

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

MEDICAL PERSPECTIVES

2014 Том XIX № 2 ч.1

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік

Заснований у 1996 році

Адреса редакції

49044, м. Дніпропетровськ
вул. Дзержинського, 9
редакція журналу
"Медичні перспективи"
ДЗ «Дніпропетровська
медична академія Міністерства
охорони здоров'я України»

Телефон/факс

(056) 370-96-38

Телефон

(0562) 31-22-78

E-mail

medpers@dma.dp.ua

www.medpers.dsma.dp.ua

Засновник
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Реєстраційне свідоцтво
серія КВ №1721 від 24.10.1995р.
Періодичність – 4 рази на рік

Видається згідно з постановою вченої ради
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»
(протокол № 9 від 24.04.2014р.)

Постановою президії
ВАК України 1-05/1 від 10.02.2010р.
журнал "Медичні перспективи" включено до
переліку видань, в яких можуть публікуватися
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних
наукометричних базах даних:
РИНЦ (Russian Science Citation Index),
Index Copernicus, ВИНІТИ,
Ulrich's Periodicals Directory,
в каталогах наукових міжнародних журналів:
CiteFactor Academic Scientific Journals,
Medical Journals Links

Підписано до друку 07.05.2014р.
Формат 60x84/8. Друк офсетний.
Папір офсетний.
Умовн. друк. арк. 7,9.
Зам. № 75. Тираж 100 примірників.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор

Г.В. ДЗЯК

Науковий редактор

Т.О. ПЕРЦЕВА

Е.М. Білецька (відповідальний редактор),
О.О. Гудар'ян, К.Д. Дука, В.М. Лехан
(куратор розділу "Профілактична медицина"),
О.Є. Лоскутов, О.Г. Родинський
(куратор розділу «Теоретична медицина»),
Л.В. Усенко (куратор розділу
"Клінічна медицина")

Склад редакційної ради

В.В. Абрамов (Дніпропетровськ),
К.М. Амосова (Київ), **В.О. Бобров** (Київ),
І.М. Бондаренко (Дніпропетровськ),
О.З. Бразалук (Дніпропетровськ), **Л.А. Дзяк**
(Дніпропетровськ), **В.М. Коваленко** (Київ),
Г.М. Кременчуцький (Дніпропетровськ),
В.Й. Мамчур (Дніпропетровськ), **Е.Л. Насонов**
(Москва), **Радд Полік** (Великобританія),
В.О. Потапов (Дніпропетровськ), **А.М. Сердюк**
(Київ), **Ю.М. Степанов** (Дніпропетровськ),
В.П. Стусь (Дніпропетровськ),
І.М. Трахтенберг (Київ), **Ю.І. Фещенко** (Київ),
Тоні Хью Меррі (Великобританія),
М.Г. Шандала (Москва),
Л.Р. Шостакович-Корецька (Дніпропетровськ),
Х.-В. Шпрингорум (Німеччина),
К. Штайнбрюк (Німеччина),
Л.М. Юр'єва (Дніпропетровськ)

Літературні редактори М.Ю. Сидора,
І.М. Клименко

Комп'ютерний дизайн та оригінал-макет

Л.М. Григорчук

Макетування та друкування

виконано ВТК "Редактор" та "Друкар" ДЗ "ДМА"

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2014 Том XIX № 2 ч.1

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

УКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ "ВІД НАУКИ ДО ПРАКТИКИ"

UKRAINIAN SCIENTIFIC CONFERENCE IN FAMILY MEDICINE "FROM SCIENCE TO PRACTICE"

- | | | |
|---|----|--|
| Дзяк Г.В. Привітання учасників конференції | 6 | Dzyak G.V. Congratulations to participants of the conference |
| АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ,
ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ В ЗАГАЛЬНО-
ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ | | TOPICAL ISSUES OF DIAGNOSTICS,
TREATMENT AND REHABILITATION IN
GENERAL MEDICINE PRACTICE |
| Єфанова А.О., Мишина Н.В., Аліфіренко О.О.
Особливості терапії стенозуючого ларинготрахеїту у дітей | 7 | Yefanova A.O., Myshyna N.V., Alifirenko O.O.
Peculiarities of therapy of stenosing laryngo-tracheitis in children |
| Дігтяр В.А., Камінська М.О. Лійкоподібна деформація грудної клітки у практиці сімейного лікаря: діагностика, тактика ведення і лікування | 9 | Digtyar V.A., Kaminska M.O. Funnel chest in the family doctor's practice: diagnosis, management tactics and treatment |
| Таран О.М., Клименко О.В., Лебідь І.В., Тихоненко С.М. Диференційований підхід до застосування індукторів інтерферону в профілактиці і лікуванні ГРВІ у дітей раннього віку | 12 | Taran O.M., Klymenko O.V., Lebid' I.V., Tyhonenko S.M. Differential approach to usage of interferon inducers in prevention and treatment of ARVI in early age children |
| Чухрієнко Н.Д., Левих Д.В. Особливості перебігу артеріальної гіпертензії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень | 15 | Chukhriyenko N.D., Lyevykh D.V. Peculiarities of arterial hypertension course in patients with COPD |
| Кондратьєв В.О., Бадогіна Л.П., Порохня Н.Г., Фан Ліюнь Умови формування серцево-судинної патології у хлопчиків-підлітків | 20 | Kondratiev V.A., Badogina L.P., Porokhnya N.H., Fan Liun Conditions of forming cardio-vascular pathology in young boys |
| Ільченко С.І. Особливості статусу тютюнопаління у сучасних підлітків | 25 | Pchenko S.I. Peculiarities of tobacco smoking status in adolescents |
| Чухрієнко Н.Д., Хмель О.С. Тютюнопаління як фактор зниження толерантності до фізичних навантажень та якості життя у хворих на ХОЗЛ | 29 | Chuhriyenko N.D., Khmel O.S. Cigarette smoking, as a factor of decreasing tolerance to physical activity and quality of life in patients with COPD. |
| Міцура Д.І. Структура та деякі якісні показники аналізу роботи хірургічного кабінету Центру первинної медико-санітарної допомоги | 32 | Mitsura D.I. Structure and some quality indices of analysis of surgery of Center of primary stage health care |
| Яловенко М.І. Роль психосоматичного статусу в розвитку артеріальної гіпертензії у жінок клімактеричного періоду в роботі сімейного лікаря | 34 | Yalovenko M.I. Role of psychosomatic status in the development of hypertension in climacteric women in the work of a family doctor |
| Черниловський А.В., Росицька О.А. Особливості перебігу артеріальної гіпертензії у хворих на хронічний гломерулонефрит | 37 | Chernilovsky A.V., Rosyc'ka O.A. Dynamics of blood pressure course in patients with chronic glomerulonephritis |
| Болбот Ю.К., Бордій Т.А., Чабанюк О.В., Карпенко А.В. Особливості етіологічної структури рецидивуючих бактеріальних ускладнень ГРВІ у дітей | 39 | Bolbot Yu.K., Bordiy T.A., Chabanyuk O.V., Karpenko A.V. Peculiarities of etiologic structure of recurrent bacterial complications of ARVI in children |
| Вакулєнко Л.І., Савченко А.В., Ян Сяодун, Рєзнік Т.К., Літвінова О.М., Зінковська Н.В. Фактори розвитку та хронізації пієлонефриту у дітей Дніпропетровської області | 42 | Vakulenko L.I., Savchenko A.V., Yan Syaodun, Reyznik T.K., Litvinova O.M., Zinkovska N.V. Risk factors and pyelonephritis chronization in children of Dnipropetrovsk region |
| Ільченко С.І., Іванусь С.Г., Донець М.М. Перший досвід застосування Пульмозиму в лікуванні хворих на муковісцидоз | 46 | Pchenko S.I., Ivanus' S.G., Donets' M.M. The first experience of "Pulmozym" usage in treatment of mucoviscidosis patients |
| Дука К.Д., Крамаренко Н.Н. Ефективність оцінки графіків фізичного розвитку дітей згідно з протоколом медичного догляду за здоровою дитиною до 3-х років | 47 | Duka K.D., Kramarenko N.N. Efficiency of assessment of physical development charts of children according to protocol of medical supervision over a healthy child before 3 years of age |

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2014 Том XIX № 2 ч.1

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

- | | | |
|--|----|--|
| Волошина Е.Б., Бусел С.В., Удовиця В.О., Саморукова В.В., Дукова О.Р., Чайка А.О., Бугерук В.В., Лисий І.С. Основні причини резистентної та псевдорезистентної гіпертензії у практиці сімейного лікаря | 48 | Voloshyna Ye.B., Busel S.V., Udovytsya V.O., Samorukova V.V., Dukova O.R., Chaika A.O., Bugeruk V.V., Lysyi I.S. Main causes of resistance and pseudo-resistance hypertension in family doctor practice |
| Волошина Е.Б., Саморукова В.В., Дычко Т.А., Дукова О.Р., Бусел С.В., Филиппова О.А., Лысий И.С., Лагутин В.Г. Чувствительность к антигипертензивным препаратам у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких | 49 | Voloshyna Ye.B., Samorukova V.V., Dychko T.A., Dukova O.R., Busel S.V., Fylypova O.A., Lysyi I.S., Lagutyn V.G. Sensitivity to anti-hypertensive agents in patients with COPD |
| Крамаренко Н.М., Іванусь С.Г. Оцінка фізичного розвитку дітей з кардіальною патологією | 49 | Kramarenko N.M., Ivanus' S.H. Assessment of physical development of children with cardiac pathology |
| Кузьміна А.П., Хакімова Т.В. Анемія хронічного запалення в загальнолікарській практиці | 50 | Kuzmina A.P., Khakimova T.V. Anemia of chronic inflammation in general medicine practice |
| Мишина Н.В., Єфанова А.О., Мишина Т.В. Досвід терапії білково-енергетичної недостатності в дитячій неврологічній клініці | 51 | Myshyna N.V., Yefanova A.O., Myshyna T.V. Experience of therapy of protein-energetic insufficiency in pediatric neurology clinic |
| Курята О.В., Нода О.Ю. Особливості лікування синдрому болю у хворих з ревматоїдним артритом у поєднанні з артеріальною гіпертензією | 53 | Kuryata O.V., Noda O.Yu. Peculiarities of pain syndrome treatment in patients with rheumatoid arthritis combined with arterial hypertension |
| Прокопчук Ю.В., Шмакова І.П., Ковальчук Л.І., Богатырева Т.В., Шаповалова А.А., Афанасьєва Я.С. Принципы современной профилактики и реабилитации пациентов с коморбидной патологией гастродуоденальной зоны и сердечно-сосудистой системы | 54 | Prokopchuk Yu.V., Shmakova I.P., Kovalchuk L.I., Bogatyryova T.V., Shapovalova A.A., Afanasiyeva Ya.S. Principles of modern prophylaxis and rehabilitation of patients with comorbid pathology of gastro-duodenal zone and cardio-vascular system |
| Смирнова О.Л., Неханевич О.Б. Актуальні питання оптимізації рухової активності населення в діяльності лікаря сімейної медицини | 55 | Smyrnova O.L., Nekhanevych O.B. Topical issues of optimization of motor activity of population in family doctor practice |
| Шевченко Ю.М. Курація хворих на хронічний панкреатит з депресивними розладами в загальномедичній мережі | 56 | Shevchenko Yu.M. Supervision over patients with chronic pancreatitis with depressive disorders in general medicine practice |
| Аліфанова С.В., Харітонова О.Н. Ефективність призначення пробіотиків у реабілітації дітей, які народились недоношеними | 57 | Alifanova S.V., Kharitonova O.N. Efficiency of probiotics administration in rehabilitation of children born pre-term |
| Ільченко С.І., Іванусь С.Г., Фіалковська А.О. Особливості патології гепатобілярної системи у дітей, хворих на муковісцидоз | 58 | Ichenko S.I., Ivanus S.G., Fialkovska A.O. Peculiarities of hepato-biliary system pathology in children with mucoviscidosis |
| Ковтуненко Р.В., Чергинец Л.Н., Шевченко Л.І., Евсикова Л.Н. Лечение острых obstructивных бронхитов у детей раннего возраста | 59 | Kovtunenکو R.V., Cherginets L.N., Shevchenko L.I., Yevsykova L.N. Treatment of acute obstructive bronchitis in early age children |

СПЕЦІАЛІСТИ В ДОПОМОГУ ЛІКАРЮ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

- Кошля В.І., Кузмічов А.О., Скларова Н.П., Кошля О.В., Кульбачук О.С., Марченко О.О., Івахненко Н.Т., Клізунова Ю.О., Мартиненко А.В.** Показники адгезивної функції ендотелію у хворих на пухлини товстої та прямої кишки та їх зміни на тлі застосування бісопрололу та омакору
- Кошля В.І., Фероз Шах, Кульбачук О.С., Марченко О.О., Клізунова Ю.О., Скларова Н.П., Кошля О.В.** Особливості змін коагуляційного та фібринолітичного потенціалу ендотелію при пухлинах молочної залози

SPECIALISTS' HELP TO GENERAL MEDICINE PHYSICIANS

- 60 **Koshlia V.I., Kuzmichov A.O., Sklyarova N.P., Koshlia O.V., Kulbachuk O.S., Marchenko O.A., Ivakhnenko N.T., Klizunova J.A., Martinenko A.V.** Indicator of adhesive endothelium function in tumor patients and colon bowel and their changes on the background of bisoprolol and omakor
- 62 **V.I. Koshlia, Feroz Shach, Rulbachuk A.S., Marcheko O.A., Klizunova J.A., Slarova N.P., Koshlia O.V.** Features of changes in coagulation and fibrinolytic potential in endothelial breast tumors

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2014 Том XIX № 2 ч.1

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

-
- | | | |
|---|----|--|
| Чергінець В.І., Башкірова Н.С. Кортизол сироватки крові та чутливість бронхіальних рецепторів у дітей, які зазнають впливу тютюнового диму | 64 | Cherginets V.I., Bashkirova N.S. Cortisol of serum of blood and sensitivity of children's bronchial receptors who are affected by tobacco smoke |
| Погорєлов О.В. Клініко-нейрофізіологічні критерії оптимізації терапії тривоги у пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями | 68 | Pohoryelov O.V. Clinical-neurophysiologic criteria of optimization therapy of anxiety in patients with cerebrovascular diseases |
| Ефимова Н.А. Влияние обострения ХОЗЛ на показатель эндотелиальной дисфункции | 70 | Yefimova N.A. Impact of COPD exacerbation on endothelial dysfunction finding |
| Єфімова Н.О. Деякі показники функції ендотелію у курців, хворих на ХОЗЛ | 75 | Yefimova N.O. Some indices of endothelial function in smokers with COPD |
| Шейко С.О. Ремоделювання лівого шлуночка у хворих з кардіоренальним синдромом | 79 | Sheiko S.O. Remodeling of the left ventricle in patients with cardio-renal syndrome |
| Башкірова Н.С., Іванусь С.Г., Донець М.М. Порушення функції бронхіальних рецепторів у дітей, які зазнають впливу тютюнового диму, та методи їх корекції | 82 | Bashkirova N.S., Ivanus S.H., Donets' M.M. Violation of functions bronchial receptors in children impacted by smoke and methods correction |
| Кушнерова О.А., Шостакович-Корецька Л.Р., Литвин К.Ю., Воликова О.А. Імунологічні характеристики Епштейн-Барр вірусної інфекції у ВІЛ-інфікованих хворих | 85 | Kushnerova O.A., Shostakovych-Koretska L.R., Lytvyn K.Yu., Volikova O.A. Immunologic characteristics of Epstein-Barr viral infection in HIV-infected patients |
| Вацеба М.О. Корекційна фармакотерапія артеріальної жорсткості у хворих на артеріальну гіпертензію з ожирінням та подагрою | 87 | Vatseba M.O. Correction drug therapy of arterial stiffness in arterial hypertension patients with obesity and gout |
| Шейко С.О. Особливості атерогенезу у хворих похилого віку з ХСН і кардіоренальним синдромом | 90 | Sheiko S.O. Peculiarities of atherogenesis in elderly age patients with CHF and cardiorenal syndrome |
| Величко В.І., Венгер Я.І., Данильчук Г.О., Коваленко С.Ф. Рівень контролю над бронхіальною астмою у хворих дітей з надмірною масою тіла | 91 | Velychko V.I., Venher Ya.I., Danylchuk H.O., Kovalenko S.F. Level of control over bronchial asthma in sick children with excessive body mass |
| Крижановський Д.Г., Марченко Н.А. Частота виявлення резистентності у хворих з новими випадками ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ | 92 | Kryzhanovsky D.G., Marchenko N.A. Incidence of resistance revealing in patients with new cases of co-infection TB/HIV |
| Школьник В.М., Погорєлов О.В., Кальбус О.І., Бараненко О.М., Пашковський В.І. Клініко-нейрофізіологічні критерії діагностики стовбурової дисфункції при цереброваскулярних захворюваннях | 93 | Shkolnyk V.M., Pohoryelov O.V., Kalbus O.I., Baranenko O.M., Pashkovskiy V.I. Clinical neurophysiological criteria of trunk dysfunction in cerebrovascular diseases |
| Величко В.І., Саїд О.В., Венгер Я.І., Данильчук Г.О., Карпинська Т.Л. Роль прозапальних цитокінів у визначенні рівня кардіоваскулярного ризику у хворих на цукровий діабет 2-го типу | 94 | Velychko V.I., Said O.V., Venger V.I., Danylchuk G.O., Karpynska T.L. Role of antiinflammatory cytokines in studying cardio-vascular risk level in patients with diabetes mellitus type 2 |
| Грабовська Є.Г. Обтяжливий алергоanamнез – критерій виявлення полінозу | 94 | Hrabovska Ye.H. Burdened allergic case-history – criterion of pollinosis revealing |
| Кушнір Ю.С., Курята О.В. Галектин-3 у хворих на хронічну серцеву недостатність зі збереженою фракцією викиду | 95 | Kushnir Yu.S., Kuryata O.V. Gelektyn-3 in patients with chronic heart failure with preserved ejection fraction |
| Братусь В.М. Стан системи оксиду азоту у хворих на силікоз з ішемічною хворобою серця | 96 | Bratus' V.M. State of nitric oxide system in patients with silicosis with ischemic heart disease |
| Караванська Л.К., Богданова О.О., Медведік С.М., Чвора Д.Л. ІХС з коронарографічно інтактними артеріями серця: фактори ризику та клінічні особливості | 97 | Karavanska L.K., Bohdanova O.O., Medvedik S.M., Chvora D.L. IHD with coronographically intact heart arteries: risk factors and clinical peculiarities |
| Найдінова Е.В., Поздеев Д.А., Ракул Е.А., Приступа О.С. Оцінка функції почек и електролітного балансу у пацієнтів с гіпертонической болєзнью и сахарным диабетом II типа на амбулаторном етапе лечения | 99 | Naidyonova Ye.V., Pozdeyev D.A., Rakul Ye.A., Prystupa O.S. Assessment of renal function and electrolytic balance in patients with hypertension and diabetes mellitus type II at out-patient stage of treatment |

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

2014 Том XIX № 2 ч.1

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік
Заснований у 1996 році

ПРОБЛЕМА ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

- Ждан В.М., Шилкіна Л.М., Бабаніна М.Ю., Ткаченко М.В., Іваницький І.В.** Досвід впровадження новітніх інформаційних технологій у післядипломній підготовці сімейних лікарів в Українській медичній стоматологічній академії
- Єхалов В.В., Кравець О.В., Богатирьова О.В.** Принцип міждисциплінарної інтеграції та апіорної мотивації в медицині невідкладних станів
- Кравець О.В.** Шляхи підвищення ефективності медичної допомоги хворим з гострими порушеннями мозкового кровообігу
- Науменко Л.Ю., Борисова І.С., Березовський В.М., Кльованик В.А., Чемирисов В.В., Фесенко Г.Д.** Шляхи формування післядипломної освіти з експертизи непрацездатності в Україні (до 35-річчя кафедри медико-соціальної експертизи і реабілітації ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»)
- Мавропуло Т.К., Плеханова Т.М., Казицька Н.М., Степаненко Т.І.** Використання методу кооперативних груп при підготовці сімейних лікарів
- Чухрієнко Н.Д., Гайдук О.І., Башкірова Н.С.** Досвід кафедри сімейної медицини в розробці і впровадженні робочої наскрізної програми «Загальна практика – сімейна медицина»: інтеграція 33 кафедр медичної академії
- Клигуненко О.М., Муризіна О.Ю., Єхалов В.В.** Організація самостійної роботи з медицини невідкладних станів у лікарів-інтернів загальної практики
- Болбот Ю.К., Мавропуло Т.К., Плеханова Т.М., Казицька Н.М., Степаненко Т.І.** Шляхи підвищення ефективності перепідготовки лікарів за фахом "Загальна практика – сімейна медицина"
- Мавропуло Т.К., Плеханова Т.М., Степаненко Т.І., Казицька Н.М., Золотарьова М.К.** Удосконалення підготовки лікарів з правових питань
- Мишина Н.В., Мишина Н.К.** Психолого-педагогічні аспекти навчання іноземних студентів на клінічній кафедрі
- Василевська І.В.** Особливості підготовки лікаря загальної практики-сімейної медицини

PROBLEM ISSUES OF TRAINING PHYSICIANS OF GENERAL MEDICINE-FAMILY MEDICINE

- 100 Zhdan V.M., Shylkina L.M., Babanina M.Yu., Tkachenko M.V., Ivanytsky I.V.** Experience of introduction of new information technologies in post-graduate training of family doctors in Ukrainian medical stomatological academy
- 103 Yekhalov V.V., Kravets O.V., Bohatyryova O.V.** Principle of inter-disciplinary integration and a-priori motivation in emergency state medicine
- 105 Kravets O.V.** Ways of increase of efficiency of medicare to the patients with acute stroke
- 108 Naumenko L.Yu., Borysova I.S., Berezovskyi V.M., Klyovanyk V.A., Chemyrsov V.V., Fesenko G.D.** Ways of formation of postgraduate education on disability examination in Ukraine (dedicated to 35th anniversary of medical and social expertise and rehabilitation department, faculty of postgraduate education, State Establishment "Dnipropetrovsk medical academy of health Ministry of Ukraine")
- 112 Mavropulo T.K., Plekhanova T.M., Kazyska N.M., Stepanenko T.I.** Usage of method of co-operative groups in training of family doctors
- 117 Chuhrienko N.D., Gayduk O.I., Bashkirova N.S.** Experience of family medicine department in developing and implementing of the working cross-cutting program "General practice – family medicine": Integration of 33 medical academy departments
- 119 Klygunenko O.M., Murysina O.Yu., Yekhalov V.V.** Organization of individual work of interns-general practitioners on emergency medicine
- 122 Bolbot Yu.K., Mavropulo T.K., Plekhanova T.M., Kazyska N.M., Stepanenko T.I.** Ways of improving efficacy of professional development of physicians on specialty "General practice – family medicine"
- 123 Mavropulo T.K., Plekhanova T.M., Stepanenko T.I., Kazyska N.M., Zolotaryova M.K.** Improvement of doctors' training on legal issues
- 124 Myshyna N.V., Myshyna N.K.** Psychologic-pedagogical aspects of training of foreign students at clinical department
- 126 Vasylevska I.V.** Specific features of training general practice-family medicine physician

ШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Дозвольте Вас привітати зі ставшою вже традиційною для Дніпропетровщини і медичної академії конференцією з сімейної медицини «Від науки до практики».

Метою нашої конференції є підведення підсумків вже зробленого, можливість поділитися з лікарями досвідом щодо впровадження сімейної медицини в Дніпропетровській області та підготовки кадрів з цього напрямку.

Тематика конференції спрямована на висвітлення актуальних питань у роботі лікаря загальної практики. Вона сприятиме подальшому розвитку цієї спеціальності і збагатить кожного мультидисциплінарним підходом до проблем пацієнта.

Неоціненним буде досвід особистого спілкування з колегами - лікарями, які вже працюють в умовах реформування галузі.

Моя подяка всім фахівцям, які направили роботи в наш науковий журнал «Медичні перспективи».

З щирим побажанням творчих успіхів!

Головний редактор

*ректор ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
академік НАМН України, професор*

Г.В. Дзяк



УДК 616.22-002-616.231-007.271-085-053.2

**А.О. Єфанова,
Н.В. Мишина,
О.О. Аліфіренко**

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ СТЕНОЗУЮЧОГО ЛАРИНГОТРАХЕЇТУ У ДІТЕЙ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра пропедевтики дитячих хвороб
(зав. – д. мед. н., проф. С.І. Ільченко)

Ключові слова: стенозуючий ларинготрахеїт, терапія, діти
Key words: *stenosing laryngotracheitis, therapy, children*

Реферат. В работе представлены результаты применения препарата Инфлюцид в комплексной терапии стенозирующего ларинготрахеита у детей. Несмотря на огромное количество лекарственных препаратов, лечение ОРВИ остается преимущественно симптоматическим, что собственно и не позволяет добиться значительных результатов в снижении частот осложнений. Очень часто у детей первых лет жизни на фоне гриппа, парагриппа, аденовирусной инфекции протекает острый стенозирующий ларинготрахеит. Показана эффективность и безопасность применения препарата Инфлюцид у детей раннего возраста со стенозирующим ларинготрахеитом.

Abstract. The paper presents the results of the drug Influcid in the complex therapy of stenosing laryngealtracheitis in children. Despite the huge amount of drugs, the treatment of ARVI remains predominantly symptomatic, and this in fact does not allow to achieve significant results in reducing the incidence of complications. Very often children of the first years of life experience acute stenosing laryngotracheitis against the background of influenza, parainfluenza, adenovirus infection. The effectiveness and safety of drug Influcid in infants with stenosing laryngeal tracheitis is shown.

Хвороби респіраторної системи по праву займають перше місце в структурі захворювань дитячого віку. Немає жодної дитини, котра б не хворіла гострими респіраторними захворюваннями один чи декілька разів на рік. При цьому все частіше ГРЗ у дітей перших 3-х років життя проходять зі стенозуючим ларинготрахеїтом. Ларингіт та ларинготрахеїт зі стенозом гортані спостерігається на початку захворювання чи в результаті приєднання бактеріальної інфекції [1, 2]. Найчастіше гострий стенозуючий ларинготрахеїт проходить на фоні грипу, парагрипу, аденовірусної інфекції, респіраторно-синцитіальної інфекції [1, 2, 3].

Гострий стенозуючий ларинготрахеїт найчастіше спостерігається у дітей перших років життя, це зумовлено анатомо-фізіологічними особливостями дихальної системи: вузькістю просвіту гортані, а також надмірним розвитком лімфоїдної тканини та кровоносних судин. Це призводить до того, що у дітей запальний процес у гортані сприяє розвитку синдрому крупу [2, 3].

Під час епідемії грипу синдром крупу проходить особливо тяжко, являючись причиною тяжких ускладнень та зберігаючої летальності. Круп достовірно частіше відмічається у дітей з обтяженим алергічним фоном і перебігає тим тяжче, чим молодша дитина [3, 4]. Для лікування ГРЗ із синдромом крупу патогенетично зумовлено застосування препаратів з дезінтоксикаційними, протикатаральними, протинабряковими та

імуномодельючими властивостями. Для покращення ефективності лікування стенозуючого ларинготрахеїту доцільно включити в терапію комплексний гомеопатичний препарат Інфлюцид. Інфлюцид забезпечує імуномодельючу, проти-запальну, жарознижуючу, дезінтоксикаційну та відхаркувальну дію [3].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстеження проводилося в педіатричному відділенні клінічної дитячої лікарні. Препарат одержували 30 дітей віком від 1 до 5 років з гострим ларинготрахеїтом, серед них 25 дітей зі стенозом гортані I ступеня, 5 дітей зі стенозом гортані II ступеня. Препарат призначили відповідно до інструкції: дітям 1-12 років по 1 таблетці кожні 2 години (не більше 8 разів за день) у перші 3 дня захворювання, потім по 1 таблетці 3 рази на день до повного одужання.

Контрольну групу склали 15 дітей, із них зі стенозом гортані I ступеня 10 дітей, зі стенозом гортані II ступеня – 5 дітей. Діти одержували симптоматичну терапію, яка включала муколітичні препарати, антигістамінні, інгаляції протинабряковою сумішшю, парові інгаляції; при стенозі гортані II ступеня інгаляції кортикостероїдами через небулайзер, глюкокортикоїди внутрішньовенно.

Оцінювались такі клінічні прояви захворювання: лихоманка, інтоксикація, сиплість голосу, «гавкаючий» кашель, інспіраційна задишка при фізичному навантаженні та у спокої, участь

Актуальні питання діагностики, лікування і реабілітації в загальнолікарській практиці

допоміжних м'язів в акті дихання. Інтенсивність проявів клінічних симптомів оцінювалась у балах: 0 балів – відсутні прояви; 1 бал – незначні прояви; 2 бали – помірні прояви; 3 бали – виражені прояви. Всі діти поступали у відділення в перші 3 дні від початку захворювання. У 100% дітей був грубий «гавкаючий» кашель, у 75% дітей фебрильна температура тіла, у 93% дітей – задишка інспіраторного характеру.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Застосування препарату Інфлюцид у комплексній терапії у дітей зі стенозуючим ларинготрахеїтом приводить до скорочення тривалості клінічних симптомів. Так діти, котрі одержували Інфлюцид, лихоманили протягом 4 днів, у контрольній групі до 6 днів (рис. 1).

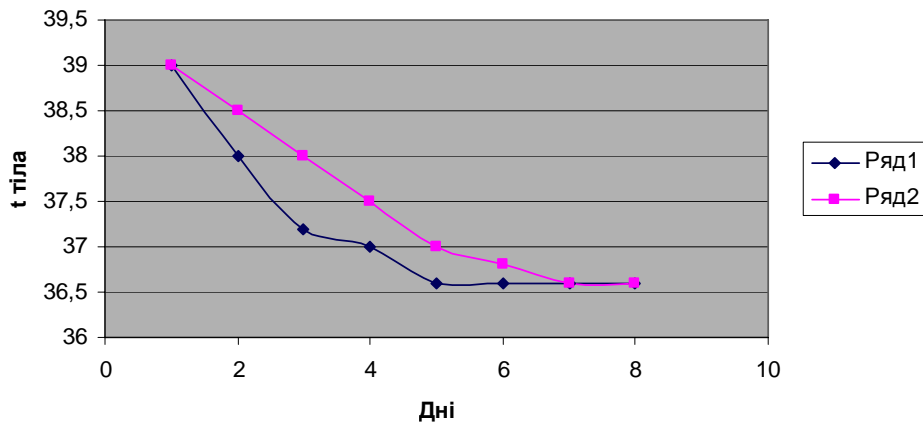


Рис. 1. Динаміка температури тіла у дітей зі стенозуючим ларинготрахеїтом на фоні терапії Інфлюцидом (ряд 1) та в контрольній групі (ряд 2)

В основній групі незалежно від ступеня стенозу гортані на фоні прийому Інфлюциду на 2-3 добу спостерігалась позитивна динаміка перебігу захворювання: зменшились симптоми інтоксикації, катаральні прояви з боку носоглотки та гортані, кашель трансформувался із «гавкаючого» непродуктивного у вологий, легше відходило мокротиння. На 3-4 день терапії Інфлюцидом у 53% дітей спостерігалось розрідження мокротиння та поліпшилося її відходження, у той час як у контролі ці зміни реєструвались тільки у 25% хворих. На 5-6 день терапії в

основній групі кашель ставав продуктивним у 95% дітей незалежно від ступеня стенозу, а в контрольній – у 65% дітей (рис. 2)

Включення Інфлюциду в комплексну терапію стенозуючого ларинготрахеїту у дітей призвело до більш швидкого, порівняно з контрольною групою, регресу ларингоспазму. На 2-3 добу пропала осиплість голосу, «гавкаючий» кашель та задишка інспіраторного характеру. Всі діти добре переносили препарат Інфлюцид, алергічних реакцій, побічних явищ не спостерігалось ні в одному з випадків.

