медичну експертну практику Одеського обласного бюро судово-медичної експертизи науково-обгрунтовані підходи по використанню методів дослідження Y-STR локусів, направлені на вдосконалення експертних досліджень слідів сечі на речових доказах.

На сьогоднішній день в судово-медичній експертній практиці Одеського обласного бюро судово-медичної експертизи використовуються наступні сучасні методи проведення ДНК-аналізу – дослідження генетичних маркерів Y-хромосоми: DYS456, DYS389I, DYS390, DYS389II, DYS458, DYS19, DYS385a/b, DYS393, DYS391, DYS439, DYS635, DYS392, Y GATA H4, DYS437, DYS438, DYS448 і генетичних маркерів – гиперваріабельних локусів D-петлі мітохондріальної ДНК (регіони HV1 і HV2). Дослідження Y-STR локусів найефективніше при проведенні ідентифікаційних експертиз пов’язаних з розслідуванням статевих злочинів з великою кількістю підозрюваних, а також змішаного біологічного матеріалу, якщо відомо, що жертва – жінка, а злочинець – чоловік.

Мета дослідження – використання на практиці методів ДНК-аналізу при дослідженні слідів сечі на речових доказах з метою ідентифікації особи шляхом встановлення тотожності.

На прикладі експертного випадку з практики відділення судово-медичних молекулярно-генетичних експертиз Одеського обласного бюро судово-медичної експертизи ми продемонструємо можливості методів дослідження ДНК, яка була виділена зі слідів сечі на речових доказах.

Експертний випадок

Обставини справи

В 10.05 21.07.2014 року гр-н З. проник у домоволодіння гр.-ки М. та скоїв крадіжку особистих речей, внаслідок чого спричинив останній матеріального збитку. Досудовим розслідуванням встановлена наявність слідів біологічного походження – сечі на підлозі у ванній кімнаті з яких зроблені змиви. При проведенні судово-імунологічної експертизи змивів з ванної кімнати встановлена наявність сечі та її групова приналежність за ізосерологічною

системою АВО. Групова приналежність крові гр-на З. співпадає з приналежністю гр.-ки М.

На розв'язання експертизи поставлені наступні питання:

«Прошу визначити ДНК-профіль змивів слідів сечі з ванної кімнати та встановити може лі даний біологічний матеріал походити від гр-на З. або гр.-ки М.?»

В розпорядження експертам надані наступні речові докази:

1. Два змиву слідів сечі з ванної кімнати, належним чином упаковані та опечатані.

2. Зразок крові на марлі від гр-на З. у паперовому конверті, з маркуванням, П.І.Б., дата відбору та ін. Конверт належним чином упакований та опечатаний.

3. Зразок крові на марлі від гр.-ки М. у паперовому конверті, з маркуванням, П.І.Б., дата відбору та ін. Конверт належним чином упакований та опечатаний.

Для проведення судово-медичної молекулярно-генетичної експертизи відібрані наступні об'єкти:

1) Змив слідів сечі з ванної кімнати (об'єкт № 1);

2) Змив слідів сечі з ванної кімнати (об'єкт № 2);

3) Зразок крові на марлі від гр-на З. (об'єкт № 3);

4) Зразок крові на марлі від гр.-ки М. (об'єкт № 4).

Виділення ДНК

ДНК виділяли з об'єктів № 1, № 2, № 3, № 4 за допомогою спеціального набору реагентів «PrepFiler® Forensic DNA Extraction Kit» (Applied Biosystems», США) для виділення ДНК з криміналістичних зразків, за відповідними рекомендованими протоколами для речовин біологічного походження та крові на марлі.

Встановлення концентрації виділеної ДНК

Визначення концентрації виділеної ДНК проводили з використанням флюориметра Qubit 2.0 Instrument Q 32866 («Invitrogen», США) і набору реактивів виробництва фірми («Invitrogen», США) відповідно до інструкцій виробника. Встановлені наступні концентрації виділеної ДНК: об'єкт № 1 – 0,05 нг/мкл; об'єкт № 2 – 0,07 нг/мкл, об'єкт № 3 – 101,0 нг/мкл, об'єкт № 4 – 89,0 нг/мкл.

Типування локусів ДНК

Для дослідження локусів застосовували метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), використовували набори реагентів AmpFlSTR Identifiler (локуси D8S1179, D21S11, D7S820, CSF1PO, D3S1358, TH01, D13S317, D16S539, D2S1338, D19S433, vWA, TPOX, D18S51, D5S818, FGA, Amelogenin) і AmpFlSTR Yfiler (локуси DYS456, DYS389I, DYS390, DYS389II, DYS485, DYS19, DYS385 a/b, DYS393, DYS391, DYS493, DYS635, DYS392, Y GATA H4, DYS437, DYS438, DYS448) виробництва фірми «Applied Biosystems» (США), з терміном придатності не менш ніж 9 місяців, відповідно до інструкцій, які додаються виробниками реагентів. Дослідження проводили з використанням системи «GeneAmp® PCR 2720» («Applied Biosystems», США). Для оцінки специфічності реакції ампліфікації використовували позитивний конт-

роль – проба контрольної ДНК 9947А, проба контрольної ДНК 007 і негативний контроль (проба без ДНК).

Розділення і детекцію флуоресцентно мічених ампліфікованих фрагментів проводили методом капілярного електрофорезу з використанням пристрою «3130 Genetic Analyzer» фірми «Applied Biosystems», США у середовищі полімеру POP-4. Встановлення довжини ампліфікованих фрагментів і встановлення номерів алелів проводили за допомогою програми «Gene Mapper ID Software Version 3.1» на основі внутрішнього стандарту довжини (GeneScan-500 LIZ Size Standard) і відповідних алельних леддерів, які входять до складу наборів.

Висновки

1. Молекулярно-генетичним аналізом ДНК, виділеної з біологічного матеріалу змиву слідів сечі з ванної кімнати (об'єкт № 1) виявлені алелі за локусами: D8S1179 – 12,14; D21S11 – 29,30; D7S820 – 11,12; CSF1PO – 10,11; D3S1358 – 17,18; TH01 – 09,9.3; D13S317 – 09,12; D16S539 – 11,13; D2S1338 – 18,19; D19S433 – 11.2,13.2; vWA – 13,17; TPOX – 08,08; D18S51 – 13,14; AMEL – X, Y; D5S818 – 11,11; FGA – 21,22; за локусами, розташованими на Y-хромосомі, виявлені наступні генетичні ознаки: DYS456 – 17; DYS389I – 13; DYS390 – 24; DYS389II – 32; DYS 458 – 17; DYS – 16; DYS 385 a/b: 14, 15; DYS 393 – 13; DYS 391 – 11; DYS 439 – 12; DYS 635 – 22; DYS 392 – 11; Y GATA H4 – 11; DYS 437 – 15; DYS 438 – 10; DYS 448 – 20.

2. Молекулярно-генетичним аналізом ДНК, виділеної з біологічного матеріалу змиву слідів сечі з ванної кімнати (об'єкт № 2) виявлені алелі за локусами: D8S1179 – 12,14; D21S11 – 29,30; D7S820 – 11,12; CSF1PO – 10,11; D3S1358 – 17,18; TH01 – 09,9.3; D13S317 – 09,12; D16S539 – 11,13; D2S1338 – 18,19; D19S433 – 11.2,13.2; vWA – 13,17; TPOX – 08,08; D18S51 – 13,14; AMEL – X, Y; D5S818 – 11,11; FGA – 21,22; за локусами, розташованими на Y-хромосомі, виявлені наступні генетичні ознаки: DYS456 – 17; DYS389I – 13; DYS390 – 24; DYS389II – 32; DYS 458 – 17; DYS – 16; DYS 385 a/b: 14, 15; DYS 393 – 13; DYS 391 – 11; DYS 439 – 12; DYS 635 – 22; DYS 392 – 11; Y GATA H4 – 11; DYS 437 – 15; DYS 438 – 10; DYS 448 – 20.3.