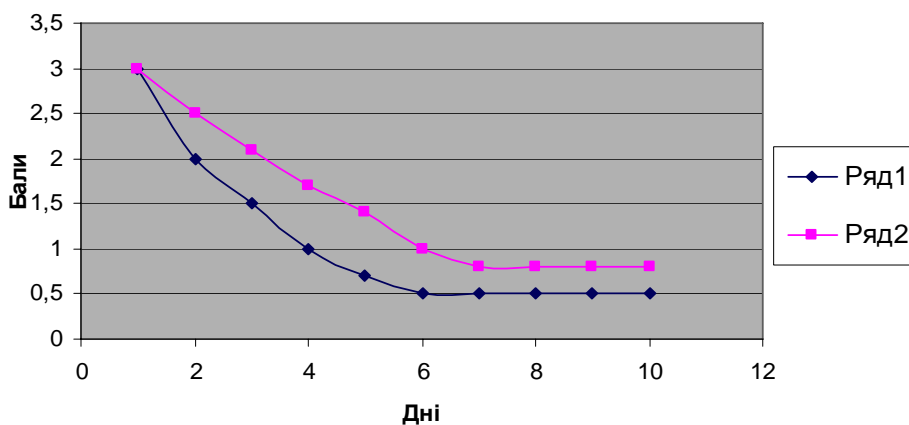


Рис. 2. Динаміка прояву кашлю у дітей основної (ряд 1) та контрольної (ряд 2) груп

ПІДСУМОК

Клінічні докази ефективності Інфлюциду дозволяють його включати в комплексну терапію у

дітей зі стенозуючим ларинготрахеїтом. Інфлюцид забезпечує протизапальну, жарознижуючу, дезінтоксикаційну та імуномодельюючу дію.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Действие препарата Инфлюцид in vitro против пандемического штамма 2009г. А (H1N1) «свинного» («мексиканского») гриппа / М.Ю. Еролкин, Н.И. Коновалов, В.П. Григорьева [и др.] / Традиционная медицина. – 2009. – № 3 (18). – С. 8-12.

2. Мокія-Сербіна С.О. Можливості та перспективи застосування Інфлюциду та класичної профілактики ГРВІ / С.О. Мокія-Сербіна // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – Т. 71, № 6. – С.41-47.

3. Парамонова Н.С. Проблемы острых респираторных вирусных заболеваний в педиатрии / Н.С. Парамонова, С.А. Волкова // Здоровье ребенка. – 2010. – №2 (23). – С.21-27.

4. Юрочка Ф. Рецидивуючі респіраторні інфекції в дітей / Ф. Юрочка // Здоровье ребенка. – 2012. – № 2 (37). – С. 79-81.



УДК 617.541 – 007.2:616.253.2 – 055 – 082 – 053.4/.67

**В.А. Дігтяр,
М.О. Камінська**

ЛІКОПОДІБНА ДЕФОРМАЦІЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ДІАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕННЯ І ЛІКУВАННЯ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ Україна»
кафедра дитячої хірургії
(зав. – д. мед. н., проф. В.А. Дігтяр)

Ключові слова: лійкоподібна деформація грудної клітки, торакопластика, діти
Key words: funnel chest, thoracoplasty, children

Реферат. Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что в процессе роста ребенка воронкообразная деформация грудной клетки прогрессирует, проявляется не только косметическим дефектом, но и функциональными нарушениями со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем. В статье проведен анализ лечения 21 ребенка с деформацией грудной клетки в возрасте от 4 до 17 лет. Большинство детей оперировано в возрасте от 9 до 15 лет, когда деформация грудной клетки имела наиболее выраженные проявления. У 16 пациентов мы применили торакопластику по методу D.Nuss, в 5 случаях дополнительно выполнялась остеотомия грудины и хондротомия ребер. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составляла от 60 до 110 мин. Обезболивание наркотическими анальгетиками проводилось в течение 1-2 дней, а затем ненаркотическими анальгетиками до 5-7 дней. Отдаленные результаты лечения прослежены в срок от 6 месяцев до 4 лет после операции. Хорошие результаты получены в 17 (80,96%) случаях, удовлетворительные в 3 (14,28%), неудовлетворительные – 1 (4,76%).

Abstract. The urgency of this problem is caused by the fact that in the process of child's growth funnel chest deformity progresses, being manifested not only by cosmetic defect, but by functional disorders of the respiratory and cardiovascular systems as well. The article analyzes treatment results of 21 children with deformities of the chest aged 4-17 ages. Most of the children were operated on at the age of 9-15 years, bracket, when the deformation of the chest had the most pronounced manifestation. In 16 patients we used method of thoracoplasty by D. Nuss, in 5 cases additionally osteotomy of the sternum and costal chondrotomy was performed. The average duration of surgery ranged from 60 to 110 min. Anesthesia by narcotic analgesics was performed within 1-2 days, and by non-narcotic analgesics – 5-7 days. Long-term treatment results were followed from 6 months to 4 years after surgery. Good results were obtained in 17 (80,96%) of cases, satisfactory in – 3 (14,28%), unsatisfactory in - 1 (4,76%).

Серед усіх вад розвитку передньої частини грудної клітки найбільший інтерес для лікарів загальної практики представляє лійкоподібна деформація грудної клітки (ЛДГК), оскільки частота народження дітей з цією патологією, за даними різних авторів, коливається в межах 0,6-3,5% [4,6]. Актуальність цієї проблеми зумовлена тим, що в процесі росту дитини деформація грудної клітки прогресує, проявляється не тільки косметичним дефектом, але й функціональними порушеннями з боку дихальної та серцево-судинної систем.

Лійкоподібна грудна клітка помітна в новонароджених у вигляді невеликого вдавлення. Характерною ознакою у грудних дітей є симптом «парадоксу вдиху»: при вдиху, а особливо при плачі дітей або крику, відзначається збільшення западіння грудини і ребер. Збільшення деформації в перше півріччя може призвести до порушення функцій органів грудної клітки, схильності до респіраторних захворювань верхніх дихальних шляхів, хронічних пневмоній. У період зростання приблизно у половини дітей ЛДГК прогресує до 3-5 років, але може проявитися і в більш старшому віці, у пубертатний період [1]. Зовнішній вигляд і постава набувають типового вигляду. При огляді звертають увагу на опущені надпліччя, виступаючий живіт. Грудний кіфоз посилюється, рідше спина стає плоскою, можуть виникнути бічні викривлення хребта. Грудна клітка сплюснена, у ділянці грудини визначається лійкоподібна деформація. Скарги на задишку при фізичному навантаженні, порушення серцевого ритму, болі в серці, а також прояви астеновегетативного синдрому у вигляді підвищеної стомлюваності і слабкості залежать від ступеня деформації грудної клітки і визначають показання до хірургічної корекції.

У літературі описано понад 80 різних варіантів хірургічних втручань та їх модифікацій для корекції ЛДГК, серед яких найбільшого поширення набули два види операцій: операція, описана М. Ravitch, і мінімально інвазивна операція D.Nuss [2,4,5]. Існує велика кількість модифікацій цих оперативних втручань, проте оптимальний вік, показання для проведення кожної з методик залишаються до кінця незрозумілими, високий відсоток ускладнень – до 28%, свідчать про актуальність та невирішеність проблеми в цілому.

Мета роботи - провести аналіз результатів хірургічного лікування ЛДГК у дітей з використанням мініінвазивного способу торакопластики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під нашим спостереженням і лікуванням перебувала 21 дитина з ЛДГК у віці від 4 до 17 років. Хлопчиків було 17 (80,95%), дівчаток – 4 (19,05%). За нашими спостереженнями ЛДГК мала симетричну форму у 14 (66,6%) пацієнтів, асиметричну – у 5 (23,8%), плосколійкоподібну – у 2 (9,5%) випадках. Передопераційне обстеження включало проведення загальноклінічних лабораторних досліджень, спірографію, електрокардіографію, ехокардіографію, рентгенографію грудної клітки у прямій і бічній проекціях та комп'ютерну томографію за показаннями. Проведене обстеження дозволило виявити вентиляційно-респіраторні порушення функції легень, так, за даними спірографії знижується життєва ємність легень, порушується функція зовнішнього дихання у 71,43% дітей по рестриктивному або обструктивному типу. Значні зміни спостерігаються з боку серцево-судинної системи: при ЕКГ - дослідженні виявлено порушення ритму у вигляді брадикардії і тахікардії у 28,57% дітей, явища порушення провідності у 71,43% хворих, у вигляді атріовентрикулярної і неповної блокади правої ніжки пучка Гіса, перевантаження правих відділів серця. Ехокардіографія дозволяла уточнити морфологічні зміни серця, у 52,38% випадків спостерігався пролапс мітрального клапана. Рентгенологічно визначався ступінь деформації грудної клітки за індексом Гіжіцької: діагностовано II ступінь - 8 (38,1 %) і III ступінь - 13 (61,9%). При рентгенологічному дослідженні хребта в сагітальній та фронтальній площині відзначені різноманітні за структурою і тяжкістю деформації у 16 (76,2%) дітей. Комп'ютерну томографію виконували з метою визначення взаєморозташування органів середостіння по відношенню до грудинно-реберного комплексу, а також для оцінки стану бронхо-легеневої системи.

Показанням для виконання оперативного втручання були порушення з боку серцево-легеневої діяльності та грубий косметичний дефект. Оптимальний вік для проведення хірургічної корекції деформації припадав на пубертатний період. Більшість дітей прооперовано у віці від 9 до 15 років, коли деформація грудної клітки мала найбільш виражені прояви. У 16 пацієнтів ми застосували торакопластику за методом D.Nuss, у 5 випадках додатково виконувалася остеотомія грудини та хондротомія ребер. Операцію виконують під ендотрахеальним наркозом, моделюють пластину та проводять за грудиною,

виконують її переверот на 180° та фіксують грудну клітку у правильному положенні. Металевий фіксатор видаляють через 2-3 роки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати торакопластики за методом D. Nuss були простежені у 21 пацієнта в термін від 6 місяців до 4 років після операції. Оцінювали результати за такими критеріями: деформація усунена повністю або рецидив деформації, за індексом Гіжницької до операції і після, косметичний результат влаштовує хворого або є скарги на косметичний дефект. У групі хворих, які спостерігалась, добрі результати отримані у 17 (80,96%) випадках, задовільні – у 3 (14,28%), незадовільні – в 1 (4,76%).

З ускладнень у ранньому післяопераційному періоді спостерігалися гемоторакс і пневмоторакс. Гемоторакс відзначений у 7 (23,8%) пацієнтів; на УЗД виявлялося у середньому до 100 мл рідини. У 2 (9,52%) випадках виконувався торацентез та пасивне дренирування плевральної порожнини, у 4 (19,04%) дітей обмежилися проведенням плевральної пункції. В одного пацієнта розвинувся ексудативний плеврит і перикардит, які були куповані дренируванням плевральної порожнини і перикарда, тривалою антибіотикотерапією.

У відстроченому післяопераційному періоді у 3 (14,28%) пацієнтів з'явилися сероми в ділянці післяопераційної рани праворуч, їх ліквідація проводилася шляхом висічення патологічно змі-

нених тканин, накладення вторинних швів, антибіотикотерапією.

До ускладнень у пізній період віднесли нестабільність імплантату. У 2 (9,52%) пацієнтів відбулося зміщення металеві конструкції внаслідок її деформації через 1 місяць та 1,5 місяця після операції. За терміновими показаннями пацієнтам була проведена операція з видалення пластини. В одному випадку через 8 місяців виконано повторне оперативне втручання без ускладнень. У другому випадку від повторної операції відмовилися, внаслідок чого стався рецидив деформації. Цей випадок віднесений до незадовільних результатів.

Аналіз післяопераційних ускладнень і незадовільних результатів лікування показав, що воно вимагає удосконалення якості застосовуваних металевих фіксаторів, підвищення їх міцностних властивостей, а також технічного забезпечення можливості їх моделювання в ході операції. Таким чином, застосування торакопластики за методом D.Nuss з використанням ретростернального фіксатора є перспективним напрямком.

ПІДСУМОК

Хірургічна корекція лійкоподібної деформації грудної клітки за допомогою ретростернальних металевих фіксаторів є найменш травматичною, мініінвазивною порівняно з традиційними методами, дозволяє скоротити тривалість післяопераційного перебування пацієнта та отримати добрий косметичний результат.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРА

1. Губа А.Д. Оперативное лечение воронкообразной деформации грудной клетки у детей и подростков : автореф. дис... на соискание учен. степени канд. мед. наук. / А.Д. Губа. – Курган, 2007. –18 с.
2. Кривченя Д.Ю. Варіанти модифікації операції Nuss в корекції лійкоподібної деформації грудної клітки: переваги та недоліки / Д.Ю. Кривченя, В.П. Притула, А.С. Кузик //Хірургія дитячого віку. – 2011. – №1. – С.27–30.
3. Малахов О.А. Ортопедические аспекты и особенности оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей и подростков / О.А. Малахов, К.В. Жердев, О.Б. Челпаченко // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2011. – №3. – С. 3–9.
4. Плякин В.А. Сравнительная оценка операций Насса и Равича для лечения воронкообразной деформации грудной клетки / В.А. Плякин, И.О. Кулик, О.О. Саруханян // Детская хирургия. – 2013. – № 3. – С. 60–64.
5. A 10-year review of a minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum / D. Nuss, R.E. Kelly Jr., D.P. Croitoru, M.E. Katz // J. Pediatr. Surg. – 1998. – Vol. 33, N 4. – P. 545-552.
6. Minimally invasive repair of pectus excavatumthe Nuss procedure. A European multicentre experience / S. Hosie, T. Sitkiewicz, C. Petersen [et al.] // Eur. J. Pediatr. Surg. – 2002. – Vol. 12, N 4. – P. 235–238.



УДК 616.2-002.1-018.73-084-053.4:577.245

**О.М. Таран,
О.В. Клименко,
І.В. Лебідь,
С.М. Тихоненко***

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО
ЗАСТОСУВАННЯ ІНДУКТОРІВ
ІНТЕРФЕРОНУ В ПРОФІЛАКТИЦІ І
ЛІКУВАННІ ГРВІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра госпітальної педіатрії № 2 і неонатології
(зав. - д. мед. н, проф. Ю.К. Більбот)
КЗ «Дніпропетровський ЦПМСД № 11»**

Ключові слова: ГРВІ, діти, які часто хворіють, профілактика, лікування, інтерферон, Анаферон дитячий
Key words: acute respiratory viral infections, children with repeated infections, prophylaxis, treatment, interferon, "Anaferon Detskiy"

Реферат. Представлено клініко-іммунологічне обґрунтування, результати дослідження і критерії прогнозування ефективності застосування препарату «Анаферон дитячий» для профілактики і лікування ОРВІ у часто і довго хворіючих дітей. Виявлено виражене угнетення процесів інтерферонобіоутворення в відповідь на вірусну інфекцію у часто хворіючих дітей, корелююче з ступенем тяжкості течія захворювання. Застосування «Анаферона дитячого» для профілактики і в комплексному лікуванні ОРВІ супроводжується достовірним збільшенням продукції α - і γ -інтерферону, що клінічно виражається в скороченні кратності епізодів і тривалості основних симптомів захворювання.

Abstract. Clinical and immunological basis, results of investigation and criteria for predicting of efficacy of the drug "Anaferon Detskiy" in prevention and treatment of acute respiratory viral infections in children with repeated and prolonged infections are presented. A marked depression of interferon production processes in response to viral infection in children with repeated infections is determined; this depression correlated with the severity of the disease. The usage of "Anaferon Detskiy" in prevention and in the complex treatment of acute respiratory viral infections is accompanied by reliable increase of α - and γ -interferon production; clinically it is expressed by the shortage of multiplicity of episodes and length of the main symptoms of the disease.

Протягом останніх десятиліть повторні гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) є однією з найактуальніших проблем сучасної педіатрії. Найбільша захворюваність припадає на дітей перших трьох років життя, що пов'язано з функціональними особливостями імунної системи, збільшенням числа контактів та початком відвідування дитячих колективів [2]. ГРВІ у дітей відзначаються високою частотою, тенденцією до більш тяжкого, ускладненого перебігу та збільшенням контингенту дітей, які хворіють значно частіше, ніж їх однолітки [1, 4].

У дітей, особливо молодшого віку, система інтерферону (ІФН) виступає на перший план у захисті організму від інфекцій. Саме швидкість її включення у процес протівірусного захисту визначає характер перебігу та частоту ГРВІ у дітей [3]. Провідна роль у регуляції протівірусного імунітету належить гамма-інтерферону (γ -ІФН), який має універсальну імуномодулюючу дію. Є дані про можливу генетичну детермінованість порушень γ -функції системи ІФН у часто хворіючих дітей (ЧХД) раннього віку [6]. З цього приводу виникає необхідність у проведенні досліджень у напрямку вивчення сучасного класу препаратів – індукторів інтерферону, які

стимулюють вироблення ендогенних ІФН, підлягають контрольно-регуляторним механізмам, забезпечують захист від перенасичення ІФН, не мають негативних наслідків. «Анаферон дитячий» є новим препаратом, що створений для профілактики та лікування ГРВІ. Це потенційовані за гомеопатичною технологією антитіла до γ – ІФН людини в надмалих дозах. Головним механізмом дії препарату є корекція функції природних антитіл до γ – ІФН, відновлення його активності та опосередкований вплив на імунні реакції [7]. Стимуляція синтезу переважно γ -ІФН робить можливим застосування «Анаферону дитячого» у дітей раннього віку [2, 5].

Враховуючи все вищевказане, метою дослідження було визначення профілактичної та лікувальної ефективності індуктора інтерферону «Анаферону дитячого» у дітей раннього віку з неадекватною імунною відповіддю на респіраторну вірусну інфекцію, з повторними, тривалими й ускладненими епізодами захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для визначення профілактичної ефективності індуктора інтерферону «Анаферон дитячий» обстежено 78 дітей раннього віку (від 6 місяців до

3 років), у яких в анамнезі відзначалися часті, ускладнені ГРВІ. Основна група (52 дитини) отримувала препарат по 1 таблетці на день протягом 3 місяців; група порівняння (26 дітей) – препарат не отримувала. Групу контролю складало 34 дитини раннього віку, що епізодично хворіли на ГРВІ (ЕХД). Контроль ефективності проводився за показниками гострої респіраторної захворюваності (ГРЗ) протягом наступного року, вмісту α - і γ -ІФН, які проводились до та через 2 і 4 місяці після початку лікування.

Для визначення лікувальної ефективності препарату було обстежено 65 дітей, які були госпіталізовані в ДМКЛ № 6 м. Дніпропетровська з діагнозом ГРВІ та мали в анамнезі повторні, ускладнені епізоди захворювання. У групу контролю входило 30 епізодично хворіючих дітей. Лікування проводилось за схемою: у перші 2 години - по 1 таблетці кожні 30 хвилин, надалі протягом першої доби - ще 3 прийоми через рівні проміжки часу; потім - по 1 таблетці 3 рази на день до одужання. Визначали рівні сироваткових α - і γ -ІФН, інтерлейкінів (ІЛ) - 2, 4, 10 у динаміці захворювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз респіраторної захворюваності в групах, в яких визначалась профілактична ефективність препарату, показав, що ЧХД хворіли в середньому в 2,5 рази частіше, ніж ЕХД. Середня тривалість епізоду ГРВІ відповідно становила $9,8 \pm 0,5$ та $7,34 \pm 0,2$ днів ($p < 0,05$). Дослідження інтерфероноутворення в інтеркурентному періоді виявило достовірне зниження рівнів ІФН у ЧХД порівняно з групою контролю (відповідно γ -ІФН - $(3,4 \pm 0,8)$ пг/мл проти $(5,9 \pm 0,9)$ пг/мл ($p < 0,05$), α -ІФН - $(47,9 \pm 3,6)$ пг/мл проти $(55,5 \pm 4,3)$ пг/мл ($p < 0,05$)).

На тлі застосування профілактичного курсу препарату «Анаферон дитячий», у дітей основної групи визначалось підвищення продукції ІФН. Так рівень α -ІФН через 2 місяці становив $49,4 \pm 1,23$ пг/мл ($p < 0,05$), а через 4 місяці - $55,8 \pm 3,32$ пг/мл ($p < 0,05$)). Концентрація γ -ІФН у крові в дітей через 2 місяці становила $3,66 \pm 0,92$ пг/мл, через 4 місяці - $6,24 \pm 0,59$ пг/мл, ($p < 0,01$). Позитивні імунологічні зміни клінічно супроводжувались зниженням частоти ГРВІ протягом року майже в 1,8 разу, скороченням середньої тривалості одного епізоду захворювання в 1,6 разу, зниженням частоти розвитку ускладнень у 1,5 рази ($p < 0,05$).

За допомогою регресійного аналізу виявлено залежність між факторами, які впливають на профілактичну ефективність препарату:

$$N = - 1,12005 + 0,0015476 A 217 + 0,176714 B19 + 0,069523 C 204,$$

де N – ефективність; A – показник фагоцитарної активності нейтрофілів (ФАН); B – наявність урогенітальних інфекцій у матері під час вагітності; C – середня тривалість епізоду ГРВІ.

Згідно з отриманими даними, найбільш ефективним застосування препарату було в дітей з постійно високими показниками ФАН, у дітей, матері яких переносили урогенітальні інфекції під час вагітності, а також у дітей, що мають тенденцію до затяжного перебігу ГРВІ.

У групі, в якій визначалась лікувальна ефективність препарату, у ЕХД з неускладненим перебігом ГРВІ в дебюті захворювання відзначалося підвищення рівнів α -ІФН ($85,25 \pm 0,67$ пг/мл) і γ -ІФН ($7,86 \pm 0,12$ пг/мл) у сироватці крові порівняно з показниками інтеркурентного періоду (відповідно $66,38 \pm 1,3$ та $6,8 \pm 0,23$ пг/мл). У дітей з ускладненим перебігом ці показники становили відповідно $74,2 \pm 0,9$ та $7,36 \pm 0,08$ пг/мл. На 3-4-й день захворювання показники збільшувались в 2 рази, а до моменту одужання наближались до вихідних, але перевищували їх. У дебюті захворювання спостерігалось зниження рівнів ІЛ-2 (при неускладненому перебігу $2,87 \pm 0,01$ пг/мл, при ускладненому $2,68 \pm 0,02$), ІЛ-4 (відповідно $0,86 \pm 0,01$ та $0,77 \pm 0,02$ пг/мл), підвищення ІЛ-10 (відповідно $12,46 \pm 0,14$ та $15,7 \pm 3,6$ пг/мл) порівняно з показниками інтеркурентного періоду (ІЛ-2 ($4,37 \pm 0,08$), ІЛ-4 ($1,35 \pm 0,03$) та ІЛ-10 ($5,3 \pm 0,36$) пг/мл). До моменту одужання показники сироваткових ІЛ поновлювались.

У ЧХД з неускладненим перебігом ГРВІ на початку захворювання рівень α -ІФН становив $55,6 \pm 1,1$ пг/мл, а рівень γ -ІФН - $4,01 \pm 0,18$ пг/мл. У дітей з ускладненим перебігом ці показники були ще нижче і становили відповідно $43,8 \pm 1,4$ і $2,76 \pm 0,2$ пг/мл. Зміни інтерлейкінового профілю у ЧХД мали таку ж тенденцію, як і в ЕХД, але були більш виразні (відповідно при неускладненому перебігу ІЛ-2 $2,19 \pm 0,09$, ІЛ-4 $0,39 \pm 0,18$, ІЛ-10 $20,7 \pm 1,59$ пг/мл, при ускладненому – ІЛ-2 $1,65 \pm 0,05$, ІЛ-4 $0,28 \pm 0,01$, ІЛ-10 $36,06 \pm 0,98$ пг/мл).

У групі ЧХД, які отримували «Анаферон дитячий» лікувальним курсом (35 осіб), через 2-3 дні від початку терапії спостерігався суттєвий приріст концентрацій ІФН. Так, у дітей з неускладненим перебігом ГРВІ рівень ІФН підвищувався в 1,9 разу, а при ускладненому перебігу ГРВІ рівень ІФН- α виріс у 1,85 разу, ІФН- γ – в 2,65 разу. Надалі сироваткові концентрації ІФН продовжували підвищуватись і на момент одужання вірогідно перевищували аналогічні показники ЕХД. У динаміці захворювання рівень ІЛ-2 збільшився більше ніж у 2 рази, ІЛ-4 – у 3

рази, ІЛ-10 зменшився більше ніж у 3 рази. У ЧХД, які не отримували «Анаферон дитячий» (30 осіб), нормалізації показників не відбулось. Клінічно застосування препарату супроводжувалось скороченням тривалості основних симптомів захворювання в середньому на 1,5-2,5 дні і зниженням частоти ускладнень в 1,7 разу.

Прогностичним критерієм ефективності інтерфероніндукуючого препарату серед декількох можливих було відібрано коефіцієнт, що представляє собою співвідношення сироваткової концентрації γ -ІФН (ключовий фактор регуляції імунної відповіді при вірусній інфекції) і сироваткової концентрації ІЛ-10 (головний фактор, що стримує активність γ -ІФН) у дебюті захворювання. Значення коефіцієнта співвідношення більше 0,1 свідчить про клініко-імунологічну ефективність призначення індукторів інтерферону. При значенні коефіцієнта менше 0,1 призначення препарату в комплексному лікуванні ГРВІ у дітей буде клінічно, імунологічно й економічно недоцільним.

ВИСНОВКИ

1. Проведені дослідження показали, що у дітей, які часто та тривало хворіють на ГРВІ, має місце значне пригнічення процесів інтерфероноутворення у відповідь на вірусну інфекцію, при цьому ступінь зниження сироваткових концентрацій інтерферонів тісно корелює зі ступенем тяжкості перебігу ГРВІ. За таких умов доцільність призначення засобів, що стимулюють вироблення ендogenous інтерферону, з профілактичною та лікувальною метою у ЧХД, стає очевидною.

2. Призначення «Анаферону дитячого» для профілактики та в комплексному лікуванні ГРВІ у часто та тривало хворіючих дітей супроводжується вірогідним підвищенням продукції α - і γ -ІФН, що клінічно виражається у скороченні кратності епізодів та тривалості основних симптомів захворювання. Препарат є високоефективним та безпечним, може бути рекомендованим до широкого застосування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абатуров А.Є. Часто хворіючі діти та диференційний підхід до імунореабілітації стану їх здоров'я / А.Є. Абатуров // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1996. - № 1. – С.3-6.
2. Анаферон детский – отечественный иммунокорректор с противовирусной активностью // Пособие для врачей педиатров, инфекционистов. – М., 2003. – С. 4.
3. Ершов Ф.И. Система интерферонов в норме и патологии / Ф.И. Ершов. – М.: Медицина, 1996. – 238 с.
4. Интерфероно- и иммунотерапия в практике лечения часто и длительно болеющих детей и взрос-

лых / И.В. Несторова, В.В. Малиновская, В.А. Тараканов [и др.]. – М., 2004. – 160 с.

5. Крамарев С.О. Препарат «Анаферон дитячий» у лікуванні та профілактиці ГРВІ у дітей: метод. рекомендації / С.О. Крамарев. – К., 2004. – 18 с.

6. Макарова З.С. Особенности состояния здоровья часто болеющих детей раннего возраста / З.С. Макарова, Т.Я. Черток, Р.В. Тонкова-Ямпольская // Педіатрія. – 1990. – № 5. – С. 59-64.

7. Фармакология сверхмалых доз антител к эндогенным регуляторам функций / О.И. Эпштейн, Н.Б. Штарк, А.М. Дыгай [и др.]. – М., 2005. – 226 с.



*Н.Д. Чухрієнко,
Д.В. Левих*

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Н.Д. Чухрієнко)*

Ключові слова: *артеріальна гіпертензія, хронічне обструктивне захворювання легень, гіпертрофія лівого шлуночка, мікроальбумінурія*

Key words: *arterial hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, left ventricular hypertrophy, microalbuminuria*

Реферат. *Большая распространенность таких коморбидных состояний, как артериальная гипертензия (АГ) и хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), диктует необходимость изучения влияния их взаимотягощающих факторов. Тяжесть клинических проявлений и прогноз больных с АГ в значительной степени определяется поражением органов-мишеней, в том числе наличием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и микроальбуминурии (МАУ). В настоящее время ГЛЖ и МАУ рассматриваются как независимые предикторы ранней сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Показано, что присоединение АГ к ХОЗЛ приводит к увеличению вероятности возникновения ГЛЖ и МАУ у данной группы пациентов. Длительное течение ХОЗЛ также приводит к появлению ГЛЖ, тем самым значительно увеличивая риск кардиоваскулярных осложнений.*

Abstract. *High prevalence of such comorbid conditions as arterial hypertension (AH) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) necessitates studying influence of their mutually aggravating factors. Clinical severity and prognosis of patients with AH is largely determined by affection of target organs, including the presence of left ventricular hypertrophy (LVH) and microalbuminuria (MAU). Currently LVH and MAU are considered as independent predictors of early cardiovascular morbidity and mortality. Addition of AH to COPD has been shown to increase the probability of LVH and MAU in this group of patients. Long COPD course also leads to appearance of LVH, thereby greatly increasing the risk of cardiovascular complications.*

Відомо, що захворювання серцево-судинної та бронхолегеневої систем на сьогоднішній день є найпоширенішими у світі. Як артеріальна гіпертензія (АГ), так і хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) належать до групи неінфекційних хвороб, від яких за рік у світі помирає понад 36 млн людей [14].

Поширеність ХОЗЛ, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), становить 9,3 на 1 тис. населення серед чоловіків і 7,3 на 1 тис. населення серед жінок старше 40 років. Серед причин смерті ХОЗЛ посідає 4-е місце у світі, при цьому серед усіх хворих на цю патологію тільки у половини встановлено діагноз [12].

В Україні станом на 2012 рік питома вага неінфекційної патології становила близько 80% від загальної смертності (до якої в трійку основних причин смертності, крім хронічних респіраторних і серцево-судинних захворювань (ССЗ), входить також онкопатологія). У структурі захворюваності перше місце посідають хвороби органів дихання, серед яких найбільш поширене ХОЗЛ, від якого страждає від 8 до 22% дорослих у віці 40 років і старше [3].

У формуванні структури захворюваності і смертності значну роль відіграє також АГ та її ускладнення. Це зумовлено як широким розповсюдженням цього захворювання (близько 32% дорослого населення України мають підвищений рівень артеріального тиску), так і тим, що АГ є найважливішим фактором ризику (ФР) основних серцево-судинних катастроф – інфаркту міокарда і мозкового інсульту, які головним чином визначають високу смертність у нашій країні [1].

Зростання числа хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ зумовлено як підвищенням захворюваності цими захворюваннями, так і збільшенням гериатричної популяції хворих, у яких ці захворювання дуже поширені [4, 14]. Частота артеріальної гіпертонії при ХОЗЛ варіює в широких межах, досягаючи, за даними окремих авторів, 76,3%, і становить у середньому 34,3% [2]. Показано, що частота АГ в комбінації з бронхіальною обструкцією наростає з віком, як у чоловіків, так і в жінок. У більшості пацієнтів (87,5%) АГ розвивається на тлі захворювання легень, у середньому через 11 років, і лише в 12,5% АГ передуює розвитку легеневої патології. Пацієнти з

Актуальні питання діагностики, лікування і реабілітації в загальнолікарській практиці

ХОЗЛ у 5 разів частіше мають діагноз ССЗ, а ризик розвитку інфаркту міокарда у них зростає в 12 разів [4].