3. Молекулярно-генетичним аналізом ДНК, виділеної зі зразка крові на марлі від гр-на З. (об'єкт № 3) виявлені алелі за локусами: D8S1179 – 12,14; D21S11 – 29,30; D7S820 – 11,12; CSF1PO – 10,11; D3S1358 – 17,18; TH01 – 09,9.3; D13S317 – 09,12; D16S539 – 11,13; D2S1338 – 18,19; D19S433 – 11.2,13.2; vWA – 13,17; TPOX – 08,08; D18S51 – 13,14; AMEL – X, Y; D5S818 – 11,11; FGA – 21,22; за локусами, розташованими на Y-хромосомі, виявлені наступні генетичні ознаки: DYS456 – 17; DYS389I – 13; DYS390 – 24; DYS389II – 32; DYS 458 – 17; DYS – 16; DYS 385 a/b: 14, 15; DYS 393 – 13; DYS 391 – 11; DYS 439 – 12; DYS 635 – 22; DYS 392 – 11; Y GATA H4 – 11; DYS 437 – 15; DYS 438 – 10; DYS 448 – 20.3.

4. Молекулярно-генетичним аналізом ДНК, виділеної зі зразка крові на марлі від гр.-ки М. (об'єкт № 4) виявлені алелі за локусами: D8S1179 – 13,14; D21S11 – 29,30.2; D7S820 – 10,12; CSF1PO – 09,11; D3S1358 – 16,17; TH01 – 9.3,9.3; D13S317 – 09,12; D16S539 – 13,13; D2S1338 – 18,18; D19S433 –

13.2,13.2; vWA – 13,14; TPOX – 08,08; D18S51 – 13,18; AMEL – X, X; D5S818 – 11,12; FGA – 20,22.

5. Виходячи з алельного розподілу досліджуваних локусів профілі ДНК, виділеної з біологічного матеріалу змивів слідів сечі з ванної кімнати (об'єкти № 1 і № 2) та ДНК, виділеної із зразка крові на марлі від гр-на З. (об'єкт № 3) цілком збігаються між собою.

Таким чином, в умовах проведеної експертизи при використанні наявних методик встановлено, що: біологічний матеріал в змивах слідів сечі з ванної кімнати може належати гр-на З., з ймовірністю 99,9999 %, кумулятивна ймовірність випадкового збігу алелів за окремими локусами дорівнює $1{,}0x10^{-22}$, тобто отриманий генотип зустрічається у 1 осіб із $1x10^{23}$ населення Землі.

На прикладі експертного випадку продемонстровані можливості сучасних методів дослідження маркерів ДНК, яка була виділена зі слідів сечі на речових доказах.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ NEISSERIA GONORRHOEAE К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Чернякова А. М.
ассистент кафедри микробиологии, вирусологии и иммунологии
Максименко Л. Д.
студентка II медицинского факультета
Харьковского национального медицинского университета
г. Харьков, Украина

Гонорея – бактериальное заболевание, вызываемое грамотрицательным диплококком (лат. ***Neisseria gonorrhoeae)***, поражающее слизистые оболочки нижних отделов мочеполового тракта, реже – прямой кишки, ротоглотки, глаз, является причиной трубно-перитонеального бесплодия у женщин и возбудителем конъюнктивита и острого эпидидимита у новорожденных.

Гонорея считается трудноуправляемым заболеванием. Уже в 70-х годах выявлены гонококки, устойчивые к пенициллину, тетрациклину, а с начала 90-х, и к фторхинолонам. На эпидемиологию заболевания влияют социальные и демографические факторы. На сегодняшний день распространенность гонореи среди развивающихся стран достаточно высока, в связи с чем очень актуальны и востребованы глобальные программы исследования антибиотикорезистентности гонококков. Использование молекулярно-биологических методов позволяет провести типирование гонококка по Por–гену, кодирующему главный белковый компонент наружной мембраны гонококка – белок PI. Молекулы белка PI образуют трехмерные структуры – пориновые каналы, пронизывающие наружную мембрану N.gonorrhoeae. Эти каналы проницаемы только для анионов, которыми являются активные компоненты антибактериальных препаратов.

Исследование проводится с использованием микробиологических и молекулярных методов, дающих возможность изучить формирование устойчивости

N.gonorrhoeae к антимикробным препаратам на генетическом уровне. Наличие определенных генов в плазмидах гонококков может свидетельствовать об устойчивости данного штамма к антибиотикам: bla-гена об устойчивости к пенициллинам, tet M-гена об устойчивости к тетрациклинам. Помимо плазмидных, существуют хромосомные механизмы антибиоткорезистентности N.gonorrhoeae. Например, мутации в генах ponA, penA, penB свидетельствуют об устойчивости к пенициллинам, мутация в гене rpsJ об устойчивости к тетрациклинам, изменения в генах gyrA, parC об устойчивости к фторхинолонам [1].

На территории постсоветского пространства в период с 1998 по 2014 гг. проводится ряд исследований, подтверждающих генетическую гетерогенность популяции N.gonorrhoeae с преобладанием мультирезистентных штаммов, относившихся к PIB серовару. Показатели резистентности сильно варьируют между разными частями мира. Учитывая полученные данные среди популяции Восточной Европы пенициллин (78% устойчивых штаммов) не следует использовать для лечения инфекции, вызванной N.gonorrhoeae.

В связи с перекрёстной устойчивостью гонококков к пенициллину, тетрациклину, доксициклину, ампициллину, амоксициллину, ампиоксу, бициллинам, эти антибиотики также не могут применяться для лечения гонореи [2, с. 20–22]

Ципрофлоксацин является активным препаратом в отношении гонококков. Однако его применение недопустимо у детей до 15 лет, беременных и кормящих женщин, следовательно, он может применяться в качестве альтернативного препарата. Большинство исследований показало, что наиболее высокой антигонококковой активностью обладает цефалоспорин III поколения – цефтриаксон, к которому чувствительны все исследованные штаммы гонококков [3].

Данные о чувствительности разных штаммов ***Neisseria gonorrhoeae*** к различным антибиотикам противоречивы. Потому крайне необходимыми являются дальнейшие усилия по проведению мониторинга антибиотикорезистентности гонококков, особенно в случаях неэффективного лечения гонореи [4].

Литература:

1. Кухарева Е.Н., Фриго Н.В., Сидоренко С.В.// Изучение устойчивости популяции Neisseria gonorrhoeae к пенициллинам, тетрациклинам и фторхинолонам молекулярно-биологическими методами в Российской Федерации за 2007 год. [Электронный ресурс] Режим доступа: http:// www.dermatology.ru/ collections/izuchenie-ustoichivosti-populyatsii-neisseria-gonorrhoeae-k-penitsillinam-tetratsiklinam

2. Резистентность возбудителей ИППП к антибактериальным препаратам. Информационный бюллетень. М: ООО «ДЭКС-ПРЕСС», 2010.– с. 14, 20–22.

3. Чувствительность гонококков к антибиотикам и выбор антибактериальных препаратов при гонококковой инфекции. [Электронный ресурс] Режим доступа :http://www.antibiotic.ru/iacmac/ru/pub/letters/sensegnk/

4. Резистентность Neisseria gonorrhoeae к антибиотикам в России в 2009-2012 гг. и результаты генотипирования с помощью NG-MAST в 2011-2012 гг. [Электронный ресурс] Режим доступа : http://clinical-pharmacy.ru/digest/ epidemiologia/ 4635-rezistentnost-neisseria-gonorrhoeae-k-antibiotikam-v-rossii-v-2009-2012-gg-i-rezultaty-genotipirovaniya-s-pomoschyu-ng-mast-v-2011-2012-gg.html

G. VAGINALIS КАК ВЕДУЩИЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Паймина И. С.
студентка II медицинского факультета
Харьковского национального медицинского университета
г. Харьков, Украина

Бактериальный вагиноз (БВ) в данное время является медико-социальной проблемой в акушерстве и гинекологии, в связи с широкой распространённостью заболевания, вариабельностью бактериальной микрофлоры и неоднозначностью методов лечения [6–8].

Частота БВ колеблется в пределах 15–19% в амбулаторной гинекологической практике, 10–30% среди беременных женщин, 24–40% среди женщин с инфекциями, передаваемыми половым путем, 35% у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

У большинства женщин заболевание протекает бессимптомно, и определить его истинную частоту встречаемости не представляется возможным.

В настоящее время вопрос о передачи БВ половым путем является спорным. Ряд авторов на основании определенных фактов (одновременное выделение G. vaginalis из половых путей женщин с БВ и их сексуальных партнеров; случаи развития БВ у здоровых женщин после полового контакта с мужчинами, у которых обнаружены G. vaginalis) пришли к заключению о половом пути передачи БВ [4]. Другие исследователи не обнаружили зависимости возникновения БВ и половым путем передачи, это было подтверждено исследованием, в котором БВ был выявлен у 12% из 52 девочек подросткового возраста не живущих половой жизнью и у 15% из 68 девочек той же возрастной группы, уже имевших половой контакт) [2, 5]. БВ также следует четко отличать от колонизации гарднерелл и вагинальных инфекций.

Резкое снижение уровня молочнокислых бактерий, включающей в себя H2O2-продуцирующие лактобактерии, вплоть до ее полного исчезновения, служит первичным проявлением комплекса предшествующих патологических сдвигов. Снижение уровня молочнокислых бактерий формируется на фоне колонизации влагалища бактериями вида Gardnerella vaginalis, которые выявляются более чем у 90% женщин в количествах 10^7-10^9 КОЕ [1, 3] в исследуемом материале и являются доминирующими над лактобактериями. Персистируя во влагалище, гарднереллы часто находятся в ассоциации с анаэробными бактериями, которые относятся к роду Mobiluncus, Prevotella, Bacteroides, Fusobacterium, Peptostreptococcus, а также с Mycoplasma hominis и реже Ureaplasma urealiticum. Уровень облигатных анаэробов при бактериальных вагинозах повышается в 1000 раз. Такие ассоциации поддерживаются специфическими катаболитами, которые вырабатываются, с одной стороны, гарднереллами, с другой – облигатно анаэробными бактериями.

Среди бактероидов, которые обнаруживаются у 53-97% больных с бактериальными вагинозами, чаще всего выделяют виды B.bivies, B.disiens и группу B.melaninigenicus. Другие виды бактероидов встречаются значительно

реже. Среди грамположительных анаэробных кокков, которые выявляются в 29-95% случаев, чаще других выделяют P. anaerobis, P. prevotii, P. tetradius и P. asacharalyticus. Подвижные вибрионоподобные бактерии рода Mobiluncus, которые, как и G.vaginalis, одно время считались единственными возбудителями бактериальных вагинозов, обнаруживают у 8-35% больных и всегда в очень высоких количествах (10^{10} КОЕ/г и более). Факультативно-анаэробные, микроаэрофильные и аэробные микроорганизмы (E.coli, E. faecalis и др.) выделяются в 23,4% случаев. При этом общее количество микроорганизмов во влагалище достигает 10^{10}-10^{11} КОЕ/г, а удельный вес лактобактерий снижается до 30% от общего числа микроорганизмов. Увеличивается также количество микроаэрофилов (G.vaginalis, M. hominis, U. urealiticum) и факультативно-анаэробных микроорганизмов (S. agalactiae, S. epidermidis, E. faecalis) [4, 5].

У 60% женщин, страдающих бактериальным вагинозом, выявляется дисбактериоз кишечника, что позволяет предполагать наличие дисбиотического процесса в организме с выраженным проявлением его в репродуктивной или пищеварительной системе. Жалобы на зуд и дизурические расстройства встречаются у 16-23% пациенток с нарушениями микрофлоры влагалища [2, 9–10].

С момента появления антибиотиков их начали активно применять у женщин, страдающих бактериальными вагинозами. Используются антибактериальные средства с различными механизмами действия. Однако применение таких антибактериальных средств, как ампициллин, тетрациклин, эритромицин, офлоксацин эффективно лишь в 30-50% случаев. Более результативным лечение стало возможным после выявления эффективности метронидазола. Пероральное применение метронидазола в дозах от 800 до 1200 мг в день в течение 5-7 дней ведет к излечению заболевания у 90% пациенток. Назначение 2 г метронидазола однократно так же высокоэффективно, как и 5-7-дневные курсы, в 80-90% случаев, однако столь большую дозу метронидазола можно применять лишь у ограниченного контингента женщин, не отягощенных сопутствующей патологией. Следует отметить, что у 30-40% женщин, получающих метронидазол однократно или в течение 5-7 дней, рецидив заболевания наблюдается через 1-3 месяца.

Основным альтернативным метронидазолу препаратом является клиндамицин. Перорально препарат назначают по 300 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Показано, что у 91% пациенток наблюдалось клиническое выздоровление [2, 8].

Возвратные бактериальные вагинозы возникают примерно в 30% случаев в течение 3 месяцев после завершения лечения. В пределах 9 месяцев после курса терапии это наблюдается у 80% пациенток.

Биотерапевтические препараты (БТП) используют чаще на втором этапе лечения, после местного применения антибиотиков. Эффективность комплексного двухэтапного метода лечения, по данным различных авторов, составила от 85,8% до 92,6%, частота рецидивов заболевания спустя 1-3 месяца после окончания лечения составляет от 4,4% (при использовании ацилакта) до 13,2% (при применении других БТП).

Литература:

1. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение): Дисс… канд. мед. наук.– М.– 1996.
2. Кира Е.Ф., Гайтукиева Р.А., Беженарь В.Ф. и др. Многоцентровое контролируемое рандомизированное сравнительное исследование эффективности и безопасности применения препаратов Полижинакс и Тержинан при лечении неспецифического вагинита // Гинекология. 2009. Т. 11. № 1. С. 13–17.
3. Серов В.Н., Жаров Е.В., Воронин А.А., Чантурия Н.Г. Вагиниты смешанной этиологии: рациональная терапия и профилактика рецидивов.// Акуш. и гинек. – 2001.– № 2 – С. 29–31.
4. Fidel P.L., Sobel J.D. Clin Microbiol Rev 1996; 9: 3: P. 335–348.
5. Granger S.E. Br J Clin Bact 1992; 46: 4: P. 258–259.
6. Hiller S., Holmes K.K. Bacterial vaginosis. In: Holmes K.K., Mardh P. A., Sparling P.F., Weisner P. G., Sexually transmitted diseases 2nd. New York: McGraw-Hill 1990; P. 547–560.
7. Holmes K.K., Spiegel C., Amsel R. Nonspecific vaginitis Scand J Infect Dis 1981; 26: P. 110–114.
8. Sobel J.D. Vulvovaginitis in healthy women // Compr. Ther. 1999. Vol. 25. № 6–7. P. 335–346.
9. Verboon–Maciolek MA, Gerards LJ, Stoutenbeek P, van Loon A.M. Congenital infection: diagnostic serology of the mother not always definitive. // Ned Tijdschr Geneeskd. 2001, 145(4):P. 153–156.
10. Wathne B, Hoist E, Hovelius B. Erytromycin versus metronidazolein the treatment of bacterial vaginosis. // Acta Obstet Gynecol Scand. 1999, 72 (6): P. 470–471.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ НАЕЗДЕ АВТОМОБИЛЕМ НА ВЕЛОСИПЕДИСТА

Плевинскис П. В.
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры судебной медицины
Одесского национального медицинского университета
г. Одесса, Украина

В практике судебно-медицинской экспертизы случаи наезда автомобиля на движущегося на велосипеде человека (наезда на велосипедиста) занимают особое место, что связано, прежде всего, с особой спецификой данного вида травмирования. Эта специфика проявляется прежде всего в исключительном многообразии возможных механизмов травмирования велосипедиста при контактировании с движущимся автомобилем. Традиционно, наезд автомобилем на велосипедиста считается одной из разновидностей травмы от столкновения движущегося автомобиля с человеком, согласно общепринятой классификации автомобильной травмы, предложенной А.А. Солохиным [1, с. 17]. Наезд автомобиля на пострадавшего изучался и другими авторами [2], [3].

Тем не менее, с определением Солохина А.А. по этому поводу можно согласиться только отчасти. Вопрос заключается в том, что далеко не во всех случаях при контактировании движущегося автомобиля с человеком, двигающимся на велосипеде (велосипедистом) в первичный контакт с автомобилем вступает именно тело велосипедиста. Очень часто в первичный контакт с автомобилем вступает не тело велосипедиста, а части велосипеда, и лишь затем с автомобилем контактирует тело. Встречается и третий вариант: после контакта автомобиля с велосипедом тело велосипедиста отбрасывается на дорожное покрытие, не контактируя с автомобилем вовсе. Анализ имеющихся в распоряжении результатов как судебно-медицинских экспертиз пострадавших в ДТП велосипедистов (21 случай), так и комплексных судебно-медицинских и транспортно-трасологических экспертиз по данной категории дел (7 случаев), позволил прийти к выводу о необходимости систематизации различных вариантов наезда автомобиля на велосипедиста и создания соответствующей классификации. Представляется, что последняя может выглядеть следующим образом.