З ряду епідеміологічних досліджень відомо, що погіршення функції легенів є настільки ж сильним предиктором серцево-судинної летальності, як і основні кардіоваскулярні ФР. Продемонстровано, що зменшення об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) на 10% збільшує загальну смертність на 14%, серцево-судинну – на 28%, ризик розвитку ішемічної хвороби серця – на 20%. ССЗ є основною причиною госпіталізації пацієнтів з ХОЗЛ у 42% випадків, тоді як респіраторні ускладнення – тільки в 14%. Встановлено превалювання госпітальної смертності над негоспітальною у пацієнтів з ХОЗЛ, основними причинами якої є пневмонія, АГ, серцева недостатність і злоякісні новоутворення, переважно рак легенів [10].

Для діагностики ранніх ознак прогресування патологічних змін ендотелію при серцево-судинних захворюваннях останнім часом все частіше використовують мікроальбумінурію (МАУ), яку розцінюють як один з ранніх несприятливих прогностичних ознак та факторів ризику розвитку уражень органів-мішеней при такому широко розповсюдженному захворюванні, як АГ.

Метою цього дослідження було виявлення ранніх ознак прогресування АГ у хворих на ХОЗЛ на основі аналізу ЕКГ та МАУ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідження включено 77 хворих: 47 жінок (61%) та 30 чоловіків (39%), які були розподілені на 4 групи (табл. 1):

- I. Пацієнти з ХОЗЛ (n = 20).
- II. Пацієнти з АГ (n = 20).
- III. Пацієнти з ХОЗЛ та АГ (n = 20).
- IV. Здорові добровольці (n = 17).

Таблиця 1

Клінічна характеристика обстежених осіб чотирьох груп

Показники	I група (ХОЗЛ)	II група (АГ)	III група (ХОЗЛ+АГ)	IV група (здорові добровольці)
Вік	61,0±2,07	64,7±2,14	71,3±1,54	67,3±1,74
Стать (ч/ж)	9 чоловіків, 11 жінок	7 чоловіків, 13 жінок	12 чоловіків, 8 жінок	2 чоловіків, 15 жінок
Паління	20%	10%	45%	5%

Критеріями виключення з дослідження були: ішемічна хвороба серця (ІХС), порушення ритму серця, хронічна серцева недостатність IV функціонального класу, гостра серцева недостатність, цукровий діабет I та II типу, бронхіальна астма, інсульт або інфаркт міокарда в анамнезі, хронічний гломерулонефрит, онкопатологія.

Діагноз ХОЗЛ ставили згідно з наказом МОЗ України №128 від 19.03.2007 та положеннями, сформульованими в документі GOLD 2011 (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), на основі даних анамнезу, загальноклінічного обстеження, ЕКГ, рентгенографії органів грудної клітки, визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД).

Діагноз АГ ставили згідно з наказом МОЗ України №384 від 24.05.2012 (Артеріальна гіпертензія: Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах) на основі даних анамнезу, загальноклінічного обстеження, визначення артеріального тиску, ЕКГ.

Характеристика бронхіальної прохідності здійснювалась за результатами оцінки даних спірометрії та проведення функціонального вентиляційного тесту з бронхолітиком беродуалом. Для дослідження стану бронхіальної прохідності використовувався спірограф «МастерСкрин» з реєстрацією параметрів дихання на паперовому носії.

Електрокардіографія проводилася за допомогою апарата «Аксіон ЕК1Т-07». При розшифровці ЕКГ урахувалися ЕКГ-критерії гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), розроблені експертами ВООЗ (1999 р.): індекс Соколова-Лайона (SV1 + RV5 або RV6 > 35 мм), індекс Корнельського (RaVL + SV3 > 28 мм у чоловіків та > 20 мм у жінок), RaVL > 11 мм.

Як скринінговий метод виявлення мікроальбумінурії (МАУ) використовувались тест-смужки MicroalbuPHAN® (Erba Lachema, Чехія). Пронаявність МАУ свідчили показники альбуміну в сечі 0,02-0,3 г/л.

Статистична обробка отриманих даних проводилась з використанням програми STATISTICA 6.1 (серійний номер AGAR 909 E415822FA). Математична обробка включала розрахунки середніх арифметичних значень (M) та стандартних похибок середнього ($\pm m$). Перед застосуванням статистичних критеріїв проводилася перевірка гіпотези про нормальний закон розподілу випадкових величин (за критерієм Шапіро-Уїлка). Встановлення достовірності міжгрупових відмінностей за отриманими даними експериментів проводилося за допомогою параметричного t-критерію Стьюдента та непараметричного критерію Манна-Уїтні. Відмінності вважалися достовірними при рівні статистичної значущості $p < 0,05$ [7].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед пацієнтів I та III експериментальних груп ХОЗЛ I стадії мали 2 хворих (5%), II стадії – 37 хворих (92,5%), III стадії – 1 хворий (2,5%). Пацієнти 2 та 3 експериментальних груп мали АГ II стадії та 2 ступеня, яка існувала в них довше 10 років.

У III групі пацієнтів з поєднаною патологією середній вік був достовірно вищим ($71,3 \pm 1,54$ року), ніж у I групі з ізольованою ХОЗЛ ($61,0 \pm 2,07$ року) ($p < 0,05$), що підтверджує припущення про збільшення ймовірності приєднання АГ у хворих з тривалим перебігом ХОЗЛ.

При оцінці ЕКГ гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) спостерігалась у 7 пацієнтів I групи (35%), 14 пацієнтів II групи (70%), 9 пацієнтів III групи (45%), 4 пацієнтів IV групи (24%). Ці результати свідчать про збільшення ризику виникнення ГЛШ у пацієнтів на ХОЗЛ з поєднаною

АГ на відміну від ізольованого ХОЗЛ, але в той же час видно, що у пацієнтів з ізольованою тривалоіснуючою АГ частота виявлення ГЛШ все ж таки вища, ніж у хворих з поєднаною патологією. Такий результат можна пояснити тим, що у більшості пацієнтів (87,5%) АГ розвивається на тлі ХОЗЛ у середньому через 11 років [4], тому тривалість перебігу АГ у хворих з поєднаною патологією менша, а значить і наслідки її тривалого існування у вигляді ГЛШ виражені меншою мірою.

Індекс Соколова-Лайона був достовірно вищим групі пацієнтів з АГ на 25,4% ($p < 0,05$) порівняно з групою здорових добровольців (табл. 2). Це підтверджує дані, що у пацієнтів з АГ ГЛШ виявляється частіше порівняно з загальною популяцією, і, в свою чергу, портує від сімейного лікаря уважності та ретельності при обстеженні цієї групи хворих, оскільки встановлено, що інсульт та ІХС при ГЛШ у хворих з АГ зустрічаються в 3 рази частіше, а серцева недостатність – у 4 рази частіше, ніж у пацієнтів з АГ, але без ГЛШ [6].

Аналіз отриманих результатів показав, що в групі пацієнтів з ХОЗЛ існує прямий кореляційний зв'язок між віком та індексом Соколова-Лайона ($r = 0,62$; $p < 0,05$), що свідчить про збільшення вираженості ГЛШ з віком. Тобто тривалий перебіг ХОЗЛ приводить до ГЛШ, цим самим значно збільшує ризик кардіоваскулярних ускладнень [6].

Показник ОФВ1 у пацієнтів I та III груп був нижчим на 16,4% ($p < 0,05$) та 23,8% ($p < 0,05$) відповідно порівняно з групою здорових добровольців (табл. 2).

Таблиця 2

Функціональні показники дихальної та серцево-судинної систем (M \pm m)

Групи пацієнтів	ОФВ ₁ (л/с)	Індекс Соколова-Лайона
I (ХОЗЛ)	66,9 \pm 4,51*	20,0 \pm 1,31
II (АГ)	–	26,7 \pm 1,47*
III (ХОЗЛ+АГ)	61,0 \pm 5,75*	22,8 \pm 1,47
IV (Здорові)	80,0 \pm 5,55	21,3 \pm 1,68

Примітка. * – $p < 0,05$ відносно групи здорових добровольців.

Рівень альбуміну в сечі в II групі був на 89,4% ($p < 0,05$) більше, а в III групі – на 55,8%

($p < 0,05$) більше порівняно з групою здорових добровольців (табл. 3). Тобто найвищий показник

Актуальні питання діагностики, лікування і реабілітації в загальнолікарській практиці

МАУ спостерігався у хворих з тривалоіснуючою АГ. На основі цього можна зробити висновок, що рівень МАУ збільшується пропорційно тривалості існуючої АГ, та з часом при неадекватному контролі артеріального тиску та

неефективному лікуванні може перейти в макроальбумінурію (протеїнурію) та ще значно більшою мірою підвищувати кардіоваскулярний ризик.

Таблиця 3

Рівень мікроальбумінурії

Групи пацієнтів	Альбумін сечі (г/л) (M±m)	Частота МАУ в групі, %
I (ХОЗЛ)	0,065±0,011	70
II (АГ)	0,197±0,054*	92,5
III (ХОЗЛ+АГ)	0,162±0,028*	100
IV (Здорові)	0,104±0,026	75

Примітка. * – $p < 0,05$ відносно групи здорових добровольців.

Мікроальбумінурія була характерна для всіх груп пацієнтів. У пацієнтів з поєднаною патологією МАУ відзначалася в 100% випадків, що вказує на взаємнообтяжуючий вплив ХОЗЛ та АГ. Високу розповсюдженість МАУ в групі здорових добровольців можна пояснити тим, що в цю групу увійшли люди похилого віку (середній вік 67 років), яких можна назвати здоровими дуже умовно. З віком збільшується загальна кількість хворобливих станів, які клінічно не маніфестують, але значним чином впливають на судинний ендотелій, провокуючи його дисфункцію, таким чином значно збільшуючи ризик розвитку кардіоваскулярної патології.

Також виявлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем альбуміну в сечі та критерієм ГЛШ RaVL ($r = 0,61$; $p < 0,05$). Це підтверджує, що навіть помірне підвищення екскреції альбуміну з сечею збільшує ймовірність виявлення ГЛШ [9], яка слугує значущим додатковим прогностично несприятливим фактором перебігу АГ у хворих на ХОЗЛ.

Виявлення значної МАУ в IV групі пацієнтів дає змогу припустити, що в загальній популяції з віком нарастають патологічні зміни ендотелію, які клінічно не маніфестують у вигляді АГ, цукрового діабету та інших хронічних захворювань, але при цьому вже на початкових етапах свого виникнення МАУ значно збільшує ризик розвитку серцево-судинних катастроф, у т.ч. фатальних. Це припущення вже було виявлено в ряді рандомізованих досліджень, у ході яких

було встановлено, що навіть при початковій МАУ ризик смерті збільшується майже в 2 рази [8]. Тож лікарю загальної практики необхідно уважно ставитись до виявлення МАУ в осіб похилого віку та рекомендувати їм корегувати спосіб життя, виключити можливі фактори ризику розвитку та прогресування кардіоваскулярної патології (куріння, надмірне вживання повареної солі, недостатня фізична активність) та моніторувати рівень артеріального тиску. Оскільки дуже часто люди похилого віку не відчувають підвищеного артеріального тиску, не звертаються своєчасно за допомогою, не отримують адекватного лікування, це виливається потім у невтішну статистику високої смертності від інсульту та інфаркту в нашій країні.

Для лікування серцево-судинних і бронхолегеневих захворювань застосовується широкий арсенал терапевтичних підходів. Однак лікування хворих з АГ в поєднанні з ХОЗЛ залишається серйозною проблемою як для лікарів загальної практики, так і для спеціалістів вузького профілю, тому що поєднання цих захворювань призводить до значного обтяження кожного з них [13]. Наявність ХОЗЛ приводить до неадекватної антигіпертензивної терапії і недостатньої ефективності медичної допомоги в цілому [11]. Можливо, це пов'язано з тим, що у пацієнтів з комбінованими захворюваннями менше часу й ресурсів, щоб приділяти достатню увагу кожному з наявних захворювань.

Для адекватного лікування необхідно обирати терапевтичну тактику в кожному окремому випадку індивідуально. Найважливішим її аспектом є вирішення питання про доцільність і вибір медикаментозної терапії. При цьому необхідно враховувати, що в частини пацієнтів з бронхообструктивною патологією усунення бронхообструкції в ряді випадків може приводити до нормалізації артеріального тиску. Тож перед лікарем загальної практики стоїть важливе питання, кому з пацієнтів з АГ необхідно відразу починати медикаментозну терапію антигіпертензивними препаратами (АГП), а кому допустимо обмежитися зміною способу життя протягом декількох тижнів, зосередившись на терапії ХОЗЛ. Для вирішення цього питання слід враховувати ступінь серцево-судинного ризику і величину артеріального тиску. Ступінь серцево-судинного ризику в такому випадку служить основним критерієм для призначення АГП, але при цьому слід враховувати також і показник

ОФВ1, який слугує додатковим фактором ризику розвитку серцево-судинних катастроф [5].

ВИСНОВКИ

1. Таким чином, висока розповсюдженість МАУ серед літніх людей, які не мають хронічної кардіореспіраторної патології, дає змогу припустити, що з віком розвивається ендотеліальна дисфункція, яка передує клінічним проявам захворювання. У таких умовах зростає роль сімейного лікаря, який при своєчасному виявленні цього фактору ризику може попередити розвиток клінічної маніфестації захворювання.

2. Приєднання АГ до ХОЗЛ призводить до збільшення ймовірності виникнення МАУ та ГЛШ у цієї групи пацієнтів. Тривалий перебіг ХОЗЛ також призводить до появи ГЛШ, цим самим значно збільшуючи ризик кардіоваскулярних ускладнень. Раннє виявлення приєднання АГ на етапі сімейного лікаря та її адекватне лікування може значно збільшити тривалість та покращити якість життя пацієнтів [5].

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Артеріальна гіпертензія: Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – К., 2012. – 106 с.
2. Артериальная гипертония и хроническая обструктивная болезнь легких: патогенетические параллели и клинико-функциональные особенности / В.С. Задионченко, Т.В. Адашева, И.В. Федорова [и др.] // Кардиосоматика. – 2010. – №1. – С. 31-37.
3. Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України». База нормативних документів. [Електр. ресурс]. Режим доступу: <http://medstat.gov.ua>
4. Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертонией и хронической обструктивной болезнью легких (Рекомендации Рос. мед. общества по артериальной гипертонии и Рос. респираторного общества) / И.Е. Чазова, А.Г. Чучалин, К.А. Зыков [и др.] // Системные гипертензии. – 2013. – №1. – С. 5-34.
5. Кароли Н.А. Коморбидность у больных хронической обструктивной болезнью легких: место кардиоваскулярной патологии / Н.А. Кароли, А.П. Ребров // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2009. – № 4. – С. 9-16.
6. Остроумова О.Д. Артериальная гипертония и гипертрофия миокарда левого желудочка / О.Д. Остроумова, Е.Г. Шорикова, Н.Ю. Галева // Артериальная гипертония. – 2011. – № 4 (18). – С. 95-100.
7. Халафян А.А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных / А.А. Халафян. – М.: Бинوم-Пресс, 2007. – 512 с.
8. Association between high-normal albuminuria and risk factors for cardiovascular and renal disease in essential hypertensive men / G. Dell’Omo, G. Penno, D. Giorgi [et al.] // Am. J. Kidney. Dis. – 2002. – Vol. 40, N 1. – P. 1-8.
9. Association of low-grade urinary albumin excretion with left ventricular hypertrophy in the general population: The MONICA/KORA Augsburg Echocardiographic Substudy / W. Lieb, B. Mayer, J. Stritzke [et al.] // Nephrol. Dial. Transplant. – 2006. – Vol. 21, N 10. – P. 2780-2787.
10. Comorbidity and mortality in COPD-related hospitalizations in the United States, 1979 to 2001 / F. Holguin, E. Folch, S.C. Redd [et al.] // Chest. – 2005. – Vol. 128, N 4. – P. 2005-2011.
11. Complex chronic comorbidities of COPD / L.M. Fabbri, F. Luppi, B. Beghe [et al.] // Eur. Resp. J. – 2010. – Vol. 31. – P. 204-212.
12. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease // Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2011. Available from: <http://www.goldcopd.org>
13. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension and cardiovascular disease in COPD / D.M. Mannino, D. Thorn, A. Swensen [et al.] // Eur. Resp. J. – 2008. – Vol. 32. – P. 962-969.
14. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data // Global status report on noncommunicable diseases, 2010. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf



УДК 616.1-007.1-055.15-053.6

**В.О. Кондратьєв,
Л.П. Бадогіна,
Н.Г. Порохня*,
Фан Ліюнь**

УМОВИ ФОРМУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХЛОПЧИКІВ-ПІДЛІТКІВ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра госпітальної педіатрії № 1*

(зав. – д. мед. н., проф. В.О. Кондратьєв)

*КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня ДОР» **

Ключові слова: хлопчики-підлітки, серцево-судинні захворювання
Key words: young boys, cardio-vascular diseases

Реферат. Проведен аналіз особливостей серцево-судинної системи у 228 хлопчиків-підлітків 16-17 років в залежності від виявлених при обстеженні порушень: синдрому дисплазії сполучної тканини серця, метаболічної кардіоміопатії, вегетативної дисфункції, первинної артеріальної гіпертензії. Кількість випадків розвитку серцево-судинної патології в підлітковому віці у хлопчиків приводить до несприятливого преморбідного фону: часта захворюваність респіраторними інфекціями, хронічні очажі інфекції в носоглотці та ротовій порожнині. На збільшення частоти випадків вегетативної дисфункції та артеріальної гіпертензії у хлопчиків-підлітків впливає надмірна маса тіла та наявність високого росту. У більшості хлопчиків-підлітків (94,3%), незалежно від наявності чи відсутності кардіальної патології, при ехокардіографічному обстеженні виявляються фальшиві хорди в шлуночках серця. Для підлітків 16-17 років характерна регургітація на мітральному (53,1%) та трикуспідальному (90,8%) клапанах серця, яка може бути фактором ризику розвитку клапанної серцевої недостатності в подальшій житті, особливо при наявності супутньої дисплазії сполучної тканини серця та метаболічної кардіоміопатії.

Abstract. Analysis of peculiarities of cardio-vascular system in 228 young boys aged 16-17 years in dependence on disorders revealed during examination: syndrome of dysplasia of heart connective tissue, metabolic cardio-myopathy, vegetative dysfunction, primary arterial hypertension was carried out. Unfavorable premorbid background: frequent incidence of viral-bacterial infections, chronic foci of infection in naso-pharynx and oral cavity – chronic tonsillitis, gingivitis, caries lead to increase of incidence of cardio-vascular pathology development in young age. Excessive body mass and high height which may be considered as a clinical marker of syndrome of dysplasia of heart connective tissue, impacting the increase of incidence of vegetative dysfunction and arterial hypertension development in young boys. In the majority of young boys (94,3%), regardless of presence or absence of cardiac pathology on echo-cardiographic examination false-chords in the cardiac ventricles are revealed. Regurgitation on the mitral (53,1%) and tricuspid valve (90,8%) is characteristic factor for development of cardiac valvular insufficiency in future in young boys aged 16-17 years, especially in presence of concomitant dysplasia of heart connective tissue and metabolic cardio-myopathia.

Велика поширеність серцево-судинної патології та її ускладнень серед дорослого населення України, провідні місця цих хвороб у структурі первинної інвалідності та загальної смертності населення визначають медико-соціальний характер і актуальність проблеми [5]. При цьому витоки цієї патології часто формуються вже в дитячому і підлітковому віці, а кожний другий підліток має функціональні відхилення з боку серцево-судинної системи. Особливого значення і актуальності набуває покращення стану здоров'я хлопчиків-підлітків і юнаків у зв'язку з підвищеними вимогами до професійної придатності, занять спортом і проходження військової служби [6,8]. Разом з тим, рання своєчасна діагностика, ефективне лікування і профілактика серцево-судинної патології неможливі без визначення чинників, що сприяють розвитку захворювання. Тому вивчення вікових факторів ри-

зику і первинна профілактика серцево-судинної патології в умовах її сучасних тенденцій до омолодження на сьогоднішній день є одним з актуальних завдань педіатрії і підліткової кардіології.

Метою роботи було визначення умов формування серцево-судинної патології та особливостей серцево-судинної системи у хлопчиків-підлітків, мешканців Дніпропетровської області.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено аналіз результатів обстеження серцево-судинної системи 228 хлопчиків-підлітків 16-17 років, які перебували на стаціонарному обстеженні та лікуванні у кардіоревматологічному відділенні Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні в 2011-2013 роках.

Залежно від виявлених в анамнезі та при обстеженні порушень з боку серцево-судинної системи всі пацієнти були розподілені на групи:

1-а група - 34 хлопчики з синдромом дисплазії сполучної тканини серця (СДСТС); 2-а - 40 хлопчиків з метаболічною кардіоміопатією (КМП); 3-я - 42 хлопчики з вегето-судинною дистонією (ВСД) за симпатикотонічним типом; 4-а - 36 хлопчиків з ВСД за ваготонічним типом; 5-а - 46 хлопчиків з ВСД за змішаним типом; 6-а - 30 хлопчиків з первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ). У всіх випадках в умовах стаціонару проводилося клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження відповідно до «Протоколів діагностики та лікування кардіоревматологічних захворювань у дітей» (Наказ МОЗ України №362 від 19.07.2005).

За клінічними показаннями проводилися додаткові інструментальні обстеження (рентгенографія органів грудної порожнини, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, нирок, щитовидної залози), проводилися консультації суміжних фахівців: невролога, отоларинголога, окуліста, ендокринолога, стоматолога.

Реєстрація електрокардіограм (ЕКГ) здійснювалася на трьохканальному апараті "Schiller At-1" (Німеччина) за стандартною методикою в 12 відведеннях (стандартні, посилені від кінцівок, грудні). За даними ЕКГ проводилася оцінка функцій автоматизму, збудливості і провідності серця. Для дослідження морфофункціонального стану серця використовували ультразвукові методи – ехокардіографію (ЕхоКГ) і доплерокардіографію (ДопплерЕхоКГ), які проводились одночасно на ультразвуковому сканері "Acuson Cv70" (Siemens) в М- і 2D - режимі, а також із застосуванням доплера в імпульсному режимі (PW) за стандартною методикою [3]. Дослідження внутрішньосерцевої клапанної гемодинаміки проводили за допомогою імпульсної ДопплерЕхоКГ. При цьому виконували якісно-кількісну оцінку доплер-потоків на мітральному (Мт), аортальному (Ао) і трикуспідальному (Тк) клапанах з визначенням наявності і міри клапанної регургітації [3]. Оцінка всіх отриманих даних проводилася із застосуванням регіональних і міжнародних ехокардіографічних стандартів у дитячому віці [4].

Математичний аналіз та статистичне опрацювання цифрового матеріалу проводилися з використанням альтернативного, варіаційного і кореляційного статистичного аналізу за допомогою пакету статистичних програм Microsoft Excel 7.0. Вірогідність відмінності оцінювалася за допомогою параметричного критерію Фішера-Стьюдента. Різницю вважали статистично значущою при $p < 0,05$ [7].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз анамнестичних даних показав, що серед перенесених захворювань в обстежених хлопчиків в анамнезі частіше визначалися вірусно-бактерійні інфекції: гострий тонзилофарингіт (37,5%-60,5% випадків), на який хворіли більше половини хлопчиків з метаболічною КМП, СДСТС і ВСД за симпатикотонічним типом; дещо рідше в анамнезі виявлялись гострий бронхіт (34,4-42,9% випадків) і пневмонія (3,1%-24,4% випадків). Хронічні осередки інфекції в носоглотці і порожнині рота (тонзиліт, гінгівіт, карієс) були виявлені майже в половини обстежених усіх груп. При цьому хронічний тонзиліт визначався у більшій частини хлопчиків з метаболічною КМП (55%) і ПАГ (53,6%). Дещо рідше в цих групах виявляли хронічний гінгівіт і карієс, які частіше спостерігалися у хлопчиків з ПАГ (53,6% і 50,0% відповідно).

Скарги при обстеженні, зокрема і кардіального характеру, хлопчики пред'являли рідко. На колючі болі в серці частіше скаржились пацієнти в групах з вегетативною дисфункцією – від 17,4% до 23,9% випадків, скарги на задишку при фізичному навантаженні в таких пацієнтів виявлялися в поодиноких випадках. З астенічних скарг обстежених найчастіше турбував головний біль, який більше виявлявся у хлопчиків з ПАГ (46,7%) і в групах з ВСД (31%-39,1% випадків). Стомлюваність і загальна слабкість турбували пацієнтів рідко. Частіше на загальну слабкість скаржилися хлопчики з ПАГ (20% випадків).

При аналізі результатів об'єктивного обстеження хлопчиків звертали увагу на особливості фізичного розвитку, що впливають на формування патології серцево-судинної системи. При цьому вивчення показників фізичного розвитку показало, що у групах з ВСД за симпатикотонічним типом та ПАГ середня маса тіла (у межах 25-75 перцентилів) реєструвалась достовірно рідше, ніж в інших групах, при цьому переважали підлітки з високою і дуже високою масою тіла: серед хлопчиків з ВСД за симпатикотонічним типом надмірна вага реєструвалась у 40,5% ($p < 0,05$), серед пацієнтів з ПАГ – у 56,5% ($p < 0,01$). Отримані дані співпадають з проведеними раніше дослідженнями, згідно з якими, при наявності надлишкової маси тіла, а особливо при ожирінні, ризик розвитку артеріальної гіпертензії у дорослому віці збільшується втричі порівняно з особами, які мають нормальну масу тіла [10]. Середня довжина тіла в межах 25-75 перцентилів була більше ніж у половини хлопчиків всіх груп і найчастіше реєструвалась у пацієнтів з ВСД за змішаним

Актуальні питання діагностики, лікування і реабілітації в загальнолікарській практиці

типом (71,1%) і метаболічною КМП (65,8%). У той же час, високорослі хлопчики з високою і дуже високою довжиною тіла були частіше в групах з СДСТС - 26,4%, з ВСД за симпатикотонічним типом - 14,2% та ВСД за змішаним типом - 13,4% випадків. Рідше високорослість реєструвалася у хлопчиків з метаболічною КМП – 7,9% випадків.

На думку ряду дослідників, у деяких підлітків протягом пубертатного періоду спостерігається затримка в розвитку серця і крупних судин, при цьому підлітків, у яких виявляється «ювенільне» або «крапельне» серце, не слід вважати хворими, оскільки раціональне використання фізичних навантажень і спорту сприяє завершенню розвитку серця і до кінця періоду статевого дозрівання такі явища з боку серця зникають [8]. За нашими даними, на підставі рентгенографічного та ехокардіографічного дослідження у 16,7% обстежених підлітків були виявлені межові варіанти норми в розвитку серця з невідповідністю між довжиною, масою тіла та розмірами серця. Гіпоеволютивне «крапельне серце», об'єм якого відставав від масо-ростових показників, було виявлено всього в 7,9% випадків, найбільш часто в групі підлітків з ВСД за ваготонічним типом (22,2%). Ювенільна гіпертрофія серця достовірно частіше порівняно з іншими групами виявлялась у хлопчиків з ВСД за симпатикотонічним типом – 21,4% ($p < 0,05$) та у хлопчиків з ПАГ – 20,0% випадків ($p < 0,05$). Останні, на нашу думку, по-

винні перебувати під диспансерним спостереженням і в подальшому.

Аналіз показників біоелектричної активності серця за даними ЕКГ в обстежених хлопчиків показав (табл. 1), що порушення ритму у вигляді синусової тахікардії частіше реєструвалися в групі з ВСД за симпатикотонічним типом (26,2%) і в групі дітей з ПАГ (33,3%). Синусова брадикардія найчастіше реєструвалася у хлопчиків з ВСД за ваготонічним (47,2%) і змішаним (41,3%) типом. Порушення провідності у формі АВ блокади I ст. реєструвалися лише в поодиноких випадках (5%) у хлопчиків з метаболічною КМП. Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса також була зареєстрована в поодиноких випадках у всіх групах, дещо частіше – у дітей з метаболічною КМП, а повна блокада правої ніжки пучка Гіса – у 3 (8,8%) хлопчиків з СДСТС. Порушення реполяризації в міокарді шлуночків були виявлені у хлопчиків всіх груп, але найчастіше вони реєструвалися на ЕКГ в групі з ВСД за симпатикотонічним типом (28,6%), при цьому достовірно частіше, ніж у групах з СДСТС, метаболічною КМП і в групі дітей з ПАГ ($p < 0,05$). Літературні дані свідчать, що в підлітковому віці різна інтенсивність у зростанні спостерігається і з боку міокарда, і з боку його провідних шляхів, при цьому зростання нервової тканини істотно відстає від зростання маси міокардіоцитів, що може викликати скороминущі порушення ритму і провідності серця [2,15].

Таблиця 1

Частота порушень біоелектричної активності серця у хлопчиків-підлітків за даними ЕКГ (%)

Показники ЕКГ	Групи обстежених					
	СДСТС (n=34)	Метаболічна КМП (n=40)	ВСД симпатикотонія (n=42)	ВСД ваготонія (n=36)	ВСД змішаний тип (n=48)	ПАГ (n=30)
Тахікардія	23,5	15,0	26,2	8,3	15,2	33,3
Брадикардія	38,2	30,0	9,5	47,2	41,3	33,3
АВ блокада I ст.	-	5,0	-	-	-	-
Неповна блокада ПН пучка Гіса	5,9	12,5	-	5,6	4,2	3,3
Повна блокада ПН пучка Гіса	8,8	-	-	-	-	-
Порушення реполяризації в міокарді	11,7	12,5	28,6	19,5	15,2	10,0

Аналіз середніх величин ЕхоКГ-показників у обстежених хлопчиків показав (табл. 2), що середні величини діастолічного розміру лівого і правого шлуночків у хлопчиків всіх груп істотних відмінностей не мали, хоча найбільший діаметр лівого шлуночка (ЛШ) спостерігався у

дітей з ВСД за симпатикотонічним типом і дітей з ПАГ, що пояснювалося відносним потовщенням стінки ЛШ за рахунок її гіпертрофії. Середні величини насосної функції ЛШ (за показником фракції вигнання) у хлопчиків всіх груп були в межах вікової норми.

Таблиця 2

Середні величини ЕхоКГ-показників у хлопчиків-підлітків (M±m)

ЕхоКГ-показники	Група обстежених					
	СДСТС (n=34)	Метаболічна КМП (n=40)	ВСД симпатикотонія (n=42)	ВСД ваготонія (n=36)	ВСД змішаний тип (n=48)	ПАГ (n=30)
КДР, мм	51,0±1,32	50,9±1,1	65,9±3,5	48,8±1,32	50,7±1,41	52,2±2,81
КСР, мм	30,8±1,26	30,8±0,96	30,7±1,01	29,9±1,16	30,3±1,12	32,2±1,28
Дпш, мм	15,7±1,42	14,7±0,86	15,53±0,91	13,7±0,7	15,7±1,21	15,7±1,14
ФВ, ум. од.	0,70±0,02	0,70±0,01	0,71±0,01	0,71±0,06	0,70±0,01	0,70±0,05

У групі хлопчиків із СДСТС був виявлений помірний негативний кореляційний взаємозв'язок між розмірами порожнини правого (Дпш) та лівого шлуночка (КДР) ($r = -0,58$), а також між розміром порожнини ЛШ (КДР) і показником насосної функції ЛШ (ФВ) ($r = -0,53$). При цьому, в інших групах хлопчиків кореляційний взаємозв'язок між цими показниками був слабкий і незначний статистично. Таким чином, у хлопчиків із СДСТС при збільшенні розміру порожнини ЛШ спостерігалась тенденція до зниження його насосної функції, що могло бути ранньою ознакою формування лівошлуночкової недостатності, при цьому спостерігалось посилення міжшлуночкової взаємодії, що була спрямованою на взаємокомпенсацію. За даними літератури, міжшлуночкові взаємодії, які можуть бути зумовлені порушеннями геометрії шлуночка, що викликані змінами об'єму в іншому і пере-

даються через міжшлуночкову перегородку, чинять негативний вплив на функцію контрлатерального шлуночка [1].