1. Ситуации, при которых первично контактируют между собой автомобиль и тело велосипедиста. Такие ситуации чаще всего встречаются при расположении продольных осей автомобиля и велосипеда под углом, близким к 90 градусам, и контакте автомобиля с правой или левой боковой поверхностью велосипеда и велосипедиста. Подобная ситуация имеет место и при контактировании автомобиля и велосипеда и под иными углами, но обязательным условием при этом является попадание части тела велосипедиста (чаще всего, нижних конечностей) в зону первичного контакта с автомобилем.

Подобные случаи могут предусматривать подвиды:

1.1. Контакт правой (или левой) боковой поверхности тела велосипедиста с той или иной частью автомобиля:

1.1.1. с передней частью автомобиля;

1.1.2. с боковой частью автомобиля;

1.1.3. с задней частью автомобиля.

В свою очередь, каждый из перечисленных вариантов контактирования тела велосипедиста с автомобилем может делиться на следующие подвиды:

А. С забросом тела велосипедиста на автомобиль и последующим падением на дорожное покрытие.

Б. Контакт, сопровождающийся падением велосипедиста на дорожное покрытие без заброса тела на автомобиль.

2. Ситуации, при которых первично контактируют между собой автомобиль и велосипед (как правило, переднее или заднее колесо велосипеда). Такая ситуация чаще всего происходит при движении автомобиля и велосипеда на встречных или попутных курсах, либо курсах, близких к таковым.

Такие случаи могут предусматривать подвиды:

2.1. Ситуации с забросом тела на автомобиль (капот, переднее ветровое стекло, крышу, багажник автомобиля) и последующим падением на дорожное покрытие.

2.2. Ситуации с падением тела на дорожное покрытие без заброса тела велосипедиста на автомобиль.

Такое многообразие различных ситуаций травмирования велосипедиста автомобилем предполагают совершенно различную информационную значимость обнаруженных у пострадавших телесных повреждений.

Тем не менее, представляется, что, в зависимости от рассматриваемых ситуаций, многообразие телесных повреждений у велосипедиста можно свести к 3-м большим группам:

1. Телесные повреждения, образовавшиеся в результате первичного контактирования тела велосипедиста и тех или иных частей автомобиля. Чаще всего это соответствующие повреждения нижних конечностей велосипедиста. Такие повреждения являются наиболее информативными для целей установления точного взаиморасположения автомобиля и велосипедиста (велосипеда) в момент их первичного взаимного контактирования. Исходя из приведенной выше классификации понятно, что образование подобных телесных повреждений можно ожидать только в случаях, когда тело велосипедиста с автомобилем контактирует первым.

2. Телесные повреждения, которые образовались в результате заброса тела на те или иные части автомобиля. Эти повреждения, как правило, обладают значительным полиморфизмом, и, с судебно-медицинской точки зрения, обладают меньшей ценностью – только по их характеру чаще всего нельзя установить точное взаиморасположение автомобиля и велосипедиста (велосипеда) в момент их первичного взаимного контактирования.

3. Телесные повреждения, образовавшиеся в результате контактирования тела велосипедиста с дорожным покрытием. Эти повреждения также обладают значительным полиморфизмом, часто встречаются повреждения в виде обширных осаднений в результате скольжения тела велосипедиста по дорожному покрытию. Доказательственная ценность таких телесных повреждений (с точки зрения необходимости установления точного взаимного расположения автомобиля и велосипеда с телом велосипедиста в момент их первичного взаимного контактирования) еще меньше.

При наличии таких групп повреждений, которые по своей морфологии могут быть весьма сходны между собой, представляется совершенно необходимой их дифференциальная диагностика.

Судебно-медицинская практика убедительно показывает, что провести такую дифференциальную диагностику только по характеру телесных повреждений, без учета их взаимосвязи и взаимозависимости с повреждениями и следами на одежде и обуви пострадавшего, а также соответствующими следами и повреждениями на участвовавших в ДТП велосипеде и автомобиле, чаще всего не представляется возможным.

Последнее предполагает необходимый минимальный комплекс исследований:

– исследование характера и механизма образования телесных повреждений у пострадавшего велосипедиста;

– исследование повреждений и следов на одежде и обуви пострадавшего велосипедиста;

– исследование повреждений и следов на велосипеде и на автомобиле.

Таким образом, очевидно, что полноценное исследование обстоятельств контактирования автомобиля с велосипедистом (велосипедом) не может быть проведено только судебно-медицинским экспертом в рамках единоличной экспертизы трупа (или живого лица). К такой работе обязательно должны быть привлечены эксперт медико-криминалистического отделения и эксперт – транспортный трасолог. Поэтому назначение в случаях таких ДТП комплексной судебно-медицинской и транспортно-трасологической экспертизы следует признать обязательным.

В связи с изложенным, можно рекомендовать следующий алгоритм работы экспертов при проведении такой экспертизы:

1. Исследование телесных повреждений у пострадавшего (проводится судебно-медицинским экспертом).

2. Исследование повреждений и следов на одежде и обуви пострадавшего (проводится судебно-медицинским экспертом медико-криминалистического отделения).

3. Исследование повреждений и следов на велосипеде (проводится экспертом – транспортным трасологом).

4. Исследование повреждений и следов на автомобиле (проводится экспертом – транспортным трасологом).

5. Совместный анализ всеми экспертами полученных данных в их взаимосвязи и взаимозависимости; при этом широко применяется метод сопоставления.

6. Формулирование общих выводов.

Представляется, что предложенный порядок работы позволит решать экспертные задачи более эффективно.

Литература:

1. Солохин А.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы. Москва, «Медицина», 1968. – 234 с.

2. Стешиц В.К. Судебно-медицинская экспертиза при дорожно-транспортных происшествиях. Минск, «Беларусь», 1976. – 192 с.

3. Загрядская А.П. Судебно-медицинское определение механизма транспортной травмы. Горький, 1976. – 31 с.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ З ДОПОМОГОЮ NO ЕНДОГЕННОГО ТА ЕКЗОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Савицький І. В.
доктор медичних наук, доцент,
завідувач кафедри загальної і клінічної патологічної фізіології
Дворецький Р. І.
студент
Мізевич Ю. В.
студент
Магденко Г. К.
студент
Одеського національного медичного університету
м. Одеса, Україна

У представленній роботі ми вивчали вплив на деякі ланки репродуктивної системи інфантильних білих щурів-самців NO екзогенного та ендогенного походження. З цією метою ми піддавали тваринок дії нітриту натрію (NaNO2), L– аргініну та корангіну, які в організмі ссавців слугують донаторами NO (7, 8, 10).

У дослід були взятті щурята загальною вагою біля 40г, у яких визначали массу сім'яника, сім'яних пухирців і передміхурової залози; концентрацію у плазмі крові ФСГ (фолікулостимулюючого гормону), ГСІК (гормону, що стимулює інтерстиціальні клітини), тестостерону та пролактину (ПРЛ); вміст у сім'янику тестостерону, білку простагландину Е2, (ПГЕ2) і циклічного гуанозинмонофосфату (цГМФ). Всі ці речовини визначалися за інструкціями, прикладенними до фірмових наборів; білок встановлювали за методом Лоурі. Піддослідним щурятам на протязі 12 днів давали вільно пити замість води 0,3% водний розчин нітриту натрію; L-аргінін вводили тваринкам з розрахунку 30 мг на кг маси тіла на добу, починаючи з 6 і до 10 дня споживання нітриту натрію; корангін – за такою ж схемою, дозою 1мг/кг.

Результати контрольної групи дослідів дали наступні результати. Маса сім'яника становила (мг): 339, сім'яних пухирців – 6,6 і передміхурової залози – 15,8. Концентрація гормонів у плазмі крові була: ФСГ – 6,1 МО/мл, ГСІК – 0,67 МО/мл, тестостерону – 0,49 нмоль/л і пролактину – 5,6 нг/мл. Вміст у сім'янику тестостерону дорівнював 15,8 нмоль/г, білку – 101 нг/г, ПГЕ2 – 507 нг/г і цГМФ – 113 нмоль/г. Такі дані вперше одержані у нашій лабораторії; вони прийняті за 100%.

Вживання 0,3% водного розчину нітрита натрію (2 група дослідження) не впливала на загальну вагу тіла щуряти, але маса сім'яника збільшилася до 170% відносно контрольних даних, сім'яних пухирців – до 417% і простати - до 287%. Концентрація у плазмі крові ФСГ зросла на 30%, ГСІК – на 70%, тестостерону – майже у 30 разів, а пролактину – знизилася на 30%. Вміст тестостерону у яєчку становив 279% від контрольного рівня, білку – 114%, ПГЕ2 – 120% і цГМФ – 227%.

Звертає на себе увагу різке зростання у крові тваринок концентрації тестостерону (292%). Такого неможливо досягти засобами гормонотерапії, без ризику негативних наслідків .

Звернімо ще увагу на збільшення кількості у тестикулоцитах вторинного внутрішньоклітинного месседжера – цГМФ. Це явище можна пояснити посиленням активності гуанілатциклази під впливом екзогенного NO, внаслідок чого – ймовірна активація процесів метаболізму на цитозольному та ядерному рівнях (1,7,8,10). Отже застосований нами 0,3% водний розчин NaNO2 здатен стимулювати найінтимніші механізми тканинного обміну у сім'янику.

Зменшення концентрації пролактину у плазмі крові піддослідних тваринок ми схильні пояснити стимуляцією нітритом натрію секреції катехоламінів, зокрема дофаміну, який є прямим інгібітором синтезу цього гонадотропину (3).

Результати по третій групі дослідів подані. З неї видно, що введення тваринкам L-аргініну теж викликало збільшення маси статевих залоз. Так, вага сім'яника збільшилася на 29%, порівняно з контролем, сім'яних пухирців – на 71% і простати – на 32%.

Отже і за цих умов спостерігалася стимуляція фізіологічного розвитку тканин. У той же час це підсилення не було таким сильним, як при дії 0,3% водного розчину нітрита натрію. Так, наприклад, маса сім'яника при споживанні щурятами NaNO2 зросла до 170%, відносно контрольних величин, а при введені аргініну – тільки до 129%. Теж саме стосувалося сім'яних пухирців (417% та 171%, відповідно) і передміхурової залози (287% та 132%, відповідно).

Під впливом L-аргініну у плазмі крові щурят збільшилася концентрація ФСГ до 115% понад контрольні величини, ГСІК – до119% і тестостерону – до 224%, концентрація пролактину залишилася без змін. І це підвищення кількості гормонів у крові було значно меншим ніж при дії нітрита натрію. Досить порівняти вміст тестостерону у цій тканині при вживанні тваринками NaNO2 (майже 30 разів перевищував контрольний рівень) та при введенні амінокислоти (перевищення тільки 124%). Така сама картина спостерігалася відносно концентрації у крові двох гонадотропинів (табл. 2 і 3).

У яєчку аргінін теж викликав активуючий ефект на біосинтез гормонів та синтез важливих метаболітів. Під його впливом вміст тестостерону у testis підвищився до 165%, відносно контрольних величин, білку – ло 141%, цГМФ – до 195%; кіількості ПГЕ2 практично не змінилася (106%).

Обидві застосовані нами речовини активують вироблення гормонів гіпофізом і гонадою, стимулюють фізіологічний розвиток статевих залоз, особливо сім'яних пухирців, та анаболічні процеси. Але в цій стимуляції є свої певні особливості, крім того, що 0,3% розчин нітриту натрію виявився більш потужним активатором секреції гормонів і цГМФ. По-перше, незважаючи на більше зростання маси статевих залоз при вживанні щурятами нітриту натрію, кількість білку у сім'янику зростала быльше при введенны аргыныну – 141%. Відомо, що ця амінокислота посідає важливе місце у перетворенні білків та утилізації аміноазоту в організмі, пов'язує між собою цикл трикарбрваних кислот і цикл сечоутворення (6,13). У той же час вона своєю гуанідиновою групою слугує субстратом для утворення та підтримки базового рівня оксиду

азоту (10) у живому тілі (NO-ендогенного похлдження). Тому, за нашими уявленнями, частина введеного аргініну пішла на утворення NO і біосинтез білку, а решта – можливо, до циклу сечоутворення або на інші шляхи метаболізму. Пояснити, чому ж маса статевих залоз зростає більше все ж таки при вживанні NaNO2, ми можемо через припущення ймовірной стимуляції NO екзогенного походження вироблення у цих органах небілкових речовин, які забезпечують дозрівання та життєздатність сперматозоїдів. Можливо, через менше використання оксиду азоту утвореного від аргініну в інших напрямках тканниного метаболізму відбувалася й менше стимулювання гуанілатциклази і в наслідок менше утворення цГМФ.

Як видно обидві речовини збільшували масу сім'яника майже у 2 рази (206%) відносно контрольного рівня, сім'яних пухирців – у 5 разів (518%) і передміхурової залози – втричі (316%). В цьому плані вони діяли як синергісти. Нагадаємо, що при вживанні щурятами тільки одного нітриту натрія вага сім'яника зросла до 170%, відносно контролю, сім'яних пухирців – до 417% і простати – до 287%, при дії L-аргініну ці ж показники були такими: 129%, 171% та 132%, відповідно.

Отже по результатам дослідів одержаних у групах 2-4 простежується стимулюючий вплив і нітриту натрію і аргініну та обох речовин разом. Ця стимуляція мала відмінній характер у кожній окремій групі.

Стосовно збільшення ваги статевих залоз. Найбільший ефект щодо фізіологічного розвитку досягався у сім'яних пухирцях, за відсотковими показниками. Провідна роль у цьому явищі належить впливові 0,3% розчину NaNO2. На другому місці за чутливістю до дії NO екзогенного та ендогенного походження стоїть передміхурова залоза. Можливо, що введені нами щурятам речовини більший стимулюючий ефект надавали процесам, які забезпечують життєдіяльність сперматозоїдів.

У плані біосинтезу білку у сім'янику ведучу роль посідає амінокислота. Тільки за її введення спостерігався найбільш посилений біосинтез його у яєчку – 141% і 120% .

Отже за результатами дослідження по групам 2–4 можна зробити висновки, що NaNO2, перетворюючись на екзогенний NO, як нейротрансмітер надавав стимулюючий вплив на важливі ланки (гіпофіз, гонади) репродуктивної системи інфантильних білих щурів-самців. Ця стимуляція поширювалася не тільки на стероїдогенез і сперматогенез, але й торкнулася більш інтимних механізмів внутрішньоклітинного метаболізму, про що, до певної міри, може свідчити збільшення за його вживання щурятами у їх тестикулах умісту цГМФ, ПГЕ2 і білку. Не виключено, що ця стимуляція відбувалася і через підсилення функції наднирників – посилене утворення катехоламінів і стероїдів.

НЕЙРОНО-ГЛІАЛЬНО-КАПІЛЯРНІ ВІДНОСИНИ У ПОСТЦЕНТРАЛЬНІЙ ЗВИВИНІ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ

Сероух О. Г.
кандидат медичних наук, асистент кафедри анатомії людини
Харківського національного медичного університету
м. Харків, Україна

Актуальність теми. Україна є країною з несприятливою демографічною ситуацією внаслідок низької народжуваності та невисокої тривалості життя з поступовим збільшенням літньої категорії громадян. Тому роботи присвячені вивченню головного мозку, його віковим, статевим особливостям актуальні для сьогоденного суспільства. Постцентральна звивина (лат. gyrus postcentralis) – ділянка тім'яної частки кори великих півкуль головного мозку в якому закінчуються аферентні шляхи поверхневої і глибокої чутливості.