За даними ДопплерЕхоКГ обстеження у переважної більшості хлопчиків (94,3%), незалежно від групи, виявлялися малі аномалії розвитку серця (МАРС) – фальшхорди, при цьому у хлопчиків із СДСТС достовірно частіше виявлялось функціонуюче овальне вікно (11,8%) і пролапс мітрального клапана (ПМК) I-II ст. (32,4%, $p < 0,05$), які в інших групах виявлялися в поодиноких випадках (табл. 3). В аспекті наявності множинних МАРС також привертає увагу факт наявності у половини хворих з ПМК одночасного міксоматозного переродження провідної системи серця і внутрішньосерцевих нервових волокон [13], що може сприяти виникненню порушень ритму серця і провідності.

Таблиця 3

Частота МАРС за даними ЕхоКГ у хлопчиків-підлітків (%)

МАРС	Групи обстежених					
	СДСТС (n=34)	Метаболічна КМП (n=40)	ВСД симпатикотонія (n=42)	ВСД ваготонія (n=36)	ВСД змішаний тип (n=48)	ПАГ (n=30)
Фальшхорди	91,2	100	90,5	94,4	95,7	93,0
Відкрите овальне вікно	11,8	-	-	-	4,3	-
Пролапс мітрального клапана I-II ст.	32,4	5,0	2,4	-	-	6,7

При аналізі стану трансмітрального кровотоку за даними ДопплерЕхоКГ було визначено (табл. 4), що підлітки в усіх групах в середньому в 53,1% випадків мали Мт-регургітацію I-II ст., яка була гемодинамічно незначною, але виявлялась у цілому дещо частіше у підлітків з ПАГ(63%, $p>0,05$). При цьому Мт-регургітація II ст. дещо частіше виявлялась у підлітків з СДСТС і метаболічною КМП (27,8% і 30,0% відповідно при $p>0,05$). За літературними даними, СДСТС

повинен привертати пильну увагу у зв'язку з високою популяційною частотою і ризиком розвитку таких ускладнень, як мітральна недостатність та порушення ритму серця [11,12]. При цьому гемодинамічно значуща Мт- регургітація, як правило, пов'язана з міксоматозним переродженням структур клапанного апарату [9]. У таких випадках макроскопічно стулки клапана мають потовщення, збільшені в розмірах, «вздуті» [14].

Таблиця 4

**Частота і ступінь регургітації на клапанах серця
за даними ЕхоКГ у хлопчиків-підлітків (%)**

Регургітація на клапанах	Групи обстежених			
	СДСТС (n=34)	Метаболічна КМП (n=40)	ВСД (n=124)	ПАГ (n=30)
<i>Мітральний клапан</i>				
Всього випадків регургітації	52,9	50,0	51,6	63,3
I ступінь	72,2	70,0	75,0	89,5
II ступінь	27,8	30,0	25,0	10,5
<i>Трикуспідальний клапан</i>				
Всього випадків регургітації	91,2	100	87,9	90,0
I ступінь	45,2	45,0	44,1	66,7
II ступінь	41,9	55,0	45,9	33,3
III ступінь	12,9	-	-	-

Регургітацію на трикуспідальному клапані за нашими даними було зареєстровано частіше, у переважної більшості обстежених хлопчиків (у середньому - в 90,8% випадків). Тк-регургітація в більшості випадків, також як і мітральна, була гемодинамічно незначною. Однак при цьому аналіз показав більшу частоту Тк-регургітації II-III ст. у підлітків із СДСТС (54,8%) і метаболічною КМП (55%). У таких випадках регургітація реєструвалася одночасно на мітральному і трикуспідальному клапанах.

ВИСНОВКИ

1. Проведені дослідження доповнили відомості про морфофункціональні особливості серцево-судинної системи у хлопчиків-підлітків на сучасному етапі, залежно від виявлених в анамнезі та при обстеженні порушень. Було відзначено, що до збільшення числа випадків розвитку серцево-судинної патології у хлопчиків-підлітків веде несприятливий преморбідний фон: часта захворюваність на вірусно-бактеріальні ін-

фекції; хронічні вогнища інфекції в носоглотці і порожнині рота – хронічний тонзиліт, гінгівіт, карієс. На збільшення частоти випадків розвитку ВСД за симпатикотонічним типом і артеріальної гіпертензії у хлопчиків-підлітків впливає надлишкова маса тіла. З іншого боку, високорослість може розглядатися як клінічний маркер високої імовірності СДСТС і розвитку ВСД за симпатикотонічним і змішаним типом.

2. У більшості хлопчиків-підлітків (94,3%), незалежно від наявності або відсутності кардіальної патології, при ехокардіографічному обстеженні виявляються МАРС – фальшхорди у шлуночках серця. Крім того, для підлітків 16-17 років є характерною регургітація на мітральному (53,1%) і трикуспідальному (90,8%) клапанах серця, що може бути фактором ризику розвитку мітральної і (або) трикуспідальної клапанної недостатності в пацієнтів у подальшому, особливо на фоні СДСТС і метаболічної КМП.

3. Під час профілактичних оглядів хлопчиків-підлітків необхідно звертати увагу на санацію

хронічних вогнищ інфекції в носоглотці і порожнині рота, що буде сприяти зменшенню імовірності розвитку серцево-судинної патології. При проведенні у таких пацієнтів ехокардіографічного обстеження та виявленні множинних

МАРС, регургітації на клапанах серця необхідно уточнення генезу порушень і здійснення подальшого спостереження у кардіолога в групі ризику щодо розвитку кардіальної патології.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Головка Т.О. Морфофункціональний стан правого шлуночка серця та його участь у формуванні серцевої недостатності у дітей з патологією міокарда: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Т.О. Головка. - Харків, 2013. - 22 с.
2. Динамика артериального давления и прогнозирование артериальной гипертензии: данные 20-летнего наблюдения детской когорты / Ю. Клумбене, Ж. Милашаускене, И. Мисявичене, А. Шачкуте // Кардиология.-2004.-№2.-С.30-34.
3. Клінічна доплерівська ультрасонографія / за ред. Пола Л. Аллана, Пола А. Даббінса, Мирона А. Позняка, В. Нормана МакДікена [пер. з англ.]. - Львів: Медицина світу, 2007. - 374 с.
4. Кондратьев В.А. Сердечно-сосудистые заболевания у детей в практике педиатра и семейного врача / В.А. Кондратьев, Л.И. Вакуленко. - Днепропетровск, 2012.-145 с.
5. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в России: успехи, неудачи, перспективы / Р.Г. Оганов // Терапевт. архив.-2004.-№6.-С. 22-24.
6. Ушакова М.А. Состояние здоровья школьников 15-18 лет в Москве / М.А. Ушакова, Е.Г. Ушакова // Гигиена и санитария.-2008.-№5.-С.59-61.
7. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев.- СПб.: ВМедА, 2002.- 266 с.
8. Ямпольская Ю.А. Физическое развитие и функциональные возможности подростков 15-17 лет, обучающихся в школе и профессиональном училище / Ю.А. Ямпольская // Педиатрия.-2007.- №5.- С.69-72.
9. Durlach J. Primary mitral valve prolapse: a clinical form of primary magnesium deficit/ J.Durlach// Magnes Res.-1994.-Vol.7, N3-4.- P.339-340.
10. INTERSALT study findings. Public health and medical care implications/ J.Stamler, G.Rose, R.Stamler [et al.]// Hypertension.- 1989.-Vol.14, N5.-P.570-577.
11. Floppy mitral valve chordae tendineae: histopathologic alterations/ P.Baker, G.Bansal, H.Boudoulas [et al.]// Hum. Pathology.-1998.-Vol.19, N5.-P. 507-512.
12. Kitlinski M. Evaluation of magnesium cation levels in serum of patients with mitral valve prolapse syndrome/ M.Kitlinski, E.Konduracka // Folia Med Cracov.-2000.-Vol.41, N3-4.-P. 17-24.
13. Mapping of the first locus for autosomal dominant myxomatous mitral valve prolapse to chromosome 16p11.2-p.12.1/ S.Disse, E.Abergei, A.Derrebi [et al.] // Amer. J. Hum. Genet.-1999.-Vol.65, N5.-P. 1242-1251.
14. Pedersen H. Mitral valve prolapse in the dog: a model of mitral valve prolapse in man/ H.Pedersen, J.Haggstrom // Cardiovasc Res.-2000.-Vol.47, N2.-P.234-243.
15. Wroblewska-Kaluzewska M. Arrhythmia and repolarization in children with mitral valve prolapsed/ M.Wroblewska-Kaluzewska, A.Piorecka-Makula, A.Tomik // Wiad. Lek.-2000.-Vol.53, N9-10.-P.513-517.



УДК 613.84-053.6:616.24-007.272-036.1-037

С.І. Ільченко

ОСОБЛИВОСТІ СТАТУСУ ТЮТЮНОПАЛІННЯ У СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра пропедевтики дитячих хвороб
(зав. – д. мед. н., проф. С.І. Ільченко)*

Ключові слова: підлітки, статус паління, нікотинова залежність, ризик розвитку ХОЗЛ
Key words: adolescents, smoking status, nicotine dependence, risk of COPD developing

Реферат. Обследовано 1768 подростков города. Проведен скрининг-опрос, тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости, оценка мотивации курения, оценка мотивации для отказа от курения по специальным анкетам; воспроизводился тест для выявления риска развития хронической обструктивной

Актуальні питання діагностики, лікування і реабілітації в загальнолікарській практиці

болезни легких. Общая распространенность табакокурения среди исследованных подростков города составила в целом 27%. Средняя продолжительность (стаж) курения у обследованных составила $3,0 \pm 2,1$ года. Несмотря на относительно незначительный средний стаж курения, у 13% подростков имеет место очень высокий риск развития ХОБЛ. Никотиновая зависимость у большинства курильщиков характеризовалась как «слабая». В то же время у половины из них была обнаружена и слабая мотивация бросить курить. Таким образом, на примере крупного промышленного города показана крайне серьезная ситуация, которая связана с высоким уровнем распространенности табакокурения и его «агрессивным» статусом среди детей и подростков, что в значительной степени определяет неблагоприятный прогноз состояния здоровья населения в ближайшем будущем, в частности роста распространенности ХОБЛ.

Abstract. 1768 adolescents of the city were surveyed. Screening survey, Fagerstrom test for assessing the degree of nicotine dependence, assessment of smoking motivation, assessment of motivation for smoking cessation by special questionnaires was performed; test for detecting the risk of COPD developing was reproduced. The overall prevalence of smoking among studied adolescents was 27%. Average duration (the length) of smoking in surveyed was $3,0 \pm 2,1$ years. Despite a relatively small period of smoking, 13% of teenagers are at a very high risk of COPD developing. Nicotine addiction in the majority of smokers was characterized as "weak". At the same time, half of them had a weak motivation for smoking cessation. Thus, by the example of a large industrial city, a very serious situation, which is associated with a high prevalence of smoking and its "aggressive" status among children and adolescents was shown; this determines poor prognosis of health status in the near future, namely increase of COPD incidence.

Тютюнопаління широко розповсюджено серед населення в усіх країнах світу і є одним з основних факторів ризику розвитку хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі тютюн палять більше одного мільярда людей. Враховуючи динаміку приросту курців, експерти прогнозують, що до 2020 року курцями будуть щорічно ставати близько 10 млн людей [5, 6].

Згідно з доповіддю ВООЗ про глобальну тютюнову епідемію 2013 р., розповсюдженість щоденного паління серед дорослого населення становить 25% [6]. Наша країна займає друге місце у світі за кількістю викурених сигарет на душу населення – за рік українці викурюють близько 125 млрд сигарет. Кожний другий підліток в Україні викурює першу сигарету у віці 10 років. Україна – це друга країна в світі (після Чілі), де у віці 13-15 років палять більше 50% юнаків та дівчат [7]. Для успішного зниження частоти паління серед підлітків необхідні, як мінімум, дві умови: бажання (мотивація) курців відмовитися від паління та наявність методів, здатних допомогти курцям зробити це якомога ефективніше.

Метою антитютюнових програм, які проводяться в багатьох країнах, є зниження захворюваності і смертності від хвороб, що пов'язані з палінням. Попередження ініціації куріння, особливо серед підлітків, а також формування мотивації у курців до відмови від паління – основні напрямки такої політики [4]. Метою нашої роботи була оцінка розповсюдженості та статусу тютюнопаління серед підлітків м. Дніпропетровська для подальшої розробки рекомендацій

щодо відмови від тютюнопаління та пропаганди здорового способу життя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено порівняльне епідеміологічне дослідження по вивченню розповсюдженості тютюнопаління серед підлітків у віці 15-21 років ($n = 1768$ осіб). Для оцінки розповсюдженості тютюнопаління та респіраторних симптомів було використано модифікований анкетний скринінг на основі міжнародних опитувальників: Burden of major Respiratory diseases who survey [5], Compendium of Respiratory Standard Questionnaires (CORSQ), глобальний опитувальник підлітків по тютюнопалінню [2]. Аналіз статусу паління проводився згідно з методичними рекомендаціями «Практичне керівництво по лікуванню тютюнової залежності» (під ред. О.Г. Чучаліна) [8] та включав:

- оцінку паління як фактора ризику розвитку захворювання за індексом курящої людини (ІКЛ) за формулою: $ІКЛ = n \times 12$, де n - кількість сигарет, що викурено за добу, 12 – кількість місяців у році, коли людина палить (ІКЛ > 140 – паління являє собою ризик відносно ХОЗЛ; ІКЛ > 240 – продовження паління неминуче призведе до розвитку ХОЗЛ);

- оцінку ступеня нікотинової залежності за допомогою тесту Фагерстрема (0-2 бали – дуже слабка залежність, 3-4 – слабка залежність, 5 – середня залежність, 6-7 – висока залежність, 8-10 балів – дуже висока залежність);

- оцінку мотивації паління (слабка мотивація – до 7 балів, середня мотивація – 7-11 балів, сильна мотивація – понад 11 балів);

- оцінку ступеня мотивації кинути палити (сума балів більше 6 – висока мотивація до відмови

від паління, сума балів від 4 до 6 – слабка мотивація, менше 3 балів – відсутність мотивації). Обчислювали показник «пачка/років» за формулою:

«пачка/років» = кількість років паління x середнє число пачок сигарет, що викурено за місяць x 12 місяців.

Зважаючи на відносно невеликий стаж паління, цей показник найкращим чином відображає кумулятивний ефект тютюнопаління у підлітків. Статистична обробка матеріалу проводилась з використанням програм MS Excel XP і Statistica 6.0. Обчислювалась середня арифметична величина (M), середнє квадратичне відхилення, середня помилка (m). Проводилась оцінка достовірності різних статистичних показників у порівняльних групах (p) за критерієм Фішера — Стьюдента (t). Відмінності вважались статистично достовірними при значеннях $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведено одночасне вибіркове анкетування серед підлітків у віці 15-21 років. В опитуванні взяло участь 1768 підлітків, з них 52,7% юнаків та 47,3% дівчат. Середній вік досліджених підлітків становив $17,6 \pm 1,5$ року. У середньому підлітки починали регулярно палити в $14,7 \pm 2,1$ року: юнаки – в $14,6 \pm 2,1$ року, дівчата – в $14,8 \pm 2,1$ року. Початком регулярного паління назвали вік старше 15 років - 61,5% підлітків, з 10 до 14 років - 36,5%, до 10 років - 2% підлітків. Виявлено достовірні гендерні відмінності в розповсюдженні щоденного паління залежно від віку (рис. 1). Наприклад, у 15 та 17 років розповсюдженість паління серед юнаків була максимальною та становила 37,5% та 39% відповідно, у той час серед дівчат - 20,5% та 24% ($p < 0,001$). У 19 років, навпаки, достовірно частіше палили дівчата (38% проти 21% відповідно, $p < 0,05$).

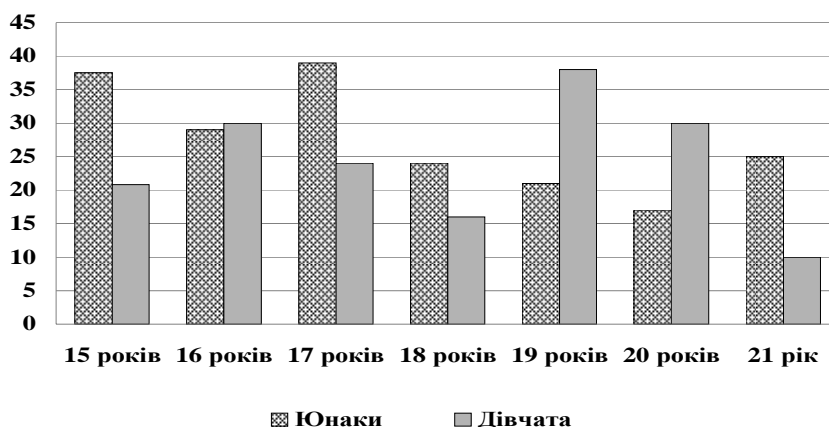


Рис. 1. Розповсюдженість тютюнопаління серед підлітків залежно від статі та віку

Середня тривалість (стаж) паління у досліджених підлітків становила $3,0 \pm 2,1$ року. Показник «пачка/років», з огляду на невеликий стаж, найкращим чином відображає кумулятивний ефект паління у підлітків, виявляє, скільки пачок сигарет викурили підлітки за роки паління (у середньому $384,1 \pm 2,2$; юнаки - $224,65 \pm 2,5$, дівчата – $159,45 \pm 1,7$; $p < 0,05$). Середня кількість викурених сигарет за добу становить $11,1 \pm 5,6$ (у юнаків та дівчат відповідно $6,2 \pm 4,2$ та $4,8 \pm 2,2$ ($p < 0,001$)). Оцінка статусу тютюнопаління, як фактора ризику розвитку захворювань, проводилась за індексом курящої людини. Середній ІКЛ у підлітків становить $133,0 \pm 65,6$. У 18,8% (39) підлітків (22 юнаків, 17 дівчат) індекс курящої людини був більше 140 та свідчив про

дуже високий рівень ризику розвитку ХОЗЛ, а в 13% (27) підлітків (21 юнак, 6 дівчат) з ІКЛ від 240 та вище (за даними тесту) продовження паління неминуче призведе до розвитку ХОЗЛ. Таким чином, незважаючи на незначний стаж паління ($3,0 \pm 2,1$ року), у 13% підлітків, що палять, реальний ризик розвитку ХОЗЛ був дуже високим. Ступінь ніотинової залежності оцінювався за допомогою тесту Фагерстрема (рис. 2). У середньому була виявлена слабка ніотинова залежність у 87 підлітків (41,8%): у юнаків та дівчат вона становила відповідно 42,7% та 40,8%. Серед щоденних активних курців встановлена дуже слабка ніотинова залежність у 28 осіб (13,5%): у 9,1% юнаків та 18,4% дівчат; середня - у 37 (17,8%) підлітків: у 20% юнаків та

15,3% дівчат; висока залежність - у 37 (17,8%) підлітків: 17,3% юнаків та 18,4% дівчат; та дуже

висока залежність – лише у 19 (9,1%) підлітків: у 10,9% юнаків та 7,1% дівчат.

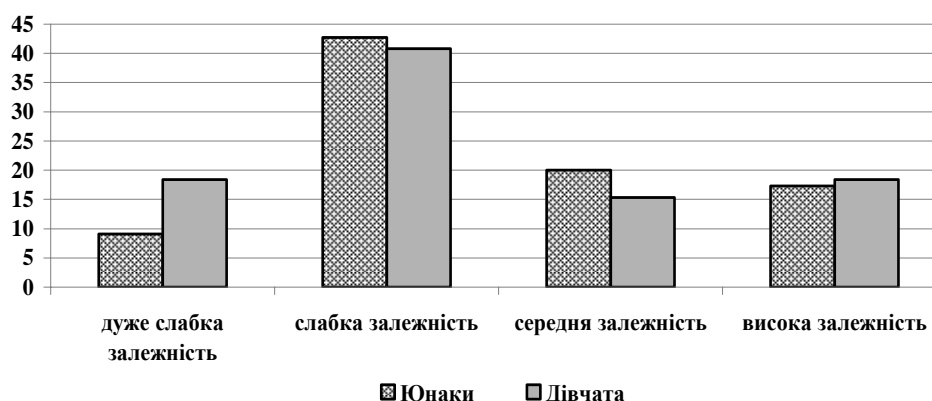


Рис. 2. Особливості ступеня нікотинної залежності у підлітків (тест Фагерстрема)

При оцінці мотивації до паління за чотирима параметрами був виявлений середній ступінь залежності. Основною причиною паління підлітки назвали можливість маніпулювати сигаретою в оточенні одноліток, підтримку при нервовому напруженні. Потреба маніпулювати сигаретою та розслабитися для дівчат була більш важливою, ніж для юнаків.

Оцінку мотивації до паління і мотивації кинути палити досліджували у 208 підлітків (110 юнаків та 98 дівчат). За даними анкетування, у 100 (48%) підлітків виявлена слабка мотивація кинути палити, повна відсутність мотивації – у 71 підлітка (34%) і висока мотивація до відмови від паління була виявлена лише у 37 підлітків (18%).

ВИСНОВКИ

1. На прикладі великого промислового міста очевидним є те, що в країні існує серйозна ситуація, пов'язана з високим рівнем розповсюд-

женості та «агресивним» статусом тютюнопаління серед дітей та підлітків.

2. При оцінці статусу тютюнопаління за індексом курячої людини у 13% підлітків, що палять, реальний ризик розвитку ХОЗЛ був дуже високим, незважаючи на відносно невеликий стаж паління ($3,0 \pm 2,1$ року).

3. За даними анкетування, висока мотивація до відмови від паління була виявлена лише у 37 підлітків (18%), у 48% підлітків-курців виявлена слабка мотивація кинути палити, а у 34% мотивація була відсутньою.

4. Для виявлення групи потенційного ризику щодо розвитку ХОЗЛ серед підлітків та планування профілактичних дій необхідною є якісна оцінка статусу паління за допомогою використання сучасних опитувальників та розрахунку сумарних індексів, що використовуються у дорослих, а не тільки констатація самого факту наявності тютюнопаління.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антонов Н.С. Хроническая обструктивная болезнь легких у курильщиков: ранняя стадия / Н.С. Антонов, Г.М. Сахарова // Терапевт. архив. – 2009. – Т. 81, № 3. – С. 82-84.
2. Баранов А.А. Табакокурение детей и подростков: гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, И.В. Звезда. – М., 2007. – 213 с.
3. Батожаргалова Б.Ц. Табакокурение у подростков / Б.Ц. Батожаргалова // Земский врач. – 2012. – № 5. – С. 28-35.
4. Геппе Н.А. Социальные и медицинские аспекты проблемы курения у подростков с бронхиальной

- астмой. Российская программа экспресс-профилактики табакокурения в подростковых группах / Н.А. Геппе, Н.Г. Машукова, И.А. Деев // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. – 2009. – №9. – С. 163-169.
5. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS). – Украина, 2010. – 164 с.
6. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии. – 2013. – 212 с.
7. Пархоменко Л.К. Медичні та соціальні аспекти тютюнопаління у підлітків / Л.К. Пархоменко, А.В. Єщенко // Соврем. педиатрия. – 2012. – № 7 (47). – С. 215-218.

8. Чучалин А.Г. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика ХОБЛ, вызванной курением табака: метод. рекомендации / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новиков. – М., 2002. – 18 с.

9. Life before and after quitting smoking: an electronic diary study / D.E. Carthy, T.M. Piasecki, M.C. Fiore, T.B. Baker // J. Abnorm. Psychol. – 2006. – P. 454.

10. Macpherson L., Adolescent definitions of change in smoking behavior: An investigation/ L. Macpherson, M.G. Myers, M. Johnson // Nicotine Tob. Res. – 2006. – P. 682.

11. Smoking and the adolescent: An inquiry into motivation and knowledge of the effects of tobacco / N. Hastier, K. Quinque, A. S. Bonnel [et al.] // Rev. Mal. Resp. – 2006. – P. 234.



УДК 616.24-007.272-036.1:613.84:796-092.11

*Н.Д. Чухрієнко,
О.С. Хмель*

ТЮТЮНОПАЛІННЯ ЯК ФАКТОР ЗНИЖЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Н.Д. Чухрієнко)*

Ключові слова: ХОЗЛ, тютюнопаління, толерантність до фізичних навантажень, якість життя, тест 6-хвилинної ходьби

Key words: COPD, smoking, tolerance to physical activity, quality of life, 6-minute walk test

Реферат. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - одна из ведущих причин смертности в Украине на данный момент. С учетом того, что частицы табачного дыма являются одним из наиболее важных звеньев патоморфологических изменений при ХОБЛ, курение и его взаимосвязь с развитием и прогрессированием ХОБЛ до сих пор остается одной из наиболее актуальных проблем на уровне государства. Клинически ХОБЛ проявляется в первую очередь неуклонно прогрессирующей одышкой, которая обуславливает снижение толерантности к физической нагрузке у больных и ухудшение качества их жизни, а также негативно влияет на работоспособность больных, что несет значительный экономический убыток государству. Учитывая то, что именно семейному врачу принадлежит главенствующая роль в первичной диагностике, постоянном наблюдении за состоянием здоровья больного и профилактике осложнений ХОБЛ, врач общей практики нуждается в использовании простых, доступных и эффективных методов диагностики текущего состояния пациента. Одним из таких перспективных методов является тест с 6-минутной ходьбой, при котором измеряется ЧСС до теста и через 1 минуту по окончании теста.

Abstract. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the leading mortality cause in Ukraine nowadays. Taking into consideration that particles of tobacco smoke are one of the most important links in pathomorphological changes in COPD, smoking and its interrelation with development and progressing of COPD still remains to be one of the most actual problems even at the state level. Clinically COPD first of all is revealed by permanently progressing breathlessness which causes decrease of tolerance to physical activity and life deterioration in patients and by a negative influence on working capacity of patients that causes a considerable economic loss to the state. Taking into consideration that family doctor has a predominating role in primary diagnostics, prevention of COPD complications and continuous supervision over the patient's health, general practitioner is in need of simple, cheap and effective methods of current health diagnostics in patients. 6-minute walk test (6mwt) with measuring of heart rate before test and in 1 minute after finishing it is one of these methods.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з провідних причин смертності в Україні. Клінічно ХОЗЛ проявляється в першу чергу неухильно прогресуючою задишкою, яка

зумовлює зниження витривалості до фізичного навантаження у хворих та погіршення якості їх життя, що призводить до істотного економічного

й соціального збитку, причому рівень його з кожним роком зростає.

За даними МОЗ України, в 2012 р. в країні було зареєстровано 410834 випадки захворювань ХОЗЛ серед дорослого населення (від 18 років і старше). [1] Загалом в Україні поширеність ХОЗЛ становить 236,1 особи на 10 000 населення, захворюваність — 20,08 на 10 000 осіб, смертність — 38,04 на 100 000 осіб. [1] Поряд з цим, показники смертності та інвалідності найстрімкіше зростають серед чоловіків у працездатному віці [2]. Найбільш вірогідно це пов'язано з фактором тютюнопаління, бо в Україні, згідно з даними European Cardiovascular Disease Statistics за 2012 рік, палять 43,8% населення старше 15 років, що становить 8,1 млн населення України [3]. З урахуванням того, що часточки тютюнового диму є одним з найбільш важливих ланок патоморфологічних змін при ХОЗЛ, куріння і його взаємозв'язок з розвитком і прогресуванням ХОЗЛ досі залишається однією з найбільш актуальних і важко вирішуваних проблем на рівні держави в цей час.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

На базах комунальних установ «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 7» (амбулаторії №1-3) та «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 6» (амбулаторія № 4) проведено рандомізоване відкрите контрольоване дослідження 47 хворих на ХОЗЛ чоловічої статі у віці $57,18 \pm 4,47$ року, страждаючих від ХОЗЛ II (91 %) і III (9 %) стадії в період ремісії, які знаходились на амбулаторному обліку. Тривалість захворювання на ХОЗЛ становила $14,68 \pm 2,3$ року. Діагноз ХОЗЛ встановлювався з урахуванням стадії GOLD 2012 [4] та згідно з Наказом №128 МОЗ України від 19.03.2007 р. [5].

З анамнезу відомо, що 53,2% пацієнтів палили, індекс куріння становив $14,68 \pm 2,21$ пачко-року. Таким чином, пацієнти були розподілені на 2 клінічні групи: до першої групи увійшли пацієнти, хворі на ХОЗЛ, які палять (25 чоловіків), до другої групи - пацієнти, хворі на ХОЗЛ, які не палять (22 чоловіки).

До контрольної групи увійшли 15 практично здорових чоловіків.

Для оцінки стану хворих були використані такі методи:

- анкетування (САТ-тест, 6-бальна шкала для оцінки кашлю за Hsu J.A., Stone R.B, шкала mMRC, респіраторний опитувальник лікарні святого Георга (SGRQ));

- фізикальні методи обстеження;

- інструментальні (вимірювання артеріального тиску, ЕКГ, комп'ютерна спірометрія);

- тест з фізичним навантаженням (тест з 6-хвилинною ходьбою (6mwt), при якому вимірювалась ЧСС до тесту, через 1 хвилину після закінчення тесту та оцінювався час відновлення ЧСС);

- лабораторні аналізи (загальний аналіз крові, сечі, харкотиння).

Згідно зі стандартами ATS/ERS [15], всім хворим у день огляду оцінювалась функція зовнішнього дихання (ФЗД) на комп'ютному спірографі «MasterScreen Pneumo». Аналізувався рівень об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), форсована життєва ємність легенів (ФЖЄЛ) та співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ. У всіх хворих на ХОЗЛ співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ та ступінь тяжкості захворювання оцінювались за результатами постбронходилатційного тесту з β_2 -агоністом короткої дії сальбутамолом у дозі 400 мкг.

Статистична обробка проводилася за допомогою програми Statistic for Windows (2000) StatSoft Int., Windows XP 2003.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обстежені пацієнти були зіставні за показниками FVC, FEV₁, FEV₁/FVC, 6-бальної шкали Hsu J.A., Stone R.B для оцінки кашлю, значенням САТ-тесту та значенням шкали mMRC. (Табл.1)

Згідно з показником mMRC, у 14,7% хворих спостерігалась 0 ступінь тяжкості задишки, I ступінь – у 38% хворих, II ступінь – у 47,3%.

Результати САТ-тесту показали, що ХОЗЛ має помірний вплив на якість життя пацієнтів незалежно від наявності фактору тютюнопаління. Проте за даними опитувальника SGRQ, симптоматичні прояви ХОЗЛ мали значну вираженість в обох групах хворих, хоча сама хвороба мала помірний вплив на фізичну активність хворих. Загальний показник впливу ХОЗЛ на якість життя достовірно відрізнявся у пацієнтів, які палять, та пацієнтів, які не палять ($p < 0,05$), що свідчить про більш виражене погіршення показника якості життя та працездатності в курців порівняно з хворими, які не палять (табл. 1).

Була виявлена достовірна різниця між результатами 6mwt у курців та групою контролю ($p < 0,05$), у той час як пацієнти, які не палять, достовірної різниці з групою контролю не мали. Ці дані свідчать на користь зниження толерантності до фізичного навантаження саме в паліїв цигарок.

Також було виявлено, що ЧСС в стані покою порівняно з ЧСС на першій хвилині після 6mwt

($p < 0,05$) та час відновлення ЧСС достовірно відрізняються в хворих на ХОЗЛ, які палять, у той час як не було виявлено достовірної різниці між хворими, що не палять, та групою контролю.

Отримані дані свідчать на користь зниження толерантності до фізичного навантаження та

підвищення тону симпатичної нервової системи в курців (табл.) Також, згідно з Diego A. Rodriguez та інш., достовірна різниця між ЧСС спокою та ЧСС на 1 хвилині після 6 mvt може бути потенціальним предиктором частоти загострень ХОЗЛ протягом року [6].

Середні значення отриманих даних (M±m)

Показник	Хворі на ХОЗЛ, які палили	Хворі на ХОЗЛ, які не палили	Група контролю
FVC, %	68,53±4,38*	71,48±4,52*	94,35±8,11
FEV1, %	62,43±3,21*	66,05±3,77*	97,61±5,29
FEV1/FVC, %	67,42±4,48*	68,72±3,21*	96,4±5,31
6 mvt, м	424,6±20,81*	479±18,28	515,4±23,38
6-бальна шкала оцінки кашлю, бали	2,3±0,6*	2,1±0,4*	0
CAT-тест, бали	19,46±6,15*	17,24±5,58*	3,12±0,31
mMRC, бали	1,4±0,17*	1,29±0,13*	0
SGRQ - симптоми, %	67,78±5,57*	58,09±6,22*	11,12±1,18
SGRQ - активність, %	35,38±6,37*	29,88±6,04*	4,32±1,05
SGRQ – вплив хвороби, %	34,72±5,87*	29,81±5,45*	4,31±1,21
SGRQ – загальний результат, %	40,05±5,36**	27,4±3,39*	6,21±1,1
ЧСС в стані спокою, уд./хв.	76,4±6,43#	72,38±6,34	69,33±5,35
ЧСС на 1 хвилині, уд./хв.	89,32±6,24#*	79,28±6,31	72,74±5,38
Час відновлення ЧСС, хв.	58,3±11,2*	41,5±10,1	29,4±9,2

Примітки: * - вірогідність розбіжностей з групою порівняння $p < 0,05$ (горизонтальні колонки); # - вірогідність розбіжностей з групою порівняння $p < 0,05$ (вертикальні колонки).

ВИСНОВКИ

У хворих на ХОЗЛ, зіставних за статтю, віком, ступенем задишки, результатами САТ-тесту та показниками спірограми, залежно від наявності фактору тютюнопаління визначаються:

1. Достовірне зниження толерантності до фізичного навантаження.
2. Більш виражений вплив ХОЗЛ на якість життя.
3. Достовірна різниця між ЧСС спокою та ЧСС на 1 хвилині після 6 mvt, що може бути потенціальним незалежним предиктором частоти загострень ХОЗЛ протягом року.

Таким чином, наявність фактору тютюнопаління сприяє більш тяжкому розвитку клініки ХОЗЛ та значнішому погіршенню якості життя, а також вірогідному підвищенню ризику смерті. Враховуючи те, що саме сімейний лікар вирішує питання постійного спостереження за станом здоров'я хворих на ХОЗЛ, вчасної корекції лікування та профілактики ускладнень ХОЗЛ, тест з 6-тихвилинною ходьбою із сумісним підрахунком ЧСС після 1 хвилини від фізичного навантаження є простим, доступним та ефективним у роботі сімейного лікаря.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Порівняльні дані про поширеність хвороб органів дихання та медичної допомоги хворим на захворювання пульмонологічного профілю в Україні за 2006-2012 рр. (цифрові дані) / Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського.
2. Юдіна Л.В. Хронічне обструктивне захворювання легенів: не все так безнадійно/ Л.В. Юдіна // Новини медицини і фармації в світі.– 2008.– № 10 (245).– С. 8–9.
3. European Cardiovascular Disease Statistics. – 2012.
4. Global strategy for the diagnosis, Management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (revised 2012).
5. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія": Наказ МОЗ України від 19.03.2007 № 128.
6. Heart rate recovery after 6-min walk test predicts acute exacerbation in COPD / Diego A. Rodriguez, Ane Arbillaga, Eleni Kortianou [et al.] // Eur. Resp. J. – 2013. – Vol. 42, N 57. – S. 367 (P1862).



УДК 616-089.81:614.254

Д.І. Міцура

СТРУКТУРА ТА ДЕЯКІ ЯКІСНІ ПОКАЗНИКИ АНАЛІЗУ РОБОТИ ХІРУРГІЧНОГО КАБІNETУ ЦЕНТРУ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО- САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. В.І. Десятерик)*

Ключові слова: захворювання хірургічні, кістково-суглобової системи, профілактика, лікування, проведені лікувально-профілактичні заходи

Key words: surgical diseases, osteo-articular system, treatment, preventive measures

Реферат. Проведен ретроспективний аналіз роботи хірурга амбулаторії центру першої медико-санітарної допомоги за останні 2 роки. Определена структура і якісні характеристики хірургічних захворювань серед учасників вузів і технікумів міста. Проведен аналіз якості амбулаторного лікування серед прийнятих 755 хворих з гострою патологією і при хронічних захворюваннях у 1273 хворих. Показані також дані про результати комплексних оглядів 4877 учасників ВУЗів. Встановлені причини і нозологічні форми домінуючих захворювань.

Abstract. Retrospective analysis of work of a surgeon of primary stage health care over the last two years was done. The structure and quality characteristics of surgical diseases among students of universities and colleges of the city was defined. The analysis of quality of out-patient care given to 755 patients with acute pathology and to 1273 patients with chronic diseases was made. Data on the results of complex inspections of 4877 students of institutions are given. The causes and nosological forms dominant of diseases are established.

Актуальною проблемою в роботі амбулаторій ЦПМСД є поліпшення якості хірургічної допомоги. Це стосується, у першу чергу, надання невідкладної допомоги при гострих хірургічних захворюваннях та травмах на дошпитальному етапі. У цьому повідомленні представлений аналіз роботи хірурга з надання консультативної, діагностичної та лікувально - профілактичної допомоги у хірургічному кабінеті амбулаторії № 1 6905 студентам за 2012-2013 роки.

Серед прийнятих особи чоловічої статі склали 44,8% (3044), жіночої статі – 55,9% (3861):

- 1) хворі – 755 осіб (10,9%);
- 2) практично здорові – 1273 (18,4%) – це особи, які страждають на хронічні захворювання різних органів;
- 3) здорові – 4877 (70,6%)

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Ретроспективний аналіз результатів роботи побудований на даних щоденного звіту прийому

хворих, проведення комплексних та індивідуальних оглядів з використанням методу опитування, об'єктивного обстеження пацієнтів, проведення лабораторних аналізів (рентгенологічного, ультразвукового та ін.), консультації сумісних спеціалістів.

Під час прийому хворих та «практично здорових» пацієнтів виконувалась лікувально – діагностична робота за показаннями, призначалося консервативне лікування, визначалися показання до госпіталізації та необхідність надання невідкладної допомоги хірургічним та травматологічним хворим, які терміново направлялися у відповідні стаціонари лікарень міста.

Індивідуальні та комплексні огляди проводилися систематично протягом року.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ІХ ОБГОВОРЕННЯ

Характерно, що в молодших вікових групах (від 17 до 19 років) частіше зверталися за медичною допомогою пацієнтки жіночої статі, питома вага яких зростала з 4,3% (17 років) до 26,7% (19 років) порівняно з хворими чоловічої статі – відповідно 3,5% та 19,4%.

Однак у старших вікових групах ситуація змінюється, оскільки питома вага звертань осіб чоловічої статі у 20-30 років становить 52,9%, у жінок – 48,4%, причому у віці 24 років та старше відповідно 6,4% і 1,4%.

Порівняння показників за нозологічними формами хвороб вказують на такі відмінні особливості частоти патології залежно від статі, оскільки у чоловіків переважає патологія кістково-суглобової (КСС) та м'язової системи (МС) порівняно з показниками, аналогічними у жінок.

Так, ураження КСС та МС спонукали звернутися за медичною допомогою осіб чоловічої статі у 70,8%, жіночої – у 60,4%; травма м'язів тканин та фіброміозити у чоловіків становили 62,5%, у жінок – 52,1%. Окрім того, в осіб чоловічої статі частіше траплялися переломи кісток – 12,4%, ніж в осіб жіночої статі – 1,9%. Найбільшу питому вагу становили побутові травми – 89,8% та рідше причиною травми були спортивні заняття – 6,5% та дорожньо-транспортні ушкодження – 3,6%.

Серед захворювань шкіри та підшкірної основи у чоловіків частіше спостерігалися гнійно-запальні захворювання (панариції, фурункули, абсцедировані гідраденіти та ін.) – 10,5%, ніж у жінок – 6,0%.

Питома вага оперативних втручань у жінок становить 12,5%, у чоловіків 7,9%. Середня тривалість стаціонарного лікування в осіб жіночої статі коливалася від 11,0 днів у 2012 році до 7,4 дня у 2013 році з середньою тривалістю амбу-

латорного лікування 8,9 дня. У чоловіків середня тривалість стаціонарного лікування у 2012 році становила 8,4 дня, в 2013 році – 8,5 дня з середньою тривалістю амбулаторного лікування після виписки від 8,3.

Питома вага амбулаторних втручань становила у чоловіків 6,4%, у жінок 8,4%. Слід відмітити відносно збільшення питомої ваги амбулаторних операцій як у чоловіків 9,2%, так і у жінок 9,5% відповідно. Середня тривалість після амбулаторних операцій у чоловіків була відносно меншою у 2013 році – 4,9, ніж у 2012 році – 7,5 дня, а в жінок спостерігалось зворотнє співвідношення: у 2012 році – 6,9 дня, у 2013 році – 7,4 дня.

Методом індивідуальних та комплексних оглядів обстежено 6150 студентів, у тому числі осіб чоловічої статі 42,9%, жіночої – 57,0%. У цьому контингенті обстежених виділено дві групи: 1) здорові – 4877 людей, що становить 79,3%; 2) практично здорові, у яких у стадії ремісії були хронічні захворювання різних нозологічних форм – 1273 людини (20,7%).

Аналіз показників у групі здорових показує, що осіб жіночої статі було оглянуто більше – 57,0%, ніж осіб чоловічої статі – 42,9%, причому переважали особи старшого віку – 62,3% порівняно з віковою групою до 19 років – 37,6%. Аналогічні співвідношення зберігаються і у групі «практично здорових» студентів, що свідчить про недостатність заходів профілактики та лікування хронічних захворювань, які проводилися, особливо кістково-суглобової системи.

Особи чоловічої статі у групі «практично здорових» склали 48,0%, жіночої статі – 52%. Аналіз цієї групи по нозологічним формам дозволяє визначити такі, відносно більш значущі, показники:

1) доброякісні пухлини шкіри та підшкірної основи виявлені у 54 людей (4,2%), з них чоловічої статі склали 2,9%, жіночої статі – 5,4%;

2) патології ендокринних залоз становили 6,8% (серед них у 1,5% діагностували виражені ознаки синдрому Шерешевського -Тернера серед жінок);

3) хвороби нирок та сечовивідної системи констатовані у 1,5% (переважно був нефроптоз (у 7) та в 4 – вроджене подвоєння нирок);

4) домінуючою патологією були захворювання кістково-суглобової системи, серед яких на сколіоз грудного та поперекового відділу страждали 115 (18,8%) осіб чоловічої статі, 234 (35,3%) – осіб жіночої статі; хвороби стоп переважали – плоскостопість усіх форм – у чоловіків – 53,6% (328 людей), 31,7% (210 людей) – у

жінок; вроджена деформація грудної клітки частіше спостерігалася у хлопчиків – 2,7% (17 людей), рідше у дівчат – 1,2% (8 людей), крім того, цей вид патології частіше поєднувався з плоскостопістю та сколіозом – у 32 людей.

Характерним є також показник залежно від віку та статі частоти неускладнених форм сколіозу, які в чоловіків у 17-19 років становили 44,5%, а ускладнені форми – 38,2%; плоскостопість частіше спостерігалася в осіб чоловічої статі у 20 років та старше, а в осіб жіночої статі – рідше.

Таким чином, зазначені показники певною мірою вказують на прогресування сколіозу в жінок, а плоскостопості у чоловіків з віком, певно, на фоні недостатнього лікування застарілої цих захворювань у кожного з оглянутих студентів.

Треба також відзначити, що діагностика цих нозологічних форм кістково - м'язової патології підтверджується методом рентгенографії 1 181 чоловіка і 25 жінок.

У результаті систематичного опитування «практично здорових» студентів – 259 людей - при проведенні огляду встановлено, що в 61,3% основною причиною розвитку сколіозу був «фактор звички» (неправильне положення тіла за партою в школі та за столом дома під час підготовки до занять), носіння сумки з підручниками на одній руці або плечі; рахіт у дитячому віці (11,9%), розвитку плоскостопості усіх форм сприяли фактор спадковості (мати + батько), травми та оперативні втручання на кістках і м'язах нижніх кінцівок. Крім того, в дошкіль-

ному і шкільному віці лікування сколіозу і плоскостопості було короточасним і уривистим, як наслідок – малоефективним.

В амбулаторних умовах, враховуючи реальні можливості й оснащеність амбулаторної служби і профілакторіїв навчальних закладів, проводився такий комплекс профілактичного лікування:

1) двічі, протягом року (весною і восени) проводився курс лікування (ФТЛ і ЛФК, масаж, плавання) у профілакторіях вузів і амбулаторіях, а також фізіотерапевтичних відділеннях лікарень міста;

2) заняття з фізичного виховання студенти з цією патологією проходять у спеціальних групах на кафедрах фізичного виховання навчальних закладів;

3) блокування і лікування «больового синдрому» при загостренні цих хронічних захворювань проводились або в умовах амбулаторій, або в навчальних закладах за місцем проживання з тимчасовим або довгостроковим усуненням від занять з видачею відповідного документа.

ВИСНОВКИ

1. Домінуючою патологією у студентів I-II групи є захворювання кістково-м'язової і м'язової системи, прогресування якої спостерігається з віком захворюлих.

2. Результати дослідження свідчать про необхідність проведення наполегливого комплексного, довгострокового профілактичного лікування в амбулаторіях і спеціалізованих лікувальних закладах.



УДК 616.12 – 008.331.1:612.67:616.89:614.253.2-055

М.І. Яловенко

РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАТУСУ В РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ В РОБОТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Н.Д. Чухрієнко)*

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, клімактеричний період, психосоматика
Key words: hypertension, menopause, psychosomatics

Реферат. В статтє собраны современные материалы о развитии артериальной гипертензии у женщин климактерического периода с учетом психосоматического компонента. Установлена четкая связь между

психоемоциональними порушеннями і зниженням рівней полових гормонів і частоти розвитку артеріальної гіпертензії у жінок. Робота сімейного лікаря ґрунтується на комплексному веденні пацієнтів різних вікових категорій і ґлибокому знанні сімейної ситуації, котра в ряді випадків є пусковим механізмом розвитку трансформації преморбідних станів в хворобу. Варіабельність емоційного фону може бути покладена в основу прогнозу течення хвороби і успіху терапевтичного лікування.

Abstract. The article contains actual data about development of arterial hypertension in the climacteric period women taking into consideration psychosomatic component. There was established an accurate connection between psychosomatic disorders both with decrease of sex hormones level and frequency of arterial hypertension development in women. The work of a family physician is based on a complex observation of patients of different age categories and on profound knowledge of family situation which sometimes can be the beginning of transformation of the premorbid states into illness. Emotional background variety needs to be taken into account in order to get a best result.

Мета: сформулювати погляд сімейного лікаря на артеріальну гіпертензію як комплексне соматичне захворювання з акцентом на ролі індивідуальних психологічних особливостей жінок у період репродуктивного згасання.

За даними ВООЗ, до 2030 року в світі чисельність жінок у віці 50 років становитиме 1,2 мільярда [6]. До кінця ХХ століття відбулися значні зміни у віковій структурі населення: збільшення тривалості життя привело до того, що понад 1/3 свого життя жінка живе в умовах «синдрому дефіциту естрогенів». Незаперечним є односпрямоване збільшення частоти захворювань і преморбідних станів у цій віковій категорії, які пов'язані з пригніченням регулюючої функції статевих гормонів таких важливих систем організму, як нервова, серцево-судинна та ендокринна, а також психоемоційні зміни, які в ряді своїх проявів знижують якість життя в цілому.

Недостача естрогену в організмі жінок після 45 років - одна з причин атеросклерозу судин, що приводить до розвитку стенокардії, інфаркту міокарда та інсульту. До настання менопаузи ендогенні естрогени мають здатність до вазодилатації, контролюючи артеріальний тиск [1]. Зі збільшенням віку і зниженням продукції естрогенів після менопаузи відбувається підвищення артеріального тиску. Згідно з літературними даними, тільки у 12-15% жінок період менопаузи полягає в припиненні менструальної реакції [2]. Особи, які страждають на артеріальну гіпертензію в період менопаузи, складають 65%, а у старшій віковій групі - 80% [5].

У патогенезі клімактеричного синдрому провідна роль належить дискоординації діяльності гіпоталамічних структур головного мозку. При клімактеричному синдромі виявляють порушення у вищих регуляторних центрах, що підтверджується наявністю у значній кількості жінок обтяженої спадковості, супутньої екстрагенітальної патології та пароксизмальних веге-

тативних розладів. Симптоми клімактеричного синдрому розподіляються на три основні групи: вегетативно-судинні, обмінно-ендокринні і порушення в психоемоційній сфері. До вегетативно-судинних симптомів належать раптове відчуття жару, гіпергідроз, тахікардія, головний біль, симпато-адреналові і ваго-інсулярні кризи. До обмінно-ендокринних належать: трофічна зміна шкіри, глікемія, остеопороз [2].

Психічним розладам відведена особлива роль у розвитку клімактеричного синдрому. Психозів асоційованих не виділяють, але подібні зміни описуються як «клімактеричний невроз», «невроз тривоги», «психосоматичний клімактеричний синдром» [4].

Необхідність вивчення психологічного статусу жінки в цей період підтвердили роботи, в яких були отримані результати досліджень порушення психоемоційної сфери, зокрема основну групу становили тривожно-депресивні порушення, поширеність яких у хворих з артеріальною гіпертензією досягає 55-70% [2]. Варіабельність емоційного фону може бути покладена в основу прогнозу перебігу хвороби та успіху терапевтичної відповіді.

Артеріальна гіпертензія входить у «велику сімку» психосоматичних захворювань, а також визнаними є ішемічна хвороба серця (ІХС), виразкова хвороба (ВХ), бронхіальна астма (БА), цукровий діабет (ЦД), ревматоїдний артрит (РА), ожиріння, деякі автори включають також захворювання з нез'ясованою етіологією – нейродерміт, псоріаз, неспецифічний поліартрит, неспецифічний виразковий коліт. Всі перераховані захворювання відрізняються значним поліморфізмом [4].

Емоційна сфера людини може впливати тільки на виникнення і подальше прогресування первинної (есенціальної) гіпертензії. Спочатку передують функціональні розлади, який послідовно трансформується з факторів ризику у хворобу.

Пусковим механізмом можуть бути фактори зовнішнього і внутрішнього середовища, що

призводять до конфліктної ситуації між збудженням і гальмуванням у корі і підкірці, що зрештою формує невроз. Причиною цього, виходячи з безлічі доведених досліджень, є стрес незалежно від характеру психотравмуючої ситуації - гострої або хронічної. Стрес – адаптаційна реакція, що склалася в процесі еволюції. Відбувається стимуляція гіпоталамуса і як наслідок активується симпатична нервова система. Мозкова речовина надниркової залози викидає адреналін, у результаті цього відбувається стимуляція передньої долі гіпофізу, що призводить до збільшення секреції тропних гормонів.

Більшість вчених розглядають АГ як типове психосоматичне захворювання, надаючи провідну роль стресовим факторам при цьому захворюванні. Вперше в 1922 р. Г. Д. Ланг обґрунтував нейрогенну природу походження, внаслідок чого в 1948 р. була сформована «нейрогенна теорія артеріальної гіпертензії» [4]. При АГ психічні порушення можна розподілити на дві групи: 1) психогенні, пов'язані з реакцією на хворобу; 2) неврозоподібні розлади судинного генезу, що знаходяться в тісному зв'язку з перебігом самої гіпертонії. На механізм розвитку психічних порушень при АГ існують дві основні точки зору. Згідно з першою, провідну роль у розвитку

психічних розладів відіграють особливості особистості. Менше значення мають зміни ЦНС, що виникають внаслідок тривалого підвищення АТ. Згідно з другою точкою зору, психічні розлади виникають соматогенно (тривала АГ формує невротичні реакції і неврозоподібні стани). В одних випадках психічні розлади переважають над соматичними симптомами, а в інших доповнюють клініку і можуть залишатися непоміченими [4].

ПІДСУМОК

Робота над проблемою розвитку артеріальної гіпертензії клімактеричного періоду є недостатньо вивченою і закликає звернути увагу на специфічні симптоми пацієнок, які при первинному контакті можуть залишитися непоміченими і розціненими як емоційне збудження при розмові з лікарем. Але особливості роботи сімейного лікаря засновані на комплексному веденні пацієнтів різних вікових категорій і поглибленому знанні сімейної ситуації, яка в ряді випадків є пусковим механізмом розвитку трансформації преморбідних станів у хворобу. Проблема може бути вивчена глибше для впровадження в практику сімейного лікаря.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бильченко А. В. Артериальная гипертензия в различных клинических ситуациях / А.В. Бильченко, Г.В. Дзяк. – Харьков, ЧПИ «Новое слово», 2012. – 196 с.
2. Изварина О.А. Артериальная гипертония у женщин в климактерическом периоде: клинико-функциональные и психологические особенности: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / О.А. Изварина. – Тверь, 2009. – 23 с.
3. Колотвіна Л.І. Комплексна терапія гіпертонічної хвороби у жінок з клімактеричним синдромом в практиці сімейного лікаря: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.02 «Внутрішні хвороби» / Л.І. Колотвіна. – Одеса, 2004. – 21 с.
4. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина: руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Со-
ловьев, И.А. Новикова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.
5. Устинова С.Е. Особенности функционального состояния дофаминергической системы у женщин с артериальной гипертонией климактерического периода / С.Е. Устинова, В.П. Масенко, Г.Г. Арабидзе // Терапевт. архив. – 2002. – Т. 72. – С. 35-39.
6. <http://ztema.ru/soobshestvo/blogs/1692-18-oktyabrya-mejdunarodnyy-den-menopauzy/>
7. <http://doctorvic.ru/bolezni-i-sostoyaniya/gynaecology/klimaktericheskij-sindrom>
8. <http://www.cardiosite.info/articles/article.aspx?articleid=4285>
9. http://otheirovery.ucoz.ru/news/korrekcija_vegetativnykh_narushenij_u_zhenshhin_s_arterialnoj_gipertenziej_v_klimaktericheskom_periode_arterial/2014-01-11-149



**А.В. Черниловський,
О.А. Росицька**

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕЛУРОНЕФРИТ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

кафедра сімейної медицини ФПО

(зав. – д. мед. н., проф. Н.Д. Чухрієнко)

Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4 ДОР

Ключові слова: *хронічний гломерулонефрит, артеріальна гіпертензія, хронічне захворювання нирок, інгібітори ангіотензин перетворюючого ферменту, блокатори кальцієвих каналів*

Key words: *chronic glomerulonephritis, arterial hypertension, chronic renal disease, inhibitors of angiotensin converting syndrome, calcium canals blockers*

Реферат. *Представлены результаты обследования 50 пациентов, страдающих хроническим гломерулонефритом в сочетании с различными стадиями артериальной гипертензии и лечением. Было установлено, что у пациентов, получавших ИАПФ, артериальное давление нормализовалось во всех группах через месяц. В связи с этим следует, что сочетание препаратов может быть наиболее целесообразно в применении ИАПФ для лечения пациентов, страдающих хроническим гломерулонефритом.*

Abstract. *The results of examination of 50 patients with a chronic glomerulonephritis with different stages of arterial hypertension and treatment alongside with the results obtained in the control group of patients control examinations were carried out after 1 months later. It was stated that in patients treated with IACE arterial pressure normalized in all groups in a month. The changes in AP are especially clearly seen with the patients of group 2. In this connection the conclusion that a combination of Lase preparations (medicines) and can be most expediently used. The conclusion on expediency of combination of IACS in the treatment of patients suffering from chronic kidney insufficient can be drawn.*

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу артеріальної гіпертензії у хворих на хронічний гломерулонефрит, визначити кращі методи лікування хворих на хронічний гломерулонефрит. Артеріальна гіпертензія є найбільш поширеним хронічним захворюванням. Зараз стан проблеми АГ можливо розцінювати як масштабну неінфекційну пандемію [1]. Необхідність боротьби з артеріальною гіпертензією (АГ) зумовлена тим, що артеріальна гіпертензія - найбільш важливий фактор ризику серцево-судинних захворювань та смертності, а також є найпоширенішим захворюванням в Україні [3]. Причини смертності хворих на АГ: ІХС та серцева недостатність – 39%, інсульт – 20%, ниркова недостатність – 18%, інші причини – 23%. [5] Артеріальна гіпертензія є одним з найважливіших нефрологічних синдромів. Той факт, що основні механізми АГ пов'язані з нирками, допомагає з'ясувати причину, чому при виникненні патологічного процесу в нирках сама наявність АГ відіграє надзвичайно важливу роль у прогресуванні процесу в нирках та погіршує прогноз. Приєднування АГ розглядалось як прогностична ознака перебігу хвороби [2]. АГ чинить пряму дію на рівень ШКФ, що погіршує стан клубочкових капілярів і призводить до ураження клубочкового апарату. Ренін-ангіотен-

зинова система робить свій внесок у прогресування патологічного процесу в нирках [4]. Хронічне захворювання нирок (ХЗН), або хронічна хвороба нирок (ХХН), є прогресуючою хворобою, яка закінчується діалізною стадією хронічної ниркової недостатності (ХНН). При цьому ХХН, що переважно проявляється невеликою протеїнурією та гіпертензією, є досить розповсюдженою хворобою. Протеїнурія є органоспецифічним ушкоджуючим фактором нирок на відміну від гіпертензії, яка викликає порушення функцій багатьох органів. Зараз розроблені маркери ураження нирок (ERA-EDTA, 2007): гіпертензія (>135/80 мм рт. ст), альбумінурія (>30 мг/л), анемія (гемоглобін <120 г/л) та швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) (<90 мл/хвилину). Обов'язковий мультидисциплінарний підхід до хворого: кардіолог, діабетолог, сімейний лікар та нефролог.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

На базі міського нефрологічного центру ДМКБЛ № 4 ДОР м. Дніпропетровська було обстежено 50 хворих на хронічний гломерулонефрит (ХП), з гіпертензивним синдромом, без хронічної ниркової недостатності (ХНН). Вік хворих коливався від 16 до 62 років. Чоловіків серед них було 29 пацієнтів, жінок – 25 пацієнтів.

Актуальні питання діагностики, лікування і реабілітації в загальнолікарській практиці

Хворі були досліджені згідно з наказом МОЗ України №65/462 від 30.09.2003. Всім пацієнтам гіпертензивний синдром був діагностований або підтвержений його генез після верифікації діагнозу хронічний гломерулонефрит (ХГ). Час захворювання коливався від 1 до 7 років. Хворі отримували стандартне лабораторне обстеження та медикаментозне лікування. Для більш поглибленого обстеження ХГ та АГ хворим на початку і наприкінці лікування проводили обстеження: креатиніну крові, ШКФ та добову втрату білка. Ці лабораторні тести внесені в стандарти обстеження та лікування хворих з нефрологічного профілю. З медикаментозного лікування хворі отримували інгібітори ангіотензин перетворюючого ферменту ІАПФ (егілок 25 мг, 50 мг), діуретики (фуросемід 40 мг, гіпотіазід 25 мг), блокатори кальцієвих каналів (діл-

тіазем) у середньотерапевтичних дозах. Контрольний огляд проводився через 2 тижні після початку лікування та через 4 тижні. Контроль лабораторних показників проводився на початку та наприкінці лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЮВАННЯ

Через 2 тижні після початку лікування у 35% хворих відзначались зниження або стабілізація АТ. Такий малий відсоток можна обґрунтувати тим, що запальний процес ще не було локалізовано, хворі тільки почали приймати ІАПФ або блокатори кальцієвих каналів (БКК), чи змінилось дозування препарату, ще не пройшов час накопичення препарату у крові. Через 4 тижні після початку лікування ми спостерігали такі зміни АТ (табл.).

Артеріальний тиск	На початку лікування		Через 2 тижні		Через 4 тижні	
	АТ с	АТ д	АТ с	АТ д	АТ с	АТ д
До 140/ 80 мм рт. ст.	137,43	76,64	136,32	69,68	132,53	71,87
p	0.02	0.03	0.02	0.03	0.02	0.03
140/80 -160/95 мм рт. ст.	158,97	94,65	156,37	91,56	151,27	86,67
p	0.02	0.03	0.02	0.03	0.02	0.03
Більш 160/95 мм рт. ст.	179,78	107,68	172,18	102,86	164,38	94,72
p	0.02	0.03	0.02	0.03	0.02	0.03

Примітка. Різниця оцінювалась як достовірна при $p < 0.05$, тобто в тих випадках, коли ймовірність відмінності була більшою ніж 95%.

Систолічний тиск зменшився на 21,08%, діастолічний тиск на 22,65%. При цьому АТ швидше знижувався у чоловіків, у жінок зменшення АТ відбувалось не так швидко. Збільшення ШКФ відбувалось за рахунок зниження АТ та дії лікарських засобів (ІАПФ та інші), які мають ренопротекторну дію. За місяць спостережень дуже чітко спостерігається тенденція до зменшення креатиніну плазми крові: у чоловіків зменшився на 6,8%, у жінок – на 4,9%, загальний креатинін зменшився на 6,4%.

ВИСНОВКИ

1. Найкраща комбінація ліків при лікуванні артеріальної гіпертензії на фоні хронічного гло-

мерулонефриту – це інгібітори ангіотензин перетворюючого ферменту та блокатори кальцієвих каналів.

2. Корекція дози препаратів повинна проходити не менше ніж один раз на місяць. У разі необхідності корекція доз препаратів проводиться негайно.

3. Препарати, які отримували пацієнти, чинили не тільки антигіпертензивну дію, але й ренопротекторну дію.

4. Диспансеризація хворих на хронічний гломерулонефрит полягає в періодичному контролі їх загального стану, АТ, результатів аналізів сечі та швидкості клубочкової фільтрації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Иванов Д.Д. Эволюция знаний в антибиотикотерапии инфекций мочевой системы // Новости медицины и фармации. – 2012. – № 7. – С.13.
2. Иванов Д.Д. Нефрология в практике семейного лікаря / Д.Д. Иванов. – К.: Здоров'я, 2011. – 400 с.
3. Класифікація хвороб сечової системи для нефрологічної практики // Укр. журнал нефрології та діалізу. – 2014. – № 1. – С. 3-10.
4. Матеріали 4 з'їзду нефрологів України. – К., 2014.
5. Пиріг Л.А. Нефрологія: Керівництво для лікарів –К.: Здоров'я, 2004. – 250 с.