В даний час інтерес до будови та функціонування нервової системи продовжує неухильно зростати, у зв'язку з омолодженням патологічних змін в даній системи. Будова нейронів, нерозривно пов'язана з їх функціями, розвитком і тривалістю їх функціонування та взаємовідносинами з сателітними клітинами. Відомо, що активність нейронів покликана забезпечувати функціональний стан мозку. Для цього необхідно, щоб поживні речовини до мозку доставлялися з кров'ю своєчасно і в необхідній кількості. У зв'язку з цим видові, статеві, онтогенетичні особливості будови та просторового розташування нейронів, елементів мікроциркуляторного русла (МЦР) і гліальних елементів надзвичайно цікаві для вивчення механізму трофіці головного мозку, функціонування гематоенцефалічного бар'єру (Ассер Т.К., 1986; Блінков С.М. 1980; Клосовский Б.М. 1975).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до плану комплексної науково-дослідної роботи кафедри анатомії людини Харківського національного медичного університету, «Нейроно-гліально-капілярні взаємини головного мозку людини» яка присвячена актуальним питанням розробки, апробації та впровадження сучасних технологій, оцінці стану здоров'я.

У рамках цієї тими автором особисто вивчені вікові, статеві нейроно-гліально-капілярні взаємини постцентральной звивини правого і лівого півкуль головного мозку.

Мета і завдання дослідження. Метою даного дослідження є встановлення закономірностей нейроно-гліально-капілярних взаємовідносин кори постцентральной звивини головного мозку людини.

Завдання дослідження:

1. Виявити особливості нейронного складу постцентральної звивини великих півкуль.

2. Вивчити гліальний склад постцентральної звивини кори головного мозку.

3. Встановити особливості мікроциркуляторного русла особенности мікроциркуляторного русла постцентральної звивини.

4. Визначити кількісні закономірності морфологічних відносин в системі нейрон-глія-капіляр в області постцентральной звивини кори головного мозку.

5. Встановити особливості вікових змін нейроно-гліально-капілярних взаємовідносин постцентральной звивини.

6. Визначити закономірності нейроно-гліально-капілярних взаємовідносин мануальної області постцентральной звивини кори головного мозку людини в залежності від статі і півкулі мозку.

Об'єкт дослідження: постцентральна звивина головного мозку людини.

Предмет дослідження: нейроно-гліально-капілярні взаємини кори постцентральної звивини головного мозку людини.

Методи дослідження: макромікроскопічний, гістологічний, морфометричний, статистичний.

Наукова новизна отриманих результатів. У результаті проведеного дослідження вперше отримані достовірні показники, що свідчать про характер нейроно-гліально-капілярних взаємовідносин мануальної області постцентральної звивини кори головного мозку людини. При дослідженні були визначені щільність нейронів, гліальних клітин і капілярів, внаслідок чого встановлено кількісні характеристики компонентів у зазначеній вище області кори лівої і правої півкулі людей різної статі і віку. Дослідженнями підтверджено взаємозв'язок щільності нейронів і капілярів з віком, з підвищенням якого вона зменшується. Той же фактор впливає на щільність гліальних клітин повністю протилежно – вона зростає. Вперше визначено морфометричні відмінності нейроно-гліально-капілярних відносин в осіб протилежної статі в постцентральній звивині. Крім того, також вперше виявлені достовірні докази диссимметрії клітинного складу постцентральной звивини кори головного мозку людини.

Таким чином, в процесі дослідження підтверджена і охарактеризована морфологічна мінливість постцентральної звивини кори головного мозку людини.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено морфологічні критерії для дослідження і оцінки нейроно-гліально-капілярних взаємовідносин постцентральної звивини кори головного мозку людини. Ці розробки при використанні в патологоанатомічній практиці дозволять надати значну допомогу у верифікації діагнозу і можуть бути враховані невропатологами і нейрохірургами.

Дані отримані в ході роботи можуть бути використані для створення програм комп'ютеризованого аналізу структур головного мозку людини.

Основні положення та висновки дисертації можуть знайти застосування в науковій роботі, а також у навчальному процесі кафедр анатомії, гістології, цитології та ембріології, нормальної фізіології, патологічної анатомії, неврології, інших теоретичних і клінічних кафедр.

Отримані дані впроваджені в навчальний процес на кафедрах анатомії людини Української медичної стоматологічної академії, Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, ДУ «Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського, «Луганського державного медичного університету», Тернопільського державного медичного університету

ім. І.Я. Горбачевського, ДВНЗ «Івано-Франківського національного медичного університету», Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького; на кафедрах анатомії людини Сумського державного університету, Медичного інституту, Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького; на кафедрі анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії Запорізького державного медичного університету; на кафедрі анатомії людини, топографічної анатомії та оперативної хірургії Буковинського державного медичного університету; на кафедрі оперативної хірургії та топографічної анатомії Одеського національного медичного університету; на кафедрі анатомії людини ім. М.Г. Туркевича Буковинського державного медичного університету; на кафедрі нормальної анатомії людини ДУ «Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського.

Висновки:

У роботі проведено теоретичне узагальнення і нове вирішення завдання медичної науки, що складається у встановленні нейроно-гліально-капілярних взаємовідносин постцентральноъ звивини лівої і правої частини головного мозку осіб різного віку і статі, що дозволяє виявити анатомічну мінливість цих утворень.

1. На підставі морфологічних і морфометричних досліджень постцентральної звивини людини в міру збільшення віку встановлено: прогресивне зменшення щільності розподілу нервових клітин, зменшення кількості субстанції Нісль, дистрофія і дегенерація нейронів, накопичення в них ліпофусцину, збільшення кількості гліоцитів, редукція капілярної мережі.

2. Щільність нейронів постцентральної звивини головного мозку людини становить 8,46 ± 0,86 од/10-12 м2, гліальних елементів 29,03 ± 0,89 од/10-12 м2, капілярів 2,69 ± 0,09 од/10– 12 м2. У чоловіків і жінок відзначаються аналогічні зміни показників нейроно-гліально-капілярних взаємовідносин у постцентральній звивині із збільшенням віку, відмінності полягають в ступені вираженості цих змін з більшим ступенем вираженості цих змін у чоловіків. Так, щільність нейронів достовірно знижується при порівнянні першої і четвертої груп у чоловіків в 2,73 рази, у жінок в 2,56 рази; щільність гліальних елементів зростає у чоловіків в 2,05 рази, у жінок в 1,89 рази; щільність капілярів знижується у чоловіків в 2,03 рази, у жінок в 2,98 рази.

3. Як у чоловіків, так і у жінок відсутні статистично достовірні відмінності в показниках щільності нейронів, глії і капілярів між правою і лівою півкулями мозку (значення коефіцієнтів асиметрії коливається від – 0,0053 для капілярів старшої вікової групи до 0,2486 для нейронів старшої вікової групи.).

4. При вивченні нейроно-гліально-капілярних відносин у постцентральній звивині встановлено, що нейрони, глія і капіляри утворюють єдину систему, структура зв’язків в якій добре описується лінійними рівняннями, які можуть бути використані для прогнозування ймовірної щільності клітинних компонентів у осіб різних вікових груп.

5. Найбільш впливовим фактором на зміну нейроно-гліально-капілярних взаємовідносин постцентральної звивини головного мозку є вік людини, потім локалізація цієї звивини в правій або лівій півкуль і найменше впливає стать людини.

ОНКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Синькевич Н. С., Козлова Е. И., Точёная Н. А.
студентки
Белорусского государственного медицинского университета
г. Минск, Республика Беларусь

Рак молочной железы (РМЖ) прочно занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований женского населения [1, с. 298–299]. Важным моментом является профилактика и ранняя диагностика опухоли. Наиболее действенным направлением первичной профилактики рака является предотвращение или снижение негативного влияния на человека многочисленных экзогенных и эндогенных канцерогенных факторов. С учетом сказанного, нами проведено научное исследование с целью изучения факторов риска РМЖ у женщин Республики Беларусь.

Задачи исследования. В различных возрастных группах женского населения исследовать: частоту встречаемости определённых факторов риска РМЖ, степень риска развития РМЖ, взаимосвязь полученных данных со статистическими данными Белорусского канцер-регистра о заболеваемости женского населения, роль факторов риска в патогенезе РМЖ.

Методы и материалы исследования. Для решения указанных нами задач разработана анкета, состоящая из 31 вопроса, в каждом из которых отражается определенный фактор риска развития РМЖ. Респондентам было предложено выбрать 1 ответ из имеющихся 2-3 вариантов. Отвечая на предоставленные вопросы женщины узнавали о существующих факторах риска. Оценка факторов проведена по условной 3-х бальной шкале, в зависимости от степени влияния на развития РМЖ. Было опрошено 600 женщин 5 возрастных групп (по 120 чел. в каждой): гр.1 – до 24 лет, гр.2 – 25-34 года, гр.3 – 35-44 года, гр.4 – 45-54 года, гр.5 – 55 лет и старше. По сумме набранных баллов делался вывод о степени риска РМЖ: низкого 0-9 баллов, среднего 10-19 баллов, высокого 20-50 баллов.

Полученные результаты. Ниже перечислены наиболее часто встречающиесяфакторы.

Стрессы. Длительные перераздражения центральной нервной системы различными факторами приводят к ее функциональному истончению и тем самым нарушают нормальный обмен в организме, что предрасполагает к развитию злокачественных новообразований. При анализе ответов на вопрос о наличие стрессов, отмечено, что в каждой возрастной группе большое количество человек ответило положительно на поставленный вопрос (от 65,83% до 94,17%). Увеличение подверженности стрессам начинается с 35 лет. Большие проценты указывают об актуальности этого фактора и о необходимости снижения конфликтных ситуаций, отрицательных эмоций, частых волнений и других стрессовых воздействий.

Ношение белья на металлическом фиксаторе. С 25 до 45 лет большой процент женщин (от 63,33% до 85,83%) носят бюстгальтер на металлическом фиксаторе, тем самым происходит хроническая травматизация молочной железы, нарушается трофика и лимфоотток в тканях. Особенно вредно тугое, придающее эффектную форму бюсту, белье.

Высокое содержание жира животного происхождения в питании. Данный факт влияет на на гормональный фон организма. Согласно исследованиям, у таких людей отмечается повышенное содержание эстрогена в крови (промотора гормонозависимого типа рака груди), в тоже время приводит и к понижению защитной функции иммунной системы, что так же негативно влияет на образование РМЖ. С 35 лет увеличивается содержание жира животного происхождения в рационе женщин. На данный вопрос ответило положительно более половины респондентов (от 43,33% до 61,67% в разных возрастных группах).

Уменьшение физической активности отмечено даже в молодом возрасте до 35 лет. Регулярные физические нагрузки способствуют поддержанию нормы своего веса, снижают уровень эстрогена. Молодым девушкам следует серьезней относиться к этому фактору.

Значительное увеличение количества **искусственных абортов** наблюдается у женщин среднего и старшего поколения (увеличение идёт с 35 лет (73%)). При абортах возникают нарушения развития (дисплазия) клеток железы, образуются кистозно-расширенные протоки и альвеолы с чрезмерным размножением клеток эпителия. Следует задуматься о методах контрацепции во избежание нежелательной беременности.

Увеличение **воспалительных заболеваний гениталий** наблюдается в возрасте от 35 до 55 лет (от 11,67% до 30%). Важное значение для предупреждения опухолевого заболевания имеет и своевременное лечение заболеваний органов половой сферы, а также соблюдение личной гигиены.

Отсутствие и **нерегулярность половой жизни** больше наблюдается в возрасте до 24 лет и после 55 лет. Если женщина испытывает потребность в сексе, но не имеет возможности ее удовлетворить, то это чревато тем, что половые гормоны «отыгрываются» на молочной железе. Поэтому следует организовать личную жизнь таким образом, чтобы в ней нашлось место регулярному сексу.

Работа при ярком освещении, способствует увеличению выработки мелатонина, затем эстрогена и пролактина. Этому фактору подвергались опрошенные вплоть до 55 лет, что связано со значительным количеством времени, проведенным у экранов телевизоров и компьютеров.

Курение. Американского Общества Клинической Онкологи (ASCO) 2011, и показали, что риск агрессивного рака молочной железы не только выше у курящих женщин, чем у некурящих, но и повышается вместе с длительностью курения. Канцерогенное влияние никотина играет решающую роль в биологических процессах, связанных с развитием рака молочной железы человека. Наибольше количество курящих респондентов приходится на возраст до 24 лет и 45-54 лет.

По итогам тестирования можно отметить, что наблюдается резкий скачок степени риска в возрасте после 35 лет. Высокий риск развития РМЖ в каждой группе, состоящей из 120 человек отмечен в следующем количестве: в гр.1 – 0 чел.; в гр. 2 у 6 чел.; в гр.3 у 35 чел.; в гр.4 у 36 чел.; в гр.5 у 32 чел. К категории высокой степени риска относятся возрастные группы от 35 лет и старше. По данным Белорусского канцер-регистра, значительный рост заболеваемости РМЖ в 2007 году отмечен с возраста 45-49 лет (460 чел. на 100 тыс. населения) и достигает максимума в возрастной группе 55-59 лет (498чел. на 100 тыс. населения). [5, с 202-203]

Исходя из данных, можно сказать, что уже в возрастной группе до 25 лет более 33% опрошенных имеют среднюю степень риска. Если принять во внимание увеличение количества негативных факторов, воздействующих на организм с течением времени, то для молодого возраста вопросы профилактики являются также актуальними.

Выводы. Если учесть тот факт, что образование опухоли многолетний процесс, можно сделать вывод о том, что возраст 35-44 года является пограничным возрастом (возраст значительного увеличения степени риска развития РМЖ), т.к. в этом возрастном периоде насчитывается максимальное количество женщин с отягощающими моментами, а именно:

– наличием контролируемых факторов риска РМЖ;

– с наличием факторов риска наиболее значимых в развитии РМЖ;

Именно поэтому в возрасте 45-54 года наблюдается резкое возрастание заболеваемости у женщин Республики Беларусь, что отражает как наше исследование, так и данные Белорусского канцер-регистра.

Рекомендации. Необходимо уменьшить воздействие контролируемых факторов риска, влияние которых можно убрать или уменьшить самостоятельно, так как сочетание нескольких отрицательных факторов повышает риск заболевания. Женщины с 35 лет должны подвергаться ежегодному динамическому наблюдению. Начиная с этого возраста женщинам нужно ежемесячно проводить самообследование, УЗИ-диагностику 1 раз в год, маммографию после 50 лет, вести здоровый образ жизни. Это является важными факторами в профилактике РМЖ.

Литература:

1. Антоненкова Н.Н. Онкология. Минск: 2007. С. 298–299.

2. Вопросы онкологии, 2008 том 54 № 1, С. 25–30.

3. Вопросы онкологии, 2008 том 54 № 3, С. 260–265.

4. Вопросы организации и информации здравоохранения № 1 2003, С. 34–36.

5 .Злокачественные новообразования в Беларуси 2000-2009. Минск: 2010. С. 202–203.

6. Медицинские новости № 6 2003, С. 66–68.

7. Путырский Л.А., Путырский Ю.Л. Советы врача-маммолога. Минск: 2005.

8. Путырский Л.А. Харкевич О.Н. Клиническое обследование молочных желез. Гомель: 2004.

9. Путырский Л.А., Илькевич А.Г. Скрининг-диагностика злокачественных заболеваний молочных желез. Гомель: 2004.
10. Путырский Л.А., Силява В.Л. Коротко о мастопатии. Минск: 2002.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Синькевич Н. С., Козлова Е. И., Захаренко Н. Н.
студентки
Белорусского государственного медицинского университета
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность: Наиболее распространенной патологией ССС на сегодняшний день является ишемическая болезнь сердца, которая может проявиться тремя путями: стенокардия, инфаркт миокарда, внезапная смерть.

Основной причиной ишемической болезни сердца является атеросклеротическое поражение коронарных артерий, которое наблюдается у 95% больных ИБС. Если кратко охарактеризовать патогенез атеросклероза, то это заболевание связано с нарушением липидного обмена и повышенным уровнем холестерола, ЛПНП, а также триацилглицеролов в плазме. Избыток ЛПНП утилизируется с участием макрофагов в стенке сосудов. Следствием этого является накопление холестерола в интиме сосудов и формирование атеросклеротических бляшек. На всех этапах патогенеза важную роль играет вялотекущий воспалительный процесс в стенке артерий, который инициируется цитокинами, активными формами кислорода и другими БАВ, выделяемыми макрофагами, и способствует прогрессированию атеросклероза и развитию осложнений.