УДК 616.2-002.1-018.73-022-036.87-02-06-053.2

**Ю.К. Більбот,
Т.А. Бордій,
О.В. Чабанюк,
А.В. Карпенко**

ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ РЕЦИДИВУЮЧИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГРВІ У ДІТЕЙ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра госпітальної педіатрії 2 та неонатології
(зав. – д. мед. н. проф. Ю.К. Більбот)*

Ключові слова: ГРВІ, гострий середній отит, риносинусит, етіологія, раціональна антибіотикотерапія, антибіотикорезистентність, діти

Key words: ARVI, acute otitis media, rhinosinusitis, etiology, antibiotic rational antibiotic therapy, resistance, children

Реферат. Представлены результаты исследования микробиологической структуры бактериальных осложнений ОРВИ (острого среднего отита и риносинусита) у детей Днепрпетровского региона и чувствительности данных возбудителей к антибактериальным препаратам. Показано, что у детей с частыми бактериальными осложнениями ОРВИ в анамнезе в качестве этиологически значимого агента достоверно чаще выступает *St. aureus* и достоверно реже – *S. pneumoniae*, чем у детей с редкими бактериальными осложнениями ОРВИ. Выделенные возбудители оказались высокочувствительны к амоксициллину, что позволяет рекомендовать данный препарат в качестве стартового при назначении эмпирической антибактериальной терапии острого гнойного среднего отита и острого риносинусита у детей.

Abstract. The estimation of structure of pathogens of acute otitis media and rhinosinusitis in children of Dnepropetrovsk region and study of pathogens sensitivity to antimicrobials is presented. It is shown that in children with frequent bacterial complications of ARVI in case-history more often; *St. aureus* acts as etiologically significant agent and *S. pneumoniae* – significantly less often as compared with children with rare bacterial complications of ARVIs. Isolated pathogens were highly sensitive to amoxicillin, this allows to recommend it as a starting drug when administering empirical antibiotic therapy for acute suppurative otitis media and acute rhinosinusitis in children.

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) є найбільш розповсюдженою групою захворювань у дитячому віці [1]. У більшості випадків вони мають неускладнений перебіг та відіграють важливу роль для становлення нормальної імунної відповіді дитини та надбання імунологічної пам'яті. У той же час існує контингент дітей, які є схильними до рецидивуючих бактеріальних ускладнень ГРВІ. За даними Американської асоціації педіатрів, частота розвитку гострого бактеріального риносинуситу (ГРС) при ГРВІ становить 5-13% випадків, частота виникнення

гострого середнього отиту (ГСО) може сягати 15-20% випадків [4, 7]. Розвиток бактеріальних ускладнень призводить до подовження тривалості захворювання, необхідності призначення антибактеріальних препаратів і, відповідно, зростання медикаментозного навантаження на організм та збільшення вартості лікування. На теперешній час у світі етіологічна структура ускладнень ГРВІ з боку ЛОР-органів вивчена досить докладно і відповідно до проведених досліджень розроблені чіткі стандарти антибіотикотерапії, але слід враховувати, що існують

Актуальні питання діагностики, лікування і реабілітації в загальнолікарській практиці

регіональні особливості розповсюдженості причинних патогенів, також може відрізнятися їх чутливість до антибактеріальних препаратів [3, 6]. Тому періодичний локальний мікробіологічний моніторинг при бактеріальних ускладненнях ГРВІ є важливим для обґрунтування раціональної терапії.

Враховуючи викладене, метою дослідження стало вивчення регіональної структури та оцінка чутливості патогенів до антибіотиків при повторних бактеріальних ускладненнях ГРВІ у дітей.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

До дослідження було включено 104 дитини у віці від 3-х до 18-ти років, що проживають у м. Дніпропетровськ, у період ГРВІ, яка ускладнилась розвитком ГГСО або риносинуситу. Критерієм виключення було застосування антибактеріальних засобів (системної або місцевої дії) протягом 2-х місяців, що передували дослідженню. Діти були розподілені на дві групи дослідження: I склали 64 дитини з частотою бактеріальних ускладнень ГРВІ 2 та менше випадків протягом останнього року, II – 40 дітей з частотою бактеріальних ускладнень ГРВІ 3 та більше епізодів за рік. Матеріалом для бактеріологічного обстеження виступали назофарингеальні мазки та виділення з вогнища запалення (середнього вуха або придаткових пазух носа). Мікробіологічне дослідження, а також визначення чутливості виділених патогенів до антибактеріальних препаратів проводилось згідно з прийнятими в Україні стандартами (наказ МОЗ України № 167 від 5.04.2007 р.). Дослід-

ження виконувались у лабораторії Діагностичного центру Дніпропетровської медичної академії (зав. – к. біол. н. Е.В. Братусь). Статистична обробка отриманих даних проводилась за допомогою методів варіаційної статистики, реалізованих у пакеті прикладних програм “STATISTICA 6.1”. Для оцінки вірогідності різниці між групами використовувались непараметричні критерії для різних типів даних: U-критерій Манна-Уїтні, критерій згоди Пірсона хі-квадрат (χ^2). Логіка статистичного аналізу базувалась на загальноприйнятих положеннях медичної та біологічної статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених дітей становив $5,72 \pm 0,84$ року. За статтю та віком досліджувані групи статистично значущих відмінностей не мали.

Загальна тривалість захворювання у дітей I групи дослідження становила $9,22 \pm 1,01$ дня, у дітей II групи – $12,05 \pm 0,85$ дня ($p < 0,05$). Вірогідно відрізнялась також тривалість катарального синдрому ($4,81 \pm 0,16$ дня в I групі, $6,81 \pm 0,38$ дня в II, $p < 0,05$). Щодо структури ускладнень, вірогідних відмінностей між групами дослідження не було, ГСО виявлений у 35,3 % дітей, ГРС – у 64,7% дітей.

В обстежених дітей загалом при ГСО збудник виділений у 61,5 % випадків, при ГРС – у 65,8 % випадків. Структура патогенів залежно від виду бактеріального ускладнення представлена в таблиці 1. Мікробні асоціації з *St. aureus*, *H. parainfluenzae* та *S. albicans* виявлені у 48% випадків при ГСО, у 19,8 % випадків при ГРС.

Таблиця 1

Етіологічна структура бактеріальних ускладнень ГРВІ у дітей, %

	<i>M. catarrhalis</i>	<i>H. influenzae</i>	<i>S. pneumoniae</i>	<i>H. parainfluenzae</i>	<i>St. aureus</i>
Гострий середній отит	10,3	27,6	56,0	6,6	5,6
Гострий риносинусит	-	30,0	25,0	17,3	32,7

За даними Американської асоціації педіатрів (2013), у дітей причинно значущим агентом при ГСО та ГРС *S. pneumoniae* виступає у 30-55% випадків, *H. influenzae* – у 20-30 %, *M. catarrhalis* – у 10-20%, стрептококи групи А та інших сімейств – до 5% [4, 7]. Таким чином, мікробіо-

логічна ситуація щодо інфекцій ЛОР-органів у нашому регіоні загалом відповідає світовим тенденціям.

При порівнянні мікробіологічної картини у дітей з рідкими та частими бактеріальними ускладненнями ГРВІ було відзначено, що в II

групі як збудник бактеріального процесу вірогідно частіше виділявся *St. aureus* порівняно з I групою (45,0% проти 28,1 % відповідно, $p < 0,01$), і вірогідно рідше – *S. pneumoniae* (15,0% проти 31,3%, $p < 0,01$). Істотних відмінностей у частоті виділення *M. catarrhalis* та *H. parainfluenzae* виявлено не було (3,1 % та 6,3 % в I групі, 5,0% та 5,0 % в II групі відповідно, $p > 0,05$). Мікст-інфекції мали 37,5% дітей I групи дослідження та 45% дітей II групи дослідження ($p > 0,05$). При поєднаних інфекціях як ко-агент в I групі дітей

найбільш часто зустрічалась *H. influenzae*, а в II – *St. aureus*.

При визначенні антибіотикочутливості мікроорганізмів було встановлено, що *S. pneumoniae* і *H. influenzae*, виділені у хворих, є високочутливими до амінопеніцилінів та цефалоспоринових (табл. 2). Ці дані відносно зіставні з даними досліджень ПеГАС, в яких показана резистентність основних патогенів до амоксициліну на рівні 4,7-8 % [2].

Таблиця 2

Чутливість збудників бактеріальних ускладнень ГРВІ у дітей до антимікробних препаратів, %

Антибактеріальні препарати	Збудники			
	<i>Str. pneumoniae</i>	<i>H. influenzae</i>	<i>St. aureus</i>	<i>H. parainfluenzae</i>
ампіцилін	94,1	99,2	88,8	99,4
амоксицилін/ клавуланат	100	100	100	100
оксацилін	17,6	н/в*	90,2	н/в*
цефазолін	61,7	н/в*	12	н/в*
цефуросим	100	100	100	100
цефтріаксон	100	100	100	100
цефепім	100	100	100	100
цефподоксім	100	100	100	100
іміпінем	100	100	100	100
гентаміцин	н/о*	100	100	100
ципрофлоксацин	100	100	100	100
еритроміцин	100	н/в*	100	н/в*
азитроміцин	100	н/в*	100	н/в*
кліндаміцин	100	н/в*	100	н/в*

Примітка. *н/в – вивчення чутливості до цього препарату не проводилось.

Однак слід зауважити, що нами відзначені вірогідні відмінності між групами дослідження в чутливості до ампіциліну *S. pneumoniae* (97,1 % виділених штамів в I групі проти 88,2 % в II групі, $p < 0,05$) та *St. aureus* (91,7 % проти 86,7 % виділених штамів у I та II групах дослідження відповідно, $p < 0,05$). Всі виділені агенти були чутливі до захищених амінопеніцилінів та цефалоспоринових I, II та III генерації незалежно від

попередньої частоти бактеріальних ускладнень у дитини.

Наведені дані свідчать, що рівень резистентних до антимікробних засобів патогенів – збудників ГСО та ГРС у Дніпропетровському регіоні є достатньо низьким. Незначна питома вага в етіологічній структурі бактеріальних ускладнень ГРВІ бактерій, які продукують бета-лактамази, дозволяють з високою вірогідністю прогнозувати

клінічну та мікробіологічну ефективність амоксициліну як стартової антибактеріальної терапії таких захворювань навіть у групі пацієнтів з рецидивуючими бактеріальними ускладненнями ГРВІ. Очікувана ефективність емпіричної антибіотикотерапії амоксициліном у групі дітей з низькою частотою бактеріальних ускладнень ГРВІ в анамнезі становить 88,4% при ГСО та 97,2% при ГРС, у групі дітей з повторними бактеріальними ускладненнями – 83,4% та 90,6% відповідно (за умови дотримання рекомендованої на теперешній час дози 90 мг/кг на добу [4, 5, 7]). Очікувана ефективність застосування амоксициліну/клавуланату становить 100% для обох груп дітей.

ПІДСУМОК

Таким чином, у дітей з повторними бактеріальними ускладненнями ГРВІ як збудники вірогідно частіше зустрічаються агенти, типові для хронічних процесів (золотистий стафілокок), і рідше – патогени, типові для гострих захворювань (пневмокок), що може свідчити про наявність хронічних вогнищ інфекції у таких дітей. Застосування амоксициліну як стартової емпіричної антибактеріальної терапії при розвитку бактеріальних ускладнень ГРВІ є перспективним та обґрунтованим незалежно від частоти їх попереднього виникнення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кривоустов С.П. Острый средний отит у детей: взгляд педиатра на проблему / С.П. Кривоустов // Дитячий лікар. – 2010. – № 1. – С. 12-18.
2. Крючко Т.А. Острый средний отит у детей: современный взгляд на проблему / Т.А. Крючко, Т.В. Шпехт, О.Я. Ткаченко // Здоровье ребенка. – 2010. – № 2 (23). – С. 7-10.
3. Резолюция участников круглого стола по рациональной антимикробной терапии распространенных заболеваний детского возраста 24 февраля 2010 г. (г. Киев) // Здоровье ребенка. – 2010. – № 2 (23). – С. 100-103.
4. Ellen R. Wald. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years / Ellen R. Wald, Kimberly E. Applegate, Clay Bordley // Pediatrics. – 2013. – Vol. 132, N 1. – e262–e280.
5. Hassan H Ramadan, Arlen D Meyers. Medical Treatment of Pediatric Sinusitis // <http://emedicine.medscape.com/article/873149-overview>
6. Michael John Cronin. The Role of Antibiotics in the Treatment of Acute Rhinosinusitis in Children. A Systematic Review / Michael John Cronin, Sami Khan, Shakir Saeed // Arch. Dis. Child. – 2013. – Vol. 98, N 4. – P. 299-303.
7. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media / Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree [et al.] // Clinical Practice Guideline. Pediatrics. – 2013. – Vol. 131, N 3. –e964–e999.



УДК 616.61-002-036.1-053.2/.67 (477.63)

**Л.І. Вакуленко,
А.В. Савченко,
Ян Сяодун,
Т.К. Рєзнік*,
О.М. Літвінова*,
Н.В. Зіньковська***

ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ТА ХРОНІЗАЦІЇ ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра госпітальної педіатрії № 1
(зав. – д. мед. н., проф. В.О. Кондратьєв)

КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня ДОР»*

Ключові слова: діти, хронічний пієлонефрит, фактори ризику
Key words: children, chronic pyelonephritis, risk factors

Реферат. Проведен аналіз 152 випадків вторичного хронічного пієлонефриту у дітей Дніпропетровської області в віці від 6 місяців до 17 років. Визначено ведучі анамнестическі, клінічні та лабораторні

прогностические факторы риска развития и хронизации пиелонефрита у детей Днепропетровской области с учетом возрастных и гендерных различий. Вычисление прогностической информативности факторов риска хронического пиелонефрита у детей позволило выделить наиболее информативные показатели, которые вошли в диагностическую таблицу. В дальнейшем прогностическая таблица может быть использована для определения вероятности развития хронического пиелонефрита у детей в возрасте от 1 до 17 лет. При положительном прогнозе развития хронического пиелонефрита с вероятностью 95% и более детям рекомендуется осуществление лечебно - профилактических мероприятий и соответствующее наблюдение в диспансерной группе.

Abstract. *The analysis of 152 cases of secondary chronic pyelonephritis in children of Dnipropetrovsk region aged from 6 months to 17 years was carried out. Leading anamnestic, clinical and laboratory predictive risk factors of pyelonephritis development and chronisation taking into account age and gender distinctions in children of Dnipropetrovsk region are defined. Calculation of predictive informational content of risk factors of chronic pyelonephritis in children allowed to distinguish the most informative indicators which were included in the diagnostic table. Further the predictive table may be used for definition of probability of chronic pyelonephritis development in children aged from 1 to 17 years. Implementation of treatment and preventive actions and corresponding supervision in dispensary group is recommended for children with positive forecast of chronic pyelonephritis development with probability of 95% and more.*

Успішне лікування та профілактика пієлонефриту (ПН) в дитячому віці не можливі без ретельного вивчення факторів, що сприяють формуванню і прогресуванню захворювання. За останні десятиріччя значно змінився патоморфоз ПН – майже в 2-2,5 рази збільшилась кількість латентних і малосимптомних форм, рідше настає повна ремісія і вилікування пієлонефриту, більш інтенсивно розвивається вторинне зморщування нирок зі зниженням їх гомеостатичних функцій [2, 6, 7]. Ці особливості сучасного перебігу захворювання належать повною мірою не тільки до вторинних, а й до первинних форм ПН. Актуальність проблеми ПН визначається ще й тим, що він є найчастішим захворюванням сечової системи у всіх вікових групах [1, 3, 6]. У дитячому віці його частота становить 7,3 -27,0 на 1000, у дорослих - 0,8-1,5 на 1000. В останні роки в багатьох країнах світу спостерігається стійке збільшення частоти виникнення ниркових захворювань у різних вікових групах, починаючи з періоду новонародженості [6]. Численні літературні дані свідчать про те, що хронічний пієлонефрит (ХрПН) є найбільш частою причиною хронічної ниркової недостатності й інвалідності [2, 7]. При цьому відмічається брак специфічних і разом з тим доступних для застосування в повсякденній клінічній практиці діагностичних методів для прогнозування розвитку хронічного процесу в тубуло-інтерстиціальній тканині нирок [2, 3, 5].

Метою нашої роботи було визначення особливостей факторів ризику розвитку та хронізації пієлонефриту у дітей Дніпропетровської області з урахуванням вікових та гендерних відмінностей для попередження прогресування захворювання і розвитку ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами проведено аналіз 152 випадків вторинного ХрПН у дітей віком від 6 місяців до 17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні нефрології обласної дитячої клінічної лікарні м. Дніпропетровська в 2009-2013 роках. Групи хворих були сформовані залежно від віку та гендерних відмінностей: від 1 року до 6 років - 82 (24 хлопчики, 58 дівчаток); 7-17 років – 70 пацієнтів (22 хлопчики, 48 дівчаток). Групу порівняння склали 74 дитини від 1 до 17 років з інфекцією сечовивідної системи без гострого та хронічного ПН в анамнезі.

У всіх випадках в умовах стаціонару проводилося клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження відповідно до «Протоколу діагностики та лікування дітей з пієлонефритом» (Наказ МОЗ України № 627 від 03.11.2008).

Математична і статистична обробка отриманих результатів проводилась на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм Microsoft Excel 7.0. Цифрові результати були статистично оброблені за допомогою методів альтернативного і варіаційного аналізу. Достовірність відмінності оцінювалась за допомогою параметричного критерію Фішера – Стюдента. Для виявлення провідних анамнестичних і клінічних прогностичних факторів ризику розвитку ХрПН у дітей та визначення найбільш інформативних показників застосовувалась теорема Байєса і послідовний (секвенційний) аналіз Вальда з оцінкою інформативності ознак за розрахованою мірою Кульбака (I). Інформативною вважали ознаку з коефіцієнтом I більше 0,6 [4].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні факторів ризику та умов, у яких у спостережуваних дітей розвивався ХрПН,

звертали увагу на вік і гендерні відмінності дітей, умови проживання, наявність у них дисметаболічної нефропатії, а також структурних аномалій нирок і функціональних розладів органів сечовиділення.

Аналіз житлово - побутових умов проживання обстежених дітей залежно від віку та статі показав, що у більшості випадків хлопчики з ХрПН (71,7%) і дівчатка (66%) проживали в містах. Число міських жителів - хлопчиків шкільного віку було достовірно більшим, ніж дошкільнят ($p < 0,05$). Число міських жителів дівчаток у дошкільному та шкільному віці було приблизно однаковою (67,2% і 64,6% випадків, $p > 0,1$). Хворі хлопчики з ХрПН, незалежно від віку, частіше проживали в комунальному секторі (63% випадків, $p < 0,05$). Хворі дівчатка, навпаки, як в дошкільному, так і в шкільному віці частіше проживали у приватному секторі: всього 55,7% випадків, $p > 0,05$.

Дисметаболічна нефропатія (ДН) як фоновий стан була виявлена у більшій частині хлопчиків з ХрПН – 58,7% випадків. У дівчаток ДН виявлялась достовірно частіше, ніж у хлопчиків (78,3%, $p < 0,05$), при цьому в шкільному віці число випадків ДН у дівчаток зростало. У всіх обстежених хворих у 89,5% випадків переважала оксалатна ДН і в 10,5% - оксалатно-уратна ДН. Таким чином, ДН як несприятливий преморбідний фон для розвитку ХрПН частіше спостерігалася у дівчаток і переважно в шкільному віці. Переважна більшість дітей з ДН, у яких добовий рівень оксалату кальцію в сечі перевищував 1,5 мг/кг, були жіночої статі – 46,9%, у той час як хлопчиків було вірогідно менше – 7,4% випадків ($p < 0,05$). Серед дітей, що мешкали в комунальному житлі (квартира), ДН спостерігалася в 65,8% випадків, а серед дітей, які проживали в приватному секторі - достовірно частіше, у 80,0% випадків ($p < 0,05$).

Аналіз характеру вигодовування на першому році життя показав, що близько половини (47,8%) хлопчиків і дівчаток з ХрПН перебували на штучному вигодовуванні, без гендерних відмінностей. За літературними даними, діти на грудному вигодовуванні, маючи більш високий рівень секреторного IgA в сечі, який здатний знижувати бактеріальну адгезію, меншою мірою схильні до розвитку інфекцій сечової системи, ніж на штучному вигодовуванні [1].

Аналіз частоти вроджених вад та аномалій розвитку нирок залежно від статі і віку показав, що у хлопчиків з ХрПН вроджені вади розвитку сечовидільної системи виявлялися достовірно частіше порівняно з дівчатками – 24,8% випадків

($p < 0,05$). Серед вроджених вад розвитку найбільш часто визначалося подвоєння чашково-мискової системи. У хлопчиків з ХрПН як у дошкільному, так і в шкільному віці (29,2% і 18,2%) визначався гідронефроз. У дівчаток випадків гідронефрозу виявлено не було. Порушення уродинаміки у вигляді міхурово-сечовідного рефлюксу (МСР) виявлялось достатньо рідко, з однаковою частотою у хлопчиків і дівчаток з ХрПН (15,2% і 12,3% випадків, відповідно), дещо частіше у дошкільному віці ($p > 0,05$). Як у хлопчиків, так і в дівчаток шкільного віку з однаковою частотою виявлявся нефроптоз (31,8% і 29,2% випадків відповідно). При цьому в дошкільному віці нефроптоз виявлявся лише в поодиноких випадках у дівчаток (3,4%) і не виявлявся у хлопчиків - дошкільнят.

Порушення сечовипускання у вигляді нейрогенного сечового міхура, енурезу достовірно частіше спостерігалися у дівчаток з ХрПН порівняно з хлопчиками ($p < 0,05$), при цьому значно частіше - у дівчаток дошкільного віку.

Серед хронічних вогнищ інфекції, які виявлялися як супутня патологія при ХрПН, домінував хронічний тонзиліт – у 19,6% випадків у хлопчиків і в 26,4% - у дівчаток. Рідше, приблизно з однаковою частотою у хлопчиків і дівчаток, виявлялися хронічний гінгівіт, лямбліоз, урогенітальний мікоплазмоз.

Для визначення провідних факторів ризику розвитку ХрПН нами були проаналізовані клініко-анамнестичні ознаки, математична оцінка інформативності яких показала, що 10 з них, а саме: вік, стать, місце проживання, житлові умови, хронічний пієлонефрит у матері, штучне вигодовування, нефроптоз, функціональні закрепи, мали низьку прогностичну інформативність для розвитку ХрПН в обстежених дітей ($I < 0,6$). Високу прогностичну інформативність для розвитку ХрПН у дітей Дніпропетровської області мали 11 клініко-лабораторних факторів ризику (табл.): аномалії розвитку сечової системи, порушення уродинаміки (міхурово-сечовідний рефлюкс), затяжний перебіг першого епізоду ПН або рецидив протягом 3 місяців; наявність більше 5 стигм дизембріогенезу; урогенітальний мікоплазмоз у дівчаток; артеріальна гіпертензія в дебюті пієлонефриту; нейрогенний сечовий міхур (енурез); оксалатна дисметаболічна нефропатія з екскрецією оксалату кальцію більше 1,5 мг/кг/добу; гідронефроз; супутні хронічні вогнища інфекції (хронічний тонзиліт, хронічний гінгівіт, лямбліоз); нормохромна анемія в дебюті захворювання.

Високоінформативні клінічні фактори ризику розвитку хронічного пієлонефриту у дітей

Фактор ризику	Наявність ознаки (так/ні)	Діагностичний коефіцієнт (ДК)	I
Аномалії розвитку сечової системи (подвоєння чашковомискової системи і сечоводів, мегауретер, гідронефроз)	Так Ні	17,8 -2,0	3,29
Затяжний перебіг першого епізоду пієлонефриту або рецидив протягом 3 місяців	Так Ні	15,6 -0,3	2,73
Наявність більше 5 стигм дизембріогенезу	Так Ні	15,1 -1,6	2,34
Артеріальна гіпертензія в дебюті пієлонефриту	Так Ні	11,3 -0,9	1,02
Дизметаболична нефропатія оксалатна більше 1,5 мг/кг/добу	Так Ні	7,3 -1,1	0,8
Порушення уродинаміки (міхурово-сечовідний рефлюкс)	Так Ні	11,1 -0,6	0,78
Нормохромна анемія в дебюті захворювання	Так Ні	6,7 -0,9	0,67
Мікоплазмоз уrogenітальний (у дівчаток)	Так Ні	13,0 -0,4	0,65
Нейрогенний сечовий міхур, енурез	Так Ні	6,0 -1,1	0,63
Хронічні осередки інфекції (хр.тонзиліт, хр.гінгівіт, лямбліоз)	Так Ні	3,2 -2,4	0,64
Гідронефроз	Так Ні	11,5 -0,3	0,57

Для найбільш інформативних прогностичних ознак ХрПН нами були розраховані діагностичні коефіцієнти (ДК), при підсумовуванні яких може накопичуватися діагностична інформація. Підставляючи отримані під час обстеження хворого діагностичні симптоми в таблицю, можна розрахувати суму відповідних їм ДК. При сумі ДК, що дорівнює +13, прогнозується ймовірний розвиток ХрПН з вірогідністю помилки $\leq 5\%$ ($p < 0,05$); при сумі ДК, що дорівнює +20, ймовірність прогнозу становить 99% ($p < 0,01$). Якщо сума ДК менше +13 і більше -13, робиться висновок про недостатність інформації для прийняття рішення про ймовірний розвиток ХрПН із заданим рівнем помилки (негативну відповідь).

Розроблену прогностичну таблицю можна використовувати для визначення ймовірності розвитку ХрПН у дітей у віці від 1 до 17 років. Об'єктивні симптоми і синдроми, лабораторні та функціональні показники для роботи з таблицею виявляються і реєструються у дитини при обстеженні з приводу захворювань сечовивідної

системи. При позитивному прогнозі розвитку хронічного пієлонефриту з імовірністю 95% і більше пацієнтові необхідно здійснювати загальноприйнятні в таких випадках лікувально-профілактичні заходи і відповідне спостереження в диспансерній групі.

ПІДСУМКИ

З урахуванням отриманих результатів дослідження для профілактики розвитку ХрПН у дітей, які належать до групи ризику, доцільно проводити такі заходи: раннє виявлення аномалій розвитку нирок для подальшого диспансерного спостереження; УЗД нирок у перші 3 місяці життя, екскреторну урографію, мікційну цистографію за показаннями; своєчасну урологічну корекцію МСР; раннє лікування розладів сечовипускання; лікування уrogenітальних інфекцій (мікоплазмоз, хламідіоз, трихомоніаз) у дівчаток та в жінок до настання вагітності; раціональне лікування загострень пієлонефриту та корекцію метаболічних порушень у дітей.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Борисова Т.П. Инфекция мочевой системы у детей. Часть I. Причины, механизмы развития, клинические проявления / Т.П. Борисова, И.В. Багадасарова // Здоровье ребенка. – 2007.-№3(6). –С.112-118.
2. Особенности диагностики малосимптомного течения хронического пиелонефрита / С.Н. Шатохина, Л.А. Дасаева, И.С. Шатохина [и др.] // Клинич. медицина. - 2012. - Т. 90, № 1. - С. 69-71.
3. Состояние парциальных функций почек при хроническом пиелонефрите у детей и новые возможности противорецидивной терапии / С.В. Мальцев, Т.В. Михайлова, Д.Р. Мустакимова [и др.]. // Рос. вестник перинатологии и педиатрии.-2011.-№ 4.-С.72-76.
4. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев.– СПб.: ВМедА, 2002.- 266с.
5. Hewitt I.K. Pediatric febrile urinary tract infections: the current state of play / I.K. Hewitt, G. Montini // Ital. J. Pediatr. – 2011. – Vol. 30. – P.37-57.
6. Guidelines on urological infections / M. Grabe, T.E. Bjerklund-Johansen, H. Botto [et al.]-2013. -106 p.
7. Park Y.S. Renal scar formation after urinary tract infection in children / Y.S. Park // Korean J. Pediatr. – 2012. – Vol. 55, N 10. – P. 367-370.



УДК 616.37-002.17-08:615.245

**С.І. Ільченко,
С.Г. Іванусь*,
М.М. Донець***

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПУЛЬМОЗИМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня № 2» ДОР»**

Муковісцидоз (МВ) – часте моногенне захворювання, зумовлене мутацією гена трансмембранного регулятора МВ (МВТР), характеризується ураженням екзокринних залоз життєво-важливих органів та має зазвичай тяжкий перебіг і прогноз.

Патологія дихальних шляхів є головною причиною ускладнень і летальності при МВ. Накопичення в'язкого інфікованого секрету викликає обструкцію і виражену запальну реакцію, веде до ураження дихальних шляхів і неухильного погіршення функції легенів і, в кінцевому результаті, до дихальної недостатності. Рецидивуючі респіраторні епізоди (бронхіти, пневмонії, бронхіоліти) закінчуються, як правило, формуванням хибного кола, що включає збільшення в'язкості мокротиння, обструкцію дихальних шляхів, часті запалення і затримку ексудату. Патологічні в'язкоеластичні властивості секрету слизової оболонки бронхів у хворих на МВ зумовлені головним чином наявністю двох макромолекул – мукоїдних глікопротеїдів і дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК). Накопичення надмірної кількості

ДНК у дихальних шляхах збільшує в'язкість мокротиння, суттєво порушуючи дренаж бронхів і ще більше сприяє розвитку інфекції.

Під нашим спостереженням було 5 хворих дітей з тяжкою формою МВ. Всім дітям разом зі стандартною базисною терапією, що включала антибіотики (цефалоспорины, карбопенемі, аміноглікозиди, фторхінолони), бронхолітики, мікросферичні панкреатичні ферменти й кінезітерапію, до комплексу лікування були включені небулайзерні інгаляції пульмозиму в дозі 2,5 мг один раз на добу. Пульмозим (Дорназа альфа) створено спеціально для лікування муковісцидозу і є аналогом натурального ферменту ДНКазі. Наш перший досвід застосування препарату, що нещодавно з'явився в Україні, свідчить про добру переносимість препарату хворими та виражену лікувальну дію, що проявляється суттєвим зменшенням в'язкості гнійного мокротиння та, водночас, покращенням його реологічних властивостей. У результаті лікування спостерігалась більш швидка позитивна динаміка загального стану хворого, нормалізація самопочуття, а

головне – швидше наступав секретолітичний ефект, нормалізувались фізикальна картина над легенями і показники функції зовнішнього дихання. Більш значущою була і позитивна динаміка приросту маси тіла дітей, які хворі на МВ.

Таким чином, включення до комплексу базисної терапії муковісцидозу небулайзерних інгаляцій пульмозиму є, на наш погляд, доцільним і високоефективним.



УДК 613.95-053.2/.4-082:612.6

*К.Д. Дука,
Н.Н. Крамаренко*

ЕФЕКТИВНІСТЬ ОЦІНКИ ГРАФІКІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ЗГІДНО З ПРОТОКОЛОМ МЕДИЧНОГО ДОГЛЯДУ ЗА ЗДОРОВОЮ ДИТИНОЮ ДО 3-Х РОКІВ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра пропедевтики дитячих хвороб
(зав. – д. мед. н., проф. С.І. Ільченко)*

Відомо, що фізичний розвиток дітей визначає індикатор стану здоров'я окремої дитини, та популяції в цілому, і як критерій оцінки соціально-економічного розвитку окремого регіону країни. Протягом останніх п'яти років у практичній педіатрії здійснюється моніторинг фізичного розвитку дітей раннього віку на підставі «норм зросту», які розроблені ВООЗ і рекомендовані для використання наказом № 149 від 20.03.2008 р. Така оцінка повинна була бути інструментом скринінгу оцінки фізичного розвитку дітей раннього віку для своєчасного виявлення відхилень від норми та захворювань, консультування батьків і призначення у разі потреби необхідного обстеження та лікування.

Враховуючи 5-річний досвід використання таких норм, а саме графіків фізичного розвитку, ми провели аналіз ефективності їх використання в практиці сімейних лікарів і педіатрів.

Проведено аналіз 119 карток амбулаторного нагляду за дітьми (Ф 112-У). З'ясована проблема

у веденні графіків фізичного розвитку та їх оцінки. Так, практично в 100% графіки фізичного розвитку ведуться тільки на першому році життя. А саме: у 10% випадків – у дітей до 3-х місячного віку; у 70% – у дітей до 11 місяців і тільки 20% – до 1 року. Після 1 року не фіксується в історії розвитку дитини аналіз цих графіків. Тобто інтерпретація показників динаміки фізичного розвитку дитини, з визначенням хорошого та сталого розвитку або виявлення факторів ризику, проблем, не фіксується взагалі.

Враховуючи особливості нашого регіону, екологічні, кліматичні та інші, ми не маємо змоги порівнювати показники фізичного розвитку з іншими, не можемо вчасно корегувати фізичний розвиток у ранньому дитячому віці.

На жаль, в останні 10 років не проводились широкі наукові дослідження щодо особливостей фізичного розвитку дітей Придніпровського регіону, тому зробити висновки щодо заходів з цього питання, на жаль, неможливо.



УДК 616.12-008.331.1:615.015.8:253.2-055

**Е.Б. Волошина,
С.В. Бусел,
В.О. Удовиця,
В.В. Саморукова,
О.Р. Дукова,
А.О. Чайка,
В.В. Бугерук,
І.С. Лисий**

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ РЕЗИСТЕНТНОЇ ТА ПСЕВДОРЕЗИСТЕНТНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Одеський національний медичний університет

Мета дослідження: визначити основні причини резистентної артеріальної гіпертензії (РАГ) та псевдорезистентної АГ (ПР АГ) у практиці сімейного лікаря з метою їх корекції та підвищення ефективності лікування цього контингенту хворих.

У 90 хворих на гіпертонічну хворобу, у яких при попередньому лікуванні не було досягнуто цільового рівня артеріального тиску (АТ) нижче за 140/90 мм рт. ст., було проведено анкетування, вимірювання рівня офісного артеріального тиску (АТ), домашнього моніторування АТ, на початку та через 2 тижні після корекції терапії.

Аналіз показав, що у більшості пацієнтів зустрічалась псевдорезистентна АГ – у 77 (85,6%), а резистентна – лише у 23 (14,4%) хворих на ГХ.

Серед найчастіших причин ПР АГ було недотримання комплаєнсу пацієнтами. Зокрема, більшість пацієнтів нерегулярно приймали антигіпертензивні препарати з різних причин (68 осіб – 75,6%). Найменше зустрічалась відмова від фармакотерапії у зв'язку з побічними явищами препарату – лише у 2 (2,2%) пацієнтів.

Після корекції суб'єктивних причин порушення комплаєнсу через 2 тижні у (39,1%) вдалось

досягти цільового рівня АТ. А після корекції неадекватної попередньої терапії лікарем через 2 тижні у комплаєнтних пацієнтів було досягнуто цільового рівня АТ у 3-х з чотирьох пацієнтів (75,0%). У середньому при ПР АГ досягти цільового рівня АТ вдалось у 44 (57,1%) пацієнтів.

Серед хворих з резистентною АГ при додаванні 4-го препарату, або при підвищенні доз тих самих препаратів, досягти цільового рівня АТ вдалось лише у 8 (34,8%) хворих ($P < 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. Недотримання комплаєнса пацієнтами є найбільш частими причинами псевдорезистентної АГ у практиці сімейного лікаря.

2. При регулярній корекції антигіпертензивної терапії лікарем лише у половини пацієнтів (57,1%) вдається досягти цільового рівня АТ, що потребує подальшої оптимізації лікувальних заходів.

3. Суб'єктивні фактори порушення комплаєнсу при псевдорезистентній АГ коригуються лише у третини пацієнтів (39,1%).



**Е.Б. Волошина,
В.В. Саморукова,
Т.А. Дычко,
О.Р. Дукова,
С.В. Бусел,
О.А. Филиппова,
И.С. Лысый,
В.Г. Лагутин**

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Одесский национальный медицинский университет

Цель работы – изучить чувствительность к антигипертензивным препаратам (АГП) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с сопутствующими хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ).

Обследовано 90 пациентов (мужчин – 68, женщин – 22, средний возраст $51,3 \pm 1,4$ года) с диагнозом ГБ II ст., 1-2 степени. Все пациенты были распределены на 3 референтные группы: 1 группа – 30 человек, получавших амлодипин (5 или 10 мг/сут), 2-я группа – 30 больных, получавших лосартан (50 или 100 мг/сут), 2-я группа – 30 больных, получавших индапамид (1,5 мг/сут). Методика определения чувствительности к АГП заключалась в сочетанном применении суточного и домашнего мониторинга артериального давления (АД) в течение 3-х суток по разработанной нами методике.

Как показал анализ, у больных с этой сочетанной патологией чувствительность к АГП была наибольшей при применении лосартана в дозе 100 мг/сут, а наименьшей – при применении индапамида. Так, через три дня произошло сни-

жение систолического АД (САД) при применении амлодипина 5 мг/сут в среднем на $3,1 \pm 0,5$ мм рт. ст., 10 мг в сут. – на $5,4 \pm 0,6$ мм рт. ст., при приеме лосартана 50 мг/сут – на $8,3 \pm 0,7$ мм рт. ст., 100 мг/сут – на $14,2 \pm 0,5$ мм рт. ст., индапамида в дозе 1,5 мг/сут – на $3,0 \pm 0,3$ мм рт. ст. Изменения диастолического АД были менее выраженными.

Снижение АД до целевого уровня (ниже 140/90 мм рт. ст.) за три дня в 1-й группе произошло у 6 (20,0%) пациентов, принимавших амлодипин 10 мг/сут, у 7 (23,3%), принимавших лосартан в дозе 50 мг/сут и у 14 (46,7%) – в дозе 100 мг/сут, и лишь у 3-х пациентов (10,0%), принимавших индапамид.

ВЫВОДЫ

1. У больных ГБ в сочетании с ХОЗЛ чувствительность к АГП была наибольшей при применении лосартана в дозе 100 мг/сут, а наименьшей – при применении индапамида.
2. Применение лосартана в дозе 100 мг/сут позволяет в 46,7% случаев быстрее достичь целевого уровня АД у этой категории больных.



**Н.М. Крамаренко,
С.Г. Ивануш***

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З КАРДІАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

*КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня №2» ДОР»**

Фізичний розвиток (ФР) і гармонійність є важливими критеріями санітарно-гігієнічного благополуччя населення, показниками рівня функціональної зрілості організму, який дуже

чутливий до впливу різних змін, та надають повноцінне уявлення щодо порушень стану здоров'я дитини.

Метою нашого дослідження було вивчення ФР дітей, що знаходились на лікуванні в кардіопульмонологічному відділенні КЗ «ДДКМЛ №2» ДОР». ФР вивчали згідно з положеннями Наказу МОЗ України № 802 від 13.09.2013р. «Про затвердження Критеріїв оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку».

Нами обстежено 110 дітей з різними нозологічними формами захворювань органів кровообігу: артеріальна гіпертензія – 34 дитини (30,9%), артеріальна гіпотонія – 26 дітей (23,6%), вроджені вади серця - 30 дітей (27,2%), вторинна кардіоміопатія - 20 дітей (18,2%). Аналіз проведених досліджень показав, що найбільша кількість пацієнтів середнього та гармонійного рівня ФР виявлена в групі хворих з артеріальною гіпотонією (75%) та вторинною кардіоміопатією (57,1%). Привертає увагу те, що більше ніж ¾ дітей з гіпотензією мали середні показники зросту та в 50% випадків – надмірну вагу. У групі вторинних кардіоміопатій 71,4% склали діти з нормотрофією.

Найбільш дисгармонійно розвинутих дітей виявлено в групах хворих на артеріальну гіпертензію (47,1%) та вроджені вади серця (40%). У 52,9% обстежених з артеріальною гіпертензією дисгармонійний розвиток був зумовлений надмірною вагою та перевищенням показника ок-

ружності грудної клітки за рахунок збільшеного жировідкладання. Проте дисгармонійний розвиток дітей з вродженими вадами серця та судин був пов'язаний із сукупним дефіцитом маси тіла та недостатнім розвитком грудної клітки (60%). Статистичні дані свідчать, що серед цих дітей високий процент дисгармонійності зумовлений білково-енергетичною недостатністю (60%) різного ступеня і є найвищим серед всіх обстежених.

Слід зазначити, що низькі показники зросту ми спостерігали всього в 16,7% випадків, в основному у дітей з важкими комбінованими вадами серця. Перевищення показників маси тіла в цій групі хворих зареєстровано не було.

Таким чином, у дітей з серцево-судинною патологією досить часто зустрічається негармонійний тип ФР, що залежить не тільки від генетичних факторів, стану харчування, фізичної активності, але й від нозологічної форми та перебігу хвороби. Виявленні відхилення ФР підтверджують необхідність подальшого вивчення несприятливих показників здоров'я дітей та розробки нових організаційних, профілактичних, реабілітаційних заходів та методів корекції наявних порушень з метою оптимізації стану здоров'я пацієнтів.



УДК 616-002-036.1:616.155.194:616.253.2

**А.П. Кузьміна,
Т.В. Хакімова**

АНЕМІЯ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. В.А. Потабашиній)*

У клінічній практиці часто зустрічається особливий вид анемії – анемія хронічних хвороб (АХХ) або хронічного запалення (anemia of chronic disease, anemia of inflammation). Це анемія, яка виникає у пацієнтів з інфекціями, запаленням, неопластичними захворюваннями і триває понад 1-2 місяці. За поширеністю АХХ посідає друге місце серед анемії після залізодефіцитної (ЗДА) і так само є завжди вторинною. У групі осіб похилого віку частка АХХ досягає 30-50%. Для цього типу анемії характерно поєднання зниженого рівня заліза сироватки (гіпо-

феремія) з достатніми його запасами в ретикулоендотеліальній системі (РЕС). АХХ входить в МКБ 10 у рамках класу III - «Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму» блок D 63.0 - «Анемія при хронічних хворобах», в тому числі D 66.0 - «Анемія при новоутвореннях (C00-D48)» та D 63.8 - «Анемія при інших хронічних хворобах». Слід зауважити, що АХХ розвивається на тлі різних захворювань: інфекцій (гострих і хронічних) - вірусних, включаючи ВІЛ, бактеріальних, паразитарних, грибкових; пухлин -

гемобластозів, солідних пухлин; захворювань сполучної тканини, саркоїдозу, хронічних запальних захворювань кишечника; хронічного відторгнення трансплантата; хронічної хвороби нирок. Однак часто визначити причину анемії тривалий час не вдається. АХХ часто залишається нерозпізнаною, що призводить до призначення неадекватного лікування.

Мета дослідження: визначити найбільш інформативні показники периферичної крові, притаманні АХХ.

При оцінці 100 гемограм пацієнтів з АХХ у більшості випадків виявлявся нормальний або дещо знижений рівень ретикулоцитів (еритроцити - нормоцитарні і нормохромні). Серед 35% пацієнтів відзначається мікроцитоз (середній об'єм еритроцитів – MCV <80 фл). В окремих пацієнтів спостерігався мікроцитоз, однак він не досягав такого ступеня, як при ЗДА (MCV < 72фл), анізо-і поїкілоцитоз, але зазвичай зміни форми і величини еритроцитів не настільки значні, як при ЗДА. Гіпохромія (МСНС – 26-32г/дл) виявляється у 72% пацієнтів з АХХ. Характерними є зниження рівня заліза в сироватці крові зі схильністю до падіння насичення залізом трансферина. Причому ступінь гіпоферемії залежить від тяжкості основної хвороби. Рівень

сироваткового феритину у пацієнтів з АХХ підвищений (при супутньому дефіциті заліза він знижується), але в жодному випадку не був таким низьким, як при ЗДА. Розпізнати дефіцит заліза, що сполучається з АХХ у 1/3 пацієнтів з хронічними запальними захворюваннями, досить важко. Дефіцитом заліза у таких хворих вважають рівень феритину в сироватці крові <30 мкг/л, відсутність дефіциту – >200 мкг/л. У сумнівних випадках може допомогти забарвлення кістково-мозкового пунктату на берлінську лазур. Розмежування АХХ і ЗДА має важливе практичне значення: некоректне трактування результатів дослідження пацієнта з АХХ, який має дефіцит заліза, спричиняє неефективну терапію залізом з ризиком розвитку ускладнень (перевантаження залізом і розвитком гемосидерозу внутрішніх органів).

При обґрунтуванні лікування АХХ виходять з того, що анемія сама по собі призводить до гіпоксії тканин, формуванню дистрофії органів; її розвиток при різних захворюваннях пов'язаний з погіршенням прогнозу. Виражена АХХ вимагає своєчасної корекції, особливо у пацієнтів з наявністю додаткових факторів ризику (захворювання легенів, серця, нирок).



УДК 612.398: 616-008.64-085-053.2:616.8

**Н.В. Мишина,
А.О. Єфанова,
Т.В. Мишина**

ДОСВІД ТЕРАПІЇ БІЛКОВО-ЕНЕРГЕТИЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ДИТЯЧІЙ НЕВРОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра пропедевтики дитячих хвороб
(зав. – д. мед. н., проф. С.І. Ільченко)*

Ключові слова: діти, патологія ЦНС, харчування, білково-енергетична недостатність, спеціалізована молочна суміш

Key words: children, CNS pathology, nutrition, energy-protein malnutrition, specialized milk formula

Реферат. В статье приведены данные об актуальности вопросов хронических нарушений питания у детей, а именно гипотрофии и белково-энергетической недостаточности у пациентов детской неврологической клиники. Органическая патология ЦНС, нейроэндокринные нарушения, затруднения энтерального питания приводят к умеренным и тяжёлым формам БЭН, что требует дифференцированного подхода к организации питания и выбору специализированных молочных смесей. В качестве альтернативы обычному молочному питанию была применена специализированная смесь Ресурс Юниор для детей от 1 года до 10 лет. Энтеральное питание высококалорийной молочной смесью Ресурс Юниор позволило устранить торпидность в динамике основных показателей физического развития детей с патологией ЦНС, расширить комплекс терапевтических мероприятий, повысить уровень качества их жизни и улучшить прогноз общего состояния здоровья.

Актуальні питання діагностики, лікування і реабілітації в загальнолікарській практиці

Abstract. In this article data about chronic eating disorders in children, in particular oligotrophy and energy-protein malnutrition (EPM) in children's neurologic hospital patients are given. Organic CNS pathology, neuroendocrine disorders, difficulties of an enteroalimentation lead to moderate and severe forms of EPM, this requires differentiated approach to nutrition organization and choice of specialized milk formulas. Specialized Resource Junior formula for children aged from 1 to 10 years was used as an alternative to milk and cultured milk products. Using of high – caloric Resource Junior milk formula for enteroalimentation helped to eliminate dormancy in basic variables of physical development of children with CNS pathology, to widen complex of therapeutic intervention, to elevate level of quality of their lives and general state of health.

Харчування відіграє ключову роль у процесах росту та розвитку дітей. Для хворої дитини харчування є найважливішим фактором нормалізації обмінних процесів, врегулювання функціонального стану окремих органів і систем, підвищення якості життя [1]. Різноманітна патологія ЦНС, яка посідає одне з найважливіших місць у структурі патології дітей раннього віку, вроджені вади розвитку, нейроендокринні порушення, аліментарні розлади - всі ці причини призводять до більш частого виникнення таких станів, як гіпотрофія, білково-енергетична недостатність, гіповітаміноз, анемії, Д-дефіцитний рахіт тощо.

Ми призначали в комплексній терапії дітей з ураженням ЦНС та білково-енергетичною недостатністю спеціалізовану молочну суміш Ресурс Юніор, яка може використовуватися для дітей з одного року до 10 років для ентерального харчування та здатна повністю забезпечити потреби організму в основних макро- і мікроелементах.

Всі обстежені діти були розподілені на 2 підгрупи: 17 дітей увійшли в дослідну групу, 15 – в контрольну. За віком, статтю та станом здоров'я діти були однорідні. Батьки були ознайомлені з цілями дослідження. Їх діти впродовж 2-6 місяців одержували суміш Ресурс Юніор по 200 мл на день. Після двох місяців діти обох груп були досліджені в обсязі першопочаткового дослідження.

Статистично достовірної різниці в оцінці фізичного статусу та показників антропометрії у дітей двох груп порівняння не було зафіксовано, що співпадає з даними інших авторів [2]. Разом з цим, у дітей, які отримували суміш Ресурс Юніор, було зафіксовано зсув довгострокового торпідного стану показників фізичного розвитку в сторону зростання (за графіками фізичного розвитку, Наказ № 149 МОЗ України). У дітей дослідної групи значно покращився тургор м'яких тканин, тонус м'язів, зменшилися блідість шкірних покривів і ознаки полігіповітамінозів (в т.ч. алопеція в однієї дитини). У дітей підвищилась загальна активність, покращився емоційний стан, інтерес до оточуючих. Достовірно ($p < 0,05$) зменшилася частота інтеркурентних ГРВІ. Батьки відзначили добру переносимість суміші і її органолептичні якості.

Таким чином, рутинні антропометричні показники не можуть використовуватись як єдиний критерій оцінки харчового статусу дітей з неврологічною патологією та БЕН. На наш погляд, ці дослідження будуть мати більш значущий результат при більш довготривалому строку дослідження (6-12 місяців). Клінічна суміш Ресурс Юніор сприяє відновленню трофологічного статусу, адаптивних можливостей організму, покращує якість життя дітей з ураженнями ЦНС.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аряев Н.Л. Принципы диагностики и лечения ЗВУР и гипотрофии / Н.Л. Аряев, Ю.Г. Циунчик // Одесса, 2005. – 254 с.
2. Черная Н.Л. Состояние нутритивного статуса

современных детей, возможность его коррекции / Н.Л. Черная, Г.В. Мелехова, Л.Н. Старунова // Лечащий врач. – 2009. – № 7. – С. 77-79.



**О.В. Курята,
О.Ю. Нода**

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ БОЛЮ У ХВОРИХ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра госпітальної терапії № 1 та профпатології
(зав. – д. мед. н., проф. О.В. Курята)*

Больовий синдром - найбільш частий прояв патології опорно-рухового апарату та є саме тим фактором, котрий значно погіршує якість життя хворих. Інтенсивність болю при ревматоїдному артриті (РА) не завжди співвідноситься зі ступенем органічних змін суглобів та активністю захворювання, але корелює з характеристиками особистості. Слід зазначити, що лише в рекомендаціях Британського товариства ревматологів та Британського товариства спеціалістів у галузі ревматології з лікування РА 2009 року є вказівки щодо необхідності корекції депресивних розладів при лікуванні РА.

Мета роботи – поліпшити якість лікування больового синдрому при ревматоїдному артриті в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ) на підставі корекції тривожно-депресивних розладів.

Обстежено 41 хворого з РА, 13 чоловіків (31,7%) і 28 жінок (68,3%), середній вік $47,41 \pm 6,36$ року, середня тривалість захворювання $95,41 \pm 8,11$ місяця, середнє значення DAS-28 $5,77 \pm 1,1$. Функціональні порушення суглобів (ФПС) I ступеня встановлено у 52 (30,2%) хворих, ФПС II – у 95 (55,2%), III ступеня – у 25 (14,6%) хворих. У більшості хворих встановлені I та II рентгенологічні стадії РА – у 55 та 63 хворих відповідно (31,9% та 36,6%). АГ встановлена в 17 хворих (41,5%), серед них 1 ступінь АГ мав місце в 10 хворих (58,8%), 2 ступінь – у 5 (29,4%), 3 ступінь – у 2 (11,8%); рівень САТ становив $148,9 \pm 18,3$ мм рт.ст., ДАТ – $92,7 \pm 10,7$ мм рт.ст. Усім хворим проведено загальноклінічне обстеження, оцінка інтенсивності болю за ВАШ, встановлення ступеня ФПС, загальне та біохімічне дослідження крові; рентгенографія уражених суглобів, оцінка рівня тривожно-депресивного стану з використанням анкети про самопочуття PRIME-MD (PHQ) та шкали Гамільтона HARS – 14 до та

після лікування. При виявленні симптомів тривоги, депресивних розладів та наявності згоди пацієнти (n=20) отримували лікування, котре призначалося психотерапевтом. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням ліцензійної програми STATISTICA 6.1. Статистично значущі відмінності результатів досліджень визначали при рівні $p < 0,05$.

Інтенсивність больового синдрому за ВАШ при РА в поєднанні з АГ корелює зі ступенем ФПС, активністю запального процесу ($r = -0,46$; $p < 0,05$; $r = -0,34$; $p < 0,05$). Тривожно-депресивні розлади різного ступеня вираженості виявлені у 36 (87,8%) обстежених хворих. Частота виникнення тривожних розладів корелює з інтенсивністю больового синдрому за ВАШ у стані спокою ($r = 0,29$; $p < 0,05$) та при фізичному навантаженні ($r = 0,31$; $p < 0,05$). Динаміка зменшення інтенсивності болю за ВАШ була більш виражена серед пацієнтів, котрі отримували лікування, спрямоване на корекцію тривожно-депресивних розладів порівняно зі стандартною терапією – на 35,67% та 18,12% відповідно ($p < 0,05$). Корекція тривожно-депресивних розладів за шкалами Гамільтона та PHQ більше ніж на 50% асоціювалась з найбільш значущим скороченням балів за ВАШ – на 25,37%, в порівнянні у пацієнтів тривожно-депресивних розладів з редуцією балів менше за 50% – скорочення балів за ВАШ на 16,14% ($p < 0,05$).

Отже, інтенсивність больового синдрому за ВАШ при РА в поєднанні з АГ корелює з частотою тривожно-депресивних розладів. За умов корекції психологічного статусу хворих на РА в поєднанні з АГ встановлено поліпшення якості лікування больового синдрому. Скорочення балів за шкалами Гамільтона та PHQ більше ніж на 50% асоціювалось з найбільшою клінічною ефективністю лікування цих хворих.



УДК 616.334:616.1-084-036.83

**Ю.В. Прокопчук,
И.П. Шмакова,
Л.И. Ковальчук,
Т.В. Богатырева,
А.А. Шаповалова,
Я.С. Афанасьєва**

ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

*Одесский национальный медицинский университет
кафедра общей практики и медицинской реабилитации*

Особенностью течения большинства заболеваний органов пищеварения является высокая частота сочетанных поражений, прежде всего органов гепато-панкреато-билиарной зоны, что обусловлено анатомо-физиологической близостью и общностью нейрогуморальной регуляции внешнесекреторной функции поджелудочной железы, моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящих путей, холесекреторной функции печени.

Наличие сочетанной патологии органов желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы значительно отягощает течение каждого из заболеваний и прежде всего приводит к раннему нарушению процессов пищеварения, ухудшению усвоения питательных веществ, появлению вторичных психопатологических процессов и на основании этого к ухудшению качества жизни пациентов. Психосоматические расстройства являются причиной жалоб у 36,7% больных, которые обращаются к семейному врачу в связи с нарушениями со стороны органов пищеварения, однако медицинская помощь и ранняя реабилитация этому контингенту больных в данное время оказывается не в достаточном объеме.

Цель исследования – разработка современных программ реабилитации с использованием преформированных факторов лечения у пациентов с коморбидной патологией сердечно-сосудистой системы и гастродуоденальной зоны.

В исследование были включены 90 больных, находившихся на реабилитационном этапе лечения в санатории им. Лермонтовский с сочетанной патологией сердечно-сосудистой системы и патологией желудочно-кишечного тракта. Всем больным проводились общеклинические исследования крови, мочи, биохимические исследования маркеров поражения сердечно-со-

судистой системы, гепато-панкреато-билиарной системы, ЭКГ, эхокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эндоскопические методы исследования с определением контаминантности слизистой оболочки хеликобактериозом. Из методов физиотерапии применялись магнитолазеротерапия, оказывающая иммуномодулирующее, противовоспалительное, противоотечное, обезболивающее, регенераторное, десенсибилизирующее действие.

Анализ материалов исследования выявил наличие у пациентов исходной группы и пациентов контрольной группы (120 больных, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении) наличие невротических синдромов в виде гастрокардиального, астенического и диспептического синдромов, а также соматических депрессивных расстройств, которые, по данным анкетирования, значительно ухудшали качество жизни пациентов. Корреляционный анализ результатов лечения основной группы пациентов с применением методов физиофармакотерапии продемонстрировал более раннее купирование болевого и диспептического гастрокардиальных синдромов, а также сокращение периода реабилитации.

На фоне раннего включения методов физиофармакотерапии наблюдалось более раннее купирование болевого и диспептического синдромов у пациентов основной группы, с сокращением сроков пребывания на реабилитационном этапе.

Комплексное применение магнитолазеротерапии в сочетании с большой аутогемотерапией озono-кислородной смесью позволило более эффективно купировать болевой синдром у пациентов с патологией гастродуоденальной зоны и улучшить метаболические процессы в миокарде.



**О.Л. Смирнова,
О.Б. Неханевич**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології
(зав. – к. мед. н. О.Б. Неханевич)*

Одним з факторів, які значною мірою впливають на рівень здоров'я людей, на думку фахівців, є рівень рухової активності. Не випадково в останні роки спеціалісти ВООЗ закликають держави всього світу до розробки національних планів з оптимізації фізичної активності населення [Global recommendations on physical activity for health / World Health Organization, Geneva, 2010]. Більше того, практичний досвід впровадження оптимальної рухової активності в спосіб життя громадян економічно розвинутих країн світу та своєчасна й ефективна фізична реабілітація при захворюваннях свідчать про можливість істотно зменшувати витрати держави на систему охорони здоров'я, ліки та звернення населення за повторною медичною допомогою.

Виходячи із зазначеного, провідне місце в системі превентивної медицини та відновного лікування починають займати засоби фізичної культури. Проте найважливіша в соціальному плані профілактична й оздоровча функція фізичної культури, а також максимальний позитивний ефект при фізичній реабілітації можуть бути досягнуті лише за умов раціональної системи занять фізичними вправами, що, в свою чергу, залежить від кваліфікованого медичного забезпечення.

Однак, як зазначав академік М.М. Амосов, «зараз склалася така ситуація, що лікарі не вміють використовувати фізичну активність, навіть якщо розуміють її користь. У результаті страждають профілактика та реабілітація при багатьох захворюваннях».

Неправильні рекомендації лікарів відносно рухової активності мають вкрай негативні наслідки для здоров'я людей. З одного боку, допуск до занять фізичними вправами формально, без проведення ретельного обстеження, без ура-

хування функціональних можливостей організму, за наявності прихованої патології, може призводити до розвитку під впливом навіть незначних фізичних навантажень серйозних відхилень у стані здоров'я, інколи несумісних з життям. Це підтверджується тим, що в останні роки все частіше реєструються випадки раптової смерті серед учнів та студентів під час звичайних занять з фізичного виховання. З іншого боку, наслідком необґрунтованого звільнення осіб з гострою чи хронічною патологією від будь-яких фізичних навантажень є маніфестація патологічного процесу та його ускладнень, значне погіршення якості життя, формування негативного ставлення до фізичної активності, а нерідко й інвалідизація.

При цьому слід також враховувати, що якщо медичний контроль за провідними спортсменами здійснюють лікарсько-фізкультурні диспансери або центри спортивної медицини й лікувальної фізкультури, то медичне забезпечення в оздоровчій фізичній культурі, масовому спорті та при фізичній реабілітації покладено, перш за все, на лікувально-профілактичні установи за місцем проживання, праці чи навчання. Саме тому лікарі загальної практики та сімейної медицини повинні орієнтуватись у важливих питаннях, пов'язаних із допуском до занять фізичними вправами різних груп населення, володіти засобами й методами лікарського контролю за ними, знати показання та протипоказання до застосування сучасних засобів фізичної реабілітації при різних захворюваннях і ушкодженнях, мати уявлення про ускладнення та патологічні стани, що виникають при неадекватних фізичних навантаженнях, володіти методами їх своєчасної діагностики, профілактики й лікування.



УДК 616.89-008.454:616.37-002-036.1-082

Ю.М. Шевченко

КУРАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ В ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ МЕРЕЖІ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України
кафедра психіатрії ФПО
(зав. – д. мед. н. проф. Л.М. Юр'єва)*

Найбільш значущою та перспективною клінічною категорією в якості об'єкта взаємодії інтерністів та психіатрів є депресія. Депресія з повною підставою може розглядатися як загальномедична, а не тільки психіатрична проблема. Депресія є найбільш частим проявом психічної патології у пацієнтів, що страждають на хронічні соматичні захворювання, до числа яких належить і хронічний панкреатит (ХП). Так, дослідженнями А.Б. Смулевича та ін. (1997) було показано, що частота нозогених депресій у соматичних стаціонарах досягає 50-80%.

Нами було обстежено 30 пацієнтів з діагнозом хронічний панкреатит, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні загальносоматичного закладу. Обстеження проводилось за допомогою клініко-психопатологічного методу та опитувальника про стан здоров'я РНQ-9, який дає можливість швидко оцінити вираженість депресії.

Під час обстеження було встановлено, що при хронічному панкреатиті спостерігаються депресивні реакції легкого та середнього ступеня. При цьому у 3-х пацієнтів (10%) депресивні симптоми були відсутні, у 15 осіб (50%) відзначалися депресивні реакції легкого ступеня, у 12 випадках (40%) спостерігалися депресивні реакції помірного ступеня.

У 85% обстежених хворих спостерігалась соматогенна депресія, проявами якої були виражені скарги на знижений настрій, тугу, втрату

колишніх інтересів, безперспективне майбутнє. Також у цих хворих у 90% був виразний астеничний синдром у вигляді постійної втомлюваності, роздратованості, страху «появи болю в животі» та тривоги. Хворі скаржились на кишкові розлади (закрепи або понос), підвищену пітливість, порушення сну (неможливість довго заснути, раннє пробудження та поверхневий сон).

Динамічне спостереження за станом хворих (протягом 1 місяця) показало, що депресивні реакції легкого ступеня зменшувались по мірі поліпшення соматичного стану пацієнта і практично не вимагали призначення спеціального лікування, окрім психотерапевтичних втручань. При депресивних реакціях помірного ступеня відзначалися уповільнений розвиток терапевтичного ефекту від призначеного лікування, збереження зниженого настрою навіть при стабілізації соматичного стану, що потребувало призначення антидепресантів.

Таким чином, отримані дані свідчать про те, що серед пацієнтів з хронічним панкреатитом дуже високий рівень депресивної симптоматики, яка потребує спеціалізованого лікування. Тому лікарі загальної практики повинні володіти скринінговими методиками, наприклад опитувальник про стан здоров'я РНQ-9, для виявлення депресивних розладів у пацієнтів з хронічним панкреатитом та своєчасно направити на консультацію до лікаря-психіатра.



**С.В. Аліфанова,
О.Н. Харітонова***

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИЗНАЧЕННЯ ПРОБІОТИКІВ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ НЕДОНОШЕНИМИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра госпітальної педіатрії №2 і неонатології
(зав. – д. мед. н, проф. Ю.К. Більбот)*

*КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня №6» ДОР**

Формування біоценозу травного тракту в новонароджених, особливо недоношених, є важливою складовою механізмів постнатальної адаптації. У дітей, які народились передчасно, відбуваються певні порушення загального сценарію формування біоценозу, викликані проведенням заходів інтенсивної терапії, особливостями догляду за недоношеними новонародженими, стану їх здоров'я тощо. Зміни кількісного та якісного складу мікрофлори кишечника в недоношених дітей є об'єктивною реальністю, що потребує своєчасного та адекватного лікування з використанням препаратів з пробіотичною дією. Тому метою дослідження стало вивчення ефективності призначення пробіотика БіоГая у дітей, які народились недоношеними, у комплексі лікувально-профілактичних заходів на етапі катамnestичного спостереження.