Сахарный диабет, независимо от типа, является одним из важнейших факторов риска атеросклероза коронарных артерий и ИБС, при этом ведущую роль играют характерные для диабета метаболические нарушения:

Во-первых, дефицит инсулина приводит к гипергликемии, которая сопровождается повышенным образованием гликозамингликанов, инфильтрующих сосудистую стенку, активацией гликозилирования белков и стимуляцией перекисного окисления липидов под действием образующихся продуктов (AGE). Повреждение сосудистой стенки увеличивает склонность к тромбообразованию.

Во-вторых, имеет место дислипопротеинемия, сопровождающаяся гипертриглицеридемией и гиперхолестеринемией.

Цель исследования: проанализировать показатели индекса массы тела, гликемии, коагулограммы и липидограммы у пациентов с ИБС и сахарным диабетом, с тем, чтобы оценить эффективность достижения целевых значений на фоне стандартной терапии.

Материалы и методы: Мы проанализировали данные 31 некурящего пациента, которые находились на лечении в стационаре 1 ГКБ г. Минска с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения. Пациенты были разделены на 2 группы: СД+ (у которых имелся сопутствующий диагноз: сахарный диабет, n=14) и СД– (без сахарного диабета, n=17). Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в таблице – видно, что сформированные группы были сопоставимы по этим характеристикам.

Характеристика		СД-, n	СД+, n
Количество пациентов	Всего	17	14
	Мужчин	8	7
	Женщин	9	7
Средний возраст	В целом в группе	67,2 ± 3,3	65,7 ± 2,5
	Мужчин	64,6 ± 5,0	63,1 ± 1,8
	Женщин	69,5 ± 4,5	68,6 ± 4,9

Пациенты амбулаторно получали стандартную терапию с использованием следующих групп препаратов: ингибиторы АПФ (периндоприл, эналаприл), антиагреганты (кардиомагнил, полокард), статины (аторвастатин), инсулин (в группе СД+). Минимальная продолжительность такой терапии составляла 3 мес.

В таблице представлены оцениваемые показатели, диапазон их нормальных значений (для соответствующей возрастной группы), а также, так называемые, целевые значения, к которым в соответствии с современными рекомендациями нужно стремиться в процессе лечения.

Показатель	Нормальные значения	Целевые значения
Индекс массы тела, кг/м^2	18,5 – 24,9	18,5 – 24,9
Международное нормализованное отношение (МНО)	0,85 – 1,25	0,85 – 1,25 (в определенных случаях – 2,0 – 3,0 и выше)
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), сек	27 – 35	27 – 35
Глюкоза (плазма), ммоль/л	3,9 – 6,1	3,9 – 6,1
Триацилглицеролы, ммоль/л		< 2,0
Холестерол, ммоль/л		
общий		< 5,0
ЛПНП		< 3,0
ЛПВП		> 1,0
Коэффициент атерогенности (Общий холестерол – холестерол ЛПВП)/холестерол ЛПВП	≤ 3	< 4,0

Мы оценивали: индекс массы тела (ИМТ), который рассчитывался по формуле: $I=m/h^2$, где: m – масса тела в килограммах, h – рост в метрах;

международное нормализованное отношение (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), содержание глюкозы, триацил-

глицеролов, холестерола, липопротеинов высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП) в плазме крови.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ STATISTICA 6,0. После предварительной проверки нормальности распределения данных в группах, достоверность различий между ними оценивали с помощью непараметрического U-теста Манна-Уитни. Различия считали достоверными при уровне значимости $P<0,05$. Данные представлены в виде медианы и интерквартильных размахов.

Результаты и обсуждение.

Большинство пациентов обеих групп имели избыточную массу тела. В группе без сахарного диабета средний показатель ИМТ соответствовал верхней границе нормы, нормальные значения выявлены у 41% пациентов, избыток массы тела (предожирение, ИМТ=25-29,9) – у 35%, ожирение 1 степени (ИМТ=30-34,9) – у 18%, 2-й степени (ИМТ=35-39,9) – у 6%. ИМТ у пациентов в группе с сахарным диабетом был в 1,2 раза выше, чем в группе СД-. В этой группе ИМТ соответствовал нормальным значениям лишь у 8,3% пациентов, избыточную массу тела имели 42% пациентов, ожирение 1 степени – 33% пациентов, ожирение 2 степени – 8,3%, ожирение 3 степени (ИМТ 40 и более) – 8,3%.

Лабораторные данные. Показатели коагулограммы (как МНО, так и АЧТВ) у пациентов обеих групп соответствовали нормальным значениям, т.е. не было выявлено склонности ни к гипер-, ни к гипокоагуляции.

Выявлено существенное превышение нормального уровня гликемии у пациентов с сахарным диабетом, несмотря на проводимое лечение. В группе СД+ медианный уровень глюкозы в крови составил 7,1 ммоль/л, ни у одного пациента данный показатель не соответствовал норме.

В липидограмме не было достоверных отличий у пациентов с диабетом и без диабета со стороны содержания триацилглицеролов в плазме крови. Уровень холестерола выходил за пределы целевого диапазона в 45% случаев в группе СД+ и в 70% случаев в группе СД-. Как показывают результаты исследований, при приеме статинов в плазме снижается не только уровень холестерола (на 30-50%), но и триацилглицеролов (хотя и в меньшей степени, на 10-30%). Это связывают с тем, что статины могут подавлять в печени синтез аполипопротеина В-100, а также синтез и секрецию ЛПОНП, богатых триглицеридами. Мы не выявили корреляции между индексом массы тела и уровнем ТАГ или холестерола в плазме.

Статины не только значительно снижают уровень холестерола ЛПНП, но и умеренно повышают концентрацию ЛПВП. На фоне лечения уровень ЛПНП у пациентов обеих групп находился в пределах нормальных значений. Что касается ЛПВП, мы обнаружили следующее: у пациентов с СД уровень ЛПВП был достоверно ниже (на 35%), чем у лиц без диабета.

Такое явление является неблагоприятным, поскольку защитная роль ЛПВП в отношении сердечно-сосудистой системы широко известна. По данным литературы, при повышении уровня ЛПВП в 2 раза (с 0,8 ммоль/л до 1,6 ммоль/л) вероятность инфаркта снижается в 8 раз (!), тогда как понижение ЛПНП (от максимального до минимального уровня) – только в 3-4 раза.

Выводы: На фоне стандартной терапии с использованием антигипертензивных средств, антиагрегантов и липидоснижающих препаратов (статинов) показатели МНО, АЧТВ, уровень триацилглицеролов и холестерола ЛПНП у пациентов с ИБС находятся в пределах целевых диапазонов, уровень общего холестерола повышен у 70% лиц без диабета и 45% лиц с сахарным диабетом.

У лиц с ИБС и сопутствующим сахарным диабетом показатели ИМТ, уровня гликемии и ЛПВП (особенно у мужчин) не соответствуют целевым значениям и, в связи с этим, требуют отдельного внимания.

Коррекция медикаментозной терапии и строгое соблюдение пациентами рекомендаций по характеру питания и образу жизни могут повысить эффективность лечения.

Литература:

1. «Принципы терапии сахарного диабета 2 типа в сочетании с артериальной гипертензией». Учебное руководство / А.С. Аметов, Т.Ю., 2001. – 203 с.

2. «Клиническая фармакология и фармакотерапия». Ю.Б. Белоусов, 1997. – 530 с.

3. «Метаболический сердечно-сосудистый синдром». Я.В. Благосклонная, Е.В. Шляхто, Е.И. Красильникова // Рос. мед. журн. 2001. – № 2. – С. 67–72.

ДЛЯ НОТАТОК

науковий збірник

МАТЕРІАЛИ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

«Роль та місце медицини у забезпеченні здоров'я людини у сучасному суспільстві»

м. Одеса, 21–22 листопада 2014 р.

Підписано до друку 25.11.2014. Формат 60х84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Цифровий друк.
Умовно-друк. арк. 11,16. Тираж 100. Замовлення № 1114-99.
Ціна договірна. Віддруковано з готового оригінал-макета.

Видавництво і друкарня – Видавничий дім «Гельветика»
73034, м. Херсон, вул. Паровозна, 46-а, офіс 105.
Телефон +38 (0552) 39 95 80
E-mail: mailbox@helvetica.com.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 4392 від 20.08.2012 р.