До дослідження було включено 34 дитини віком від 1 до 3 місяців життя, які склали дві групи - до I групи увійшло 16 дітей, які отримували препарат БіоГая внутрішньо в дозі 5 крапель на добу протягом 3 тижнів, до II групи – 18 дітей, які отримували інші пробіотики. У всіх дітей спостерігались клінічні прояви порушення мікробіоценозу кишечника у вигляді здуття живота, кишкових кольок, зригувань, закріпів або діареї, втрати або недостатньої прибавки маси тіла. При дослідженні мікробного пейзажу кишечника виявлено зниження кількості біфідо- та лактобактерій у дітей обох груп та підвищення кількості умовно патогенної та патогенної мікрофлори. Серед патогенних мікроорганізмів пере-

важали *Staphylococcus aureus* (у 43,8% та 38,9% дітей I та II груп), *Enterococcus faecialis* (у 31,2% та у 33,3% дітей), гриби роду *Candida* (у 25% та у 27,8% дітей), *Klebsiella pneumoniae* (у 18,8% та у 22,2% дітей) та *Proteus* (у 12,5% та в 11,1% дітей). Кількісна оцінка складу мікрофлори кишечника до лікування виявила у 25% дітей I та у 27,8% II групи ізольоване зниження кількості біфідо- та лактобактерій, а в інших випадках асоціації бактерій у різних комбінаціях, найчастіше стафілококів та ентеробактерій, а у 18,6% дітей I та у 16,7% дітей II групи поєднання кокової флори, ентеробактерій та грибів роду *Candida*. Призначення препарату БіоГая позитивно впливало на динаміку клінічних симптомів, що поєднувалось з нормалізацією лабораторних показників, яке було більш вираженим у дітей I групи. Після лікування у дітей обох груп спостерігалось підвищення кількості біфідо- і лактобактерій, яке було вірогідно вищим у дітей I групи. Поруч з тим, відзначено достовірне зменшення кількості патогенної мікрофлори, також більш виражене у дітей основної групи – у жодної дитини не виявлено асоціацій патогенної флори або грибів роду *Candida*. У дітей II групи також відзначено аналогічну тенденцію, але в 11,1% дітей після лікування спостерігалось виділення *St.aureus* та ентерококів виду *faecium*, а в 5,6% дітей - виділення протею.

Таким чином, призначення препарату БіоГая у дітей раннього віку дозволяє зменшити клінічні прояви порушень мікробіоценозу та нормалізувати його стан.



УДК 616.24.003-002.17:616.369-053.2

**С.І. Ільченко,
С.Г. Іванусь*,
А.О. Фіалковська**

**ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЇ
ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ,
ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня № 2» ДОР»**

Муковісцидоз – спадкове аутосомно-рецесивне мультисистемне захворювання, що розвивається на фоні продукції екзокринними залозами життєво важливих органів секрету підвищеної в'язкості з розвитком вторинних змін переважно в органах дихання і травлення. Серед уражень органів травлення важливе місце, поряд з хронічною панкреатичною недостатністю, посідає патологія гепатобіліарної системи. У наш час частота залучення гепатобіліарної системи в патологічний процес, за даними різних авторів, становить від 20 до 80%.

Мета дослідження – вивчити стан гепатобіліарної системи у дітей, хворих на муковісцидоз. Нами було обстежено 50 дітей, хворих на муковісцидоз, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні КЗ «ДДМКЛ №2» ДОР» у 2013 р. Середній вік дітей становив $10,7 \pm 4,9$ року. Всі хворі мали ознаки панкреатичної недостатності. Стан гепатобіліарної системи досліджували за допомогою скарг, об'єктивного обстеження, біохімічного аналізу крові, ультразвукового дослідження органів черевної порожнини.

Згідно з нашими даними, отриманими при обстеженні дітей, хворих на муковісцидоз, які регулярно проходили лікування у відділенні пульмонології, зміни гепатобіліарної системи виявлені у 76% дітей. При цьому, за даними ультразвукового дослідження у 16% обстежених хворих були виявлені ознаки гіпотонії жовчного

міхура, у 32% - деформації жовчного міхура, у 12% - деформація жовчного міхура поєднувалася з ознаками гіпотонії, у 8% хворих жовчний міхур був збільшений у розмірах, 8% хворих мали ознаки гіпоплазії та склеротичних змін жовчного міхура, у 16% хворих був повністю «відключений» жовчний міхур; ознаки жовчнокам'яної хвороби виявлялися у 4% хворих. Ураження печінки, за даними ультразвукового дослідження, виявлялися у 32% хворих у вигляді дифузних змін паренхіми органу, які корелювали зі ступенем тяжкості та тривалістю основного захворювання. Проте при об'єктивному дослідженні ознаки гепатомегалії мали лише 9% дітей. За даними біохімічного дослідження крові у 30% хворих дітей було виявлено ізольоване підвищення рівня трансаміназ (АлТ та АсТ) без ознак гепатомегалії та змін паренхіми органу за даними УЗД.

Таким чином, проведений аналіз дозволяє зробити висновки, що ураження гепатобіліарної системи при муковісцидозі – досить часте ускладнення цього захворювання, яке у більшості випадків має безсимптомний перебіг та впливає на якість і тривалість життя. У зв'язку з цим важливе значення має рання діагностика уражень гепатобіліарної системи, регулярний контроль за перебігом патології та адекватна корекція змін (призначення препаратів урсодезоксихолевої кислоти).



**Р.В. Ковтуненко,
Л.Н. Чергинец*,
Л.И. Шевченко*,
Л.Н. Евсикова***

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра госпитальной педиатрии № 2 и неонатологии
(зав. - д.мед.н, проф. Ю.К. Ботьбот)
Коммунальное учреждение «ДГКБ № 6 ДОР»*
г. Днепропетровск*

Острый обструктивный бронхит (ООБ) – одна из наиболее частых причин госпитализации детей раннего возраста. В структуре бронхолегочной патологии реанимационного городского отделения ООБ составляет 41,5%, а в структуре заболеваемости отделения патологии детей раннего возраста – 38%. Цель работы - анализ дифференцированного подхода к терапии тяжелых форм ООБ у 34 детей, находившихся в реанимационном отделении.

Возраст детей составил от 1,5 месяцев до 2-х лет, детей первого года жизни – 86%. Тяжесть состояния была обусловлена вирусной интоксикацией, гипоксией и проявлялась дыхательной недостаточностью II степени с экспираторными шумами, удлинением выдоха, участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, нарушением кровообращения ПА-ПБ степени с синдромом эксикоза I-Пст, гипертермическим синдромом. Предрасполагающими факторами являлась высокая частота фоновых состояний: перинатальная энцефалопатия – 92%, анемия – 68%, недоношенность – 30%, тимомегалия – 28%, рахит – 40%, паратрофия – 27%.

Эффективность терапии зависела от своевременного восстановления периферической гемодинамики (кристаллоидные растворы, гепарин,

дофамин) и проведения базисной терапии: ингаляционных кортикостероидов и бронходилататоров с использованием небулайзера, проведение оксигенотерапии под контролем газового состава крови и КОС, пульсоксиметрии. Дексаметазон внутривенно использовался временно при тяжелой бронхолегочной обструкции или при наличии шока. Из бронходилататоров у детей раннего возраста наиболее эффективными были небулайзерные ингаляции беродуала по сравнению с вентолином. После снятия тяжелой бронхообструкции применялся муколитик лазолван в виде ингаляций (до 6 раз в сутки) и внутривенных введений (1 мг/кг в сутки в 2 вливания). В терапии не использовались волевические и антигистаминные препараты, эуфиллин, сердечные гликозиды, а антибиотики назначались только при наличии бактериальных очагов.

Таким образом, основные направления терапии ООБ у детей раннего возраста включают восстановление ОЦК и микроциркуляции, улучшение дренажной функции лёгких, дифференцированное назначение противовоспалительной и бронхолитической терапии, оксигенотерапию, что обеспечивает эффективность терапии тяжелых форм заболевания.



УДК 616.345-006-08:615.28:611.018.74:576.52

**В.І. Кошля,
А.О. Кузмичов,
Н.П. Склярова,
О.В. Кошля,
О.С. Кульбачук,
О.О. Марченко,
Н.Т. Івахненко,
Ю.О. Кліцунова,
А.В. Мартиненко**

**ПОКАЗНИКИ АДГЕЗИВНОЇ ФУНКЦІЇ
ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ПУХЛИНИ
ТОВСТОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШКИ ТА ЇХ ЗМІНИ
НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ БІСОПРОЛОЛУ ТА
ОМАКОРУ**

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: адгезивна дисфункція ендотелію, пухлини товстого кишківника, бісопролол, омакор

Key words: adhesive endothelial dysfunction, large intestine tumors, bisoprolol, omakor

Реферат. Проведено изучение влияния бисопролола в комбинации с омакором на уровень s - ICAM -1 и содержание липидов. Проведенные исследования показали, что исходные данные уровня s - ICAM -1 и липидов были существенно повышенными относительно данных в контрольной группе здоровых, а под влиянием 6-месячного лечения омакором отмечалось достоверное снижение концентрации растворимого молекулы -1 межклеточной адгезии s - ICAM -1 на фоне нормализации содержания общего холестерина, холестерина липидов низкой и высокой плотности и триглицеридов.

Abstract. Study of bisoprolol effect in combination with omakor on s-ICAM-1 level and lipids content was carried out. The investigations conducted showed that initial data of s-ICAM-1 level and those of lipids were significantly increased, regarding the data of healthy persons in a control group. Under the impact of 6-months' treatment with omakor there was noted a reliable decrease of concentration of solvable of molecule-1 intercellular adhesion s-ICAM-1 against normalization of content of total cholesterol, low density and high density cholesterol and of triglycerides.

Проведені в останні роки дослідження показали роль деяких патогенетичних механізмів виникнення і розвитку ускладнень при дисфункції ендотелію [1,2,3]. При цьому значна роль відводиться дисфункції ендотелію та супутнім їй порушенням звичних взаємодій між ендотеліальними клітинами і форменими елементами крові (тромбоцитами, лейкоцитами, еритроцитами) [7,8,9]. Такі процеси взаємодії пояснюються впливом молекул адгезії на позаклітинний матрикс, а також змінами розчинних медіаторів онкогенів, які регулюються системою цитокінів [10]. У зв'язку з цим, докладне вивчення всіх факторів, які забезпечують міжклітинні взаємодії при онкологічних захворюваннях [6], відкриває нові можливості для максимально раннього виявлення ураження судин при пухлинах кишківника, а також перспективи профілактики їх метастазування та лікування.

Взаємодія інтегринів з білками позаклітинного матриксу в деяких випадках перешкоджає апоптозу. Так, клітини меланоми уникають апоптозу в дермі за рахунок зв'язування альфа - бета3 - інтегрину з колагеном. Нейтралізація цього інтегрину антитілами, навпаки, сприяє апоптозу. Таким чином, інформація, яку інтегрини передають від позаклітинного матриксу всередину

клітини, в одних випадках стимулює розвиток ІХС та адгезію і міграцію пухлинних клітин, а в інших - призводить до їх загибелі. Іншими словами, інтегрини відіграють роль своєрідного "перемикача", який визначає подальшу долю пухлинної клітини.

Зупиняючись на характері і механізмах системної дії пухлини на організм, необхідно насамперед відзначити розвиток виражених метаболічних розладів, зумовлених, з одного боку, порушенням регуляторних механізмів обміну речовин внаслідок дисфункції ендотелію, а з іншого - розвитком метаболічного атипізму малігнізованих клітин.

Розвиток дисфункції ендотелію при пухлинах істотно змінює його вазоактивну функцію та сприяє прогресуванню захворювання. Як відомо [4,5], інгібітори АПФ можуть істотно впливати на стан ендотелію завдяки їх прямій дії та зменшення активності ренін-ангіотензин-альдостеронової і симпатико-адреналової систем, що передумовлює необхідність подальшого вивчення змін судиннорухової функції в процесі лікування. Разом з тим і до цього часу є недостатньо вивченим вплив омега-3 поліненасичених жирних кислот на адгезивну дисфункцію

ендотелію [6,9], що і послугувало базисом для цього дослідження.

Головною метою наукової роботи було вивчення адгезивної дисфункції ендотелію в процесі лікування хворих на пухлини товстого кишківника із застосуванням біспрололу і омакору.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Вивчення впливу біспрололу на функціональний стан ендотелію в процесі курсового лікування було проведено у 22 хворих (середній вік $51,6 \pm 3,2$ року) на пухлини товстої та сигмовидної кишки (T2N1). Курс лікування становив 6 місяців. З метою контролю була обстежена група здорових осіб відповідної статі та віку у кількості 15 осіб. Обстеження проводили до початку лікування та в кінці курсу лікування біспрололом у добовій дозі 10 мг на добу, а омакор – по 1000 мг один раз на добу.

Дослідження адгезивної дисфункції ендотелію проводили методом визначення концентрації розчинної молекули-1 міжклітинної адгезії (s-ICAM-1) у сироватці крові у зіставленні з даними контрольної групи здорових.

Матеріали оброблені методом варіаційної статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як показали проведені дослідження, рівень показника s-ICAM-1 у сироватці крові в контрольній групі здорових становив $604,59 \pm 28,39$ пг/мл, а в групах обстежених: $868,35 \pm 25,33$ пг/мл, 43,6%, $p < 0,001$ (хворі з пухлинами сигмовидної кишки – 1-а група) та $957,64 \pm 21,64$ пг/мл, 58,4%, $p < 0,001$ (хворі з пухлинами товстої кишки – 2-а група). При аналізі вмісту s-ICAM-1 у сироватці крові після лікування (радикальна резекція, хіміотерапія) у поєднанні з омакором рівень s-ICAM-1 знизився до $728,64 \pm 20,16$ пг/мл (у першій групі – 16,1%; $p < 0,001$) та до $789,52 \pm 13,82$ пг/мл (у другій групі – 17,6%; $p < 0,001$).

Проведені дослідження також показали, що у хворих обох груп спостерігалось вихідне зростання вмісту як загального холестерину, так і холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛНЩ). При цьому збільшення рівня загального холестерину і холестерину ліпопротеїдів низької щільності відносно здорових ($4,95 \pm 0,06$ ммоль/л і $2,57 \pm 0,04$ ммоль/л) у хворих 1-ї групи становило $5,26 \pm 0,03$ ммоль/л і $3,08 \pm 0,05$ ммоль/л

(6,3%; $p < 0,001$; 19,8%, $p < 0,001$) і у хворих 2-ї групи $5,64 \pm 0,05$ ммоль/л і $3,44 \pm 0,04$ ммоль/л (14,0%; $p < 0,001$ і 33,9%; $p < 0,001$). Водночас відмічалось збільшення рівня тригліцеридів (ТГ): здорові – $1,43 \pm 0,03$ ммоль/л, пацієнти 1-ї групи – $1,46 \pm 0,03$ ммоль/л 2,1%, $p > 0,05$; пацієнти 2-ї групи – $1,61 \pm 0,04$ ммоль/л; 12,6%; $p < 0,001$ та зменшення концентрації ліпопротеїдів високої щільності (ЛВЩ): здорові – $1,24 \pm 0,02$ ммоль/л; хворі 1-ї групи – $1,20 \pm 0,02$ ммоль/л (3,2%, $p > 0,05$; хворі 2-ї групи – $1,09 \pm 0,01$ ммоль/л (9,2%; $p < 0,001$).

Після проведеного лікування на тлі зниження s-ICAM-1 спостерігалась тенденція до нормалізації рівня загального холестерину (1-а група – $5,08 \pm 0,02$ ммоль/л; 2-а група – $5,23 \pm 0,02$ ммоль/л), холестерину ліпопротеїдів низької щільності і тригліцеридів (відповідно $2,61 \pm 0,03$ ммоль/л і $1,44 \pm 0,05$ ммоль/л та $3,24 \pm 0,02$ ммоль/л і $1,52 \pm 0,03$ ммоль/л). При цьому вміст ліпопротеїдів високої щільності в обох групах зростав, відповідно 1-а група – на 2,5% ($1,23 \pm 0,03$ ммоль/л), 2-а група – на 9,2% ($1,19 \pm 0,04$ ммоль/л).

Проведений нами кореляційний аналіз показав наявність прямого кореляційного зв'язку ЗХС і ХС ЛНЩ зі вмістом s-ICAM-1 (відповідно: $r = + 0,489$, $p < 0,02$ і $r = + 0,435$, $p < 0,05$).

Таким чином, зростання вмісту молекул клітинної адгезії може свідчити про високий ступінь злоякісності пухлини.

ВИСНОВКИ

1. Пухлинні захворювання товстого кишківника супроводжуються зростанням вмісту у крові молекул клітинної адгезії на тлі збільшення загального холестерину сироватки крові, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів та зменшення рівня ліпопротеїдів високої щільності.

2. Включення у комплекс лікування пацієнтів з адгезивною дисфункцією ендотелію омакору та біспрололу істотно зменшує рівень s-ICAM-1 та сприяє нормалізації ліпідного спектру плазми крові.

3. Перспективами подальших досліджень у цьому напрямку, на нашу думку, є визначення факторів ангиогенезу та вазоактивної функції плечової артерії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Болдырева О.Н. Прогноз эффективности лечения воспалительных заболеваний кишечника по уровню интегринов и селектинов: автореф. дис. на

соискание учен. степени канд. мед. наук / О.Н. Болдырева. – М., 2013. – 15 с.

2. Болдырева О.Н. Роль молекул адгезии для

оценки эффективности биологической терапии больных воспалительными заболеваниями кишечника / О.Н. Болдырева // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. – 2012. – № 5. – С. 119-125.

3. Бубнова М. Как правильно лечить атерогенные гиперлипидемии, чтобы улучшить профилактику атеросклероза / М. Бубнова // Врач. – 2006. – № 10. – С. 1-6.

4. Голобородько О.О. Динаміка показників внутрішньосерцевої гемодинаміки у прооперованих онкологічно хворих жінок з ішемічною хворобою серця під впливом раміприлу, S(-)метопрололу (азопролу) та ліпідознижуючої терапії / О.О. Голобородько // Biomed. Biosocial Anthropology. – 2011. – № 16. – С. 93-96.

5. Голобородько О.О. Зміни активності симпатико-адреналової і ренін-ангіотензин-альдостеронової систем та вмісту естрадіолу і метаболітів оксиду азоту при ІХС у прооперованих онкологічно хворих жінок під впливом раміприлу та азопролу в амбулаторних умовах / О.О. Голобородько // Зб. наук. праць «Актуальні питання медичної науки та практики». – Д., 2011. – Т. 1, вип. 78, кн. 1. – С. 63-67.

6. Заридзе Д.Г. Канцерогенез / Д.Г. Заридзе. – М.: Медицина, 2004. – 576 с.

7. Полякова Э.С. Клиническая оценка ангиогенеза и маркеров сердечной недостаточности у больных ИБС: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Э.С. Полякова. – М., 2004. – 18 с.

8. Expression of laminin isoforms, receptors and binding proteins unique to nucleus pulposus cells of immature intervertebral disc / J. Chen, L. Jing, C.L. Gilchrist [et al.] // Connect Tissue Res. - 2009. - Vol. 50, N 5. - P. 294-306.

9. Functional integrin subunits regulating cell-matrix interactions in the intervertebral disc / C.L. Gilchrist, J. Chen, W.J. Richardson [et al.] // J. orthopaedic research: official publication of the Orthopaedic Research Society. - 2007. - Vol. 25, N 6. - P. 829-340. Laminin-functionalized biomaterials for intervertebral disc regeneration / A.T. Francisco, D. Phu, R.J. Mancino [et al.] – Электронный ресурс. Режим доступа: www.abstracts.conferenestrategists.com.

10. Xia M. Expression of integrin subunits in the herniated intervertebral disc / M. Xia, Y. Zhu // Connect. Tissue Res. - 2008. - Vol. 49, N 6. - P. 464-469.



УДК 618.19.-006:611.018.74:616.12-009.72:616.15-08:615.22

**В.І. Кошля,
Фероз Шах,
О.С. Кульбачук,
О.О. Марченко,
Ю.О. Кліцунова,
Н.П. Склярова,
О.В. Кошля**

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН КОАГУЛЯЦІЙНОГО ТА ФІБРИНОЛІТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЕНДОТЕЛІЮ ПРИ ПУХЛИНАХ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

*Запорізька медична академія післядипломної освіти
кафедра сімейної медицини
(зав. – д. мед. н., проф. В.І. Кошля)*

Ключові слова: стабільна стенокардія напруження, рак молочної залози, антикоагулянтна і фібринолітична активність плазми крові, телмісартан, бісопролол, розувастатин

Key words: stable angina-of-effort, breast cancer, anticoagulant and fibrinolytic activity of blood plasma, telmisartan, bisoprolol, rosuvastatin

Реферат. У 22 больных с раком молочной железы в сочетании со стабильной стенокардией напряжения II и III функционального класса было проведено изучение изменения антикоагулянтного и фибринолитического потенциала в процессе шестимесячного лечения телмисартаном, бисопрололом и розувастатином. Проведенные исследования показали, что в процессе лечения отмечалось существенное повышение антикоагулянтной и фибринолитической активности эндотелия за счет активации протейна С и антитромбина III, а также вследствие угнетения активности плазминогена и снижения содержания ингибитора активатора плазминогена-1.

Abstract. In 22 patients with breast cancer in combination with stable angina-of-effort II and III functional class, changes in the anticoagulant and fibrinolytic potential in the course of six months treatment with telmisartan, bisoprolol and rosuvastatin were studied. Studies have shown that in the course of treatment there was a significant increase in anticoagulant and fibrinolytic activity at the expense of activation of endothelial protein C and antithrombin III and due to inhibition of plasminogen activity and reduction of inhibitor of plasminogen-1 activator content as well.

На сьогоднішній день рак молочної залози та ІХС розглядаються як епідеміологічні проблеми, оскільки серед основних факторів ризику серцево-судинних захворювань та метастазування раку молочної залози ендотеліальна дисфункція і порушення коагуляційного гомеостазу [1, 2] мають істотне значення. Доведеними факторами ризику, що використовуються в сучасних моделях оцінки ризику виникнення серцево-судинних захворювань (ССЗ), є коагулянтна та фібринолітична дисфункція ендотелію.

У зв'язку з цим ендотеліальна дисфункція у пацієнтів з раком молочної залози призводить до ураження органів-мішеней: серця, нирок, печінки та інших [4].

На сьогоднішній день показано покращення виживання хворих, а також гальмування прогресування симптомів і збільшення антикоагулянтного потенціалу плазми крові при застосуванні поєднаної терапії телмісартаном, бісопрололом та розувастатином [5, 6].

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під спостереженням знаходились 22 прооперовані онкологічно хворі пацієнти з ІХС. Серед обстежених пацієнтів у 10 відзначалась стабільна стенокардія напруги II функціонального класу (1-а група) і у 12 – стабільна стенокардія напруги III функціонального класу (2-а група).

Хворим призначалась поєднана терапія телмісартаном, бісопрололом та розувастатином протягом шести місяців.

Статистичний аналіз отриманих результатів проводився шляхом варіаційного та кореляційного аналізів по стандартних програмах.

З метою контролю була обстежена група здорових осіб відповідної статі та віку в кількості 10 осіб. Кров для визначення активності протеїну С, антитромбіну III, інгібітора тканинного активатора плазміногену-1 (ІТАП-1) та плазміногену брали до та після проведення лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як показали проведені дослідження, вихідні показники протеїну С і антитромбіну III до проведення венооклюзивного тесту були знижені відносно контрольної групи здорових: 1-а група – на 4,8% і 2,3%; 2-а група – на 6,1% ($p<0,05$) і 6,7%, а показники ІТАП-1 та плазміногену – підвищені, відповідно 1-а група – на 27,7%

($p<0,001$) і 2,8%; 2-а група – на 50,0% ($p<0,001$) і 8,6%.

Після проведення венооклюзивного тесту відзначалась тенденція до зниження рівня протеїну С і антитромбіну III як у контрольній групі здорових, так і в пацієнтів з ХСН II та III функціонального класу.

При аналізі динаміки змін ІТАП-1 та плазміногену відзначалось, що їх рівні також мали достовірну тенденцію до зниження після проведення венооклюзивного тесту, однак їх показники у другій групі достовірно перевищували дані у здорових. Водночас слід відмітити, що різниця між всіма показниками (Δ) до та після проведення венооклюзивного тесту була достовірно нижчою порівняно з контролем.

Таким чином, аналіз вихідних показників споживання протеїну С показав, що з наростанням тяжкості ССН відзначалось прогресуюче недостатнє споживання протеїну С, зумовлене, напевно, зниженням активності тромбомодуліну, який характеризує функціональний стан ендотелію і ступінь його змін, є маркером ендотеліальної дисфункції і може сприяти локальному тромбоутворенню внаслідок істотного зниження антикоагулянтної функції ендотелію. Водночас відзначалось і зменшення антикоагуляційного ефекту за участю антитромбіну III. Як відомо, фібринолізрегулююча функція ІТАП-1 залежить великою мірою від активності протеїну С і з прогресуванням функціонального класу прогресує і порушення механізму елімінації надлишку ІТАП-1, зумовлене дисфункцією ендотелію, що може призводити до гальмування утворення плазміну та сприяти внутрішньосудинному тромбоутворенню.

Після курсу лікування телмісартаном, бісопрололом та розувастатином протягом шести місяців до проведення венооклюзивного тесту спостерігалось збільшення рівня протеїну С та антитромбіну III відносно даних до лікування, яке в 1-й групі становило 2,1% і 1,5 %; у 2-й – 1,9% і 3,7%, та зменшення рівня ІТАП-1 і плазміногену: 1-а група – на 15,4% ($p<0,01$) і 1,7%; 2-а група – 21,4% ($p<0,001$) і 4,7%. Після проведення венооклюзивного тесту в кінці курсу лікування у хворих на рак молочної залози у поєднанні з ІХС рівень протеїну С практично не змінювався відносно даних до лікування, а в 2-й групі він

мав тенденцію до збільшення. При цьому рівень активності антитромбіну III після проведення венооклюзійного тесту неістотно відрізнявся від даних до лікування, а показники ΔВОТ протеїну С та антитромбіну III істотно зростали в обох групах. Дослідження змін ІТАП-1 та плазміногену після курсу лікування після проведення ВОТ свідчило, що їх рівні мали тенденцію до зниження відносно даних до лікування.

Проведений контроль у кінці курсу лікування підтвердив, що терапія телмісартаном, бісопрололом та розувастатином протягом шести місяців сприяла підвищенню показників споживання протеїну С і антитромбіну III, що свідчило про

відновлення антикоагулянтного потенціалу ендотелію на тлі збільшення інактивації ІТАП-1 і споживання плазміногену і, як наслідок – зростання фібринолітичної активності.

ВИСНОВКИ

1. Стабільна стенокардія напруги у хворих на рак молочної залози супроводжується розвитком ендотеліальної дисфункції, яка проявляється зростанням коагулянтних та пригніченням фібринолітичних властивостей плазми крові.

2. Проведення лікування телмісартаном, бісопрололом та розувастатином протягом шести місяців сприяє збільшенню антикоагулянтного та фібринолітичного потенціалу плазми крові.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Затейщиков Д.А. Изучение антикоагулянтных свойств эндотелия с помощью стандартного венооклюзивного теста / Д.А. Затейщиков, А.Б. Добровольский // Бюл. эксперим. биологии и медицины. - 1992. - № 12. - С. 605-608.

2. Затейщикова А.А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение / А.А. Затейщикова, Д.А. Затейщиков // Кардиология. - 1998. - № 9. - С. 68-80.

3. Корзун А.И. Сравнительная характеристика ингибиторов АПФ / А.И. Корзун, М.В. Кириллова // Экология человека. - 2003. - № 2. - С. 16-22.

4. Лопатин Ю.М. От исследования «НОРЕ» к исследованию ONTARGET: «НАДЕЖДА» достигь

«цель» -улучшить прогноз у больных высокого риска / Ю.М. Лопатин // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2006. - № 4. - С. 47-52.

5. Сыркин А.Л. Место бисопролола в лечении заболеланий сердечно-сосудистой системы / А.Л. Сыркин, А.В. Добровольский // Рос. мед. журнал.-2013. - № 5. - С. 58-61.

6. Blocade of the angiotensin II type 1 receptor stabilizes atherosclerotic plaques in humans by inhibiting prostaglandin E2-dependent matrix metalloproteinase activity / F. Cipolione, M. Fasio, A. Iezzi [et al.] // Circulation.- 2004. - Vol. 109. - P. 1482-1488.



УДК 613. 84:616.235-053.2:612.1:577.17

*В.І. Чергінець,
Н.С. Башкірова**

КОРТИЗОЛ СИРОВАТКИ КРОВІ ТА ЧУТЛИВІСТЬ БРОНХІАЛЬНИХ РЕЦЕПТОРІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ ЗАЗНАЮТЬ ВПЛИВУ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра пропедевтики дитячих хвороб
кафедра сімейної медицини ФПО**

Ключові слова: *тютюновий дим, діти, кортизол, бронхіальні рецептори*
Key words: *tobacco smoke, children, cortisol, bronchial receptors*

Реферат. *В условиях нагрузки табачным дымом происходят изменения в чувствительных бронхальных рецепторах детей. В работе представлена попытка определить, меняется ли в этих условиях способность надпочечников поддерживать определенные уровни кортизола в плазме крови.*

Abstract. *In loading with tobacco smoke changes in the children`s bronchial sensitive receptors take place. In this work an attempt to determine whether these conditions change the ability of the adrenal glands to maintain certain levels of cortisol in the blood plasma is presented.*

В умовах виникнення та перебігу патологічних процесів, під дією різних стресових факторів у цілісному організмі починають діяти різні компенсаторні механізми, реалізація яких відбувається як на місцевому рівні, так і за рахунок змін у режимах функціонування окремих систем [3]. Тютюнопаління є важливим стресовим фактором, негативний вплив якого з часом може призвести до формування бронхообструктивного синдрому [1, 5]. Участь ендокринної системи в патогенезі бронхообструктивного синдрому і адаптації до стресової ситуації, яку спричиняє тютюновий дим, вже підтверджена та не викликає сумніву [6].

Можна припустити, що в умовах навантаження тютюновим димом безпосередній вплив ендокринної системи на бронхи, а саме на здатність наднирників підтримувати певні рівні кортизолу в плазмі крові, позначається на чутливості рецепторного апарату бронхіального дерева [6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для дослідження змін чутливості бронхіальних рецепторів у відповідь на дію тютюнового диму в умовах різної функціональної активності наднирників нами було обстежено 74 дитини (32 хлопчики та 42 дівчинки) віком від 7 до 10 років. Обстежені діти були розподілені на три групи залежно від статусу курця. Групу некурців склали 16 дітей, пасивних курців – 50 та активних курців – 8 обстежених дітей.

Одним з етапів нашої роботи було вивчення секреції глюкокортикоїдів у дітей-курців через те, що функціональний стан бронхів значною мірою визначається особливостями їх секреції. В організмі людини останні регулюють синтез клітинних білків [2], мають протизапальний ефект, виступають як імуномодулятори [4]. Вказані напрямки їх дії дозволяють очікувати, що рівні глюкокортикоїдів у крові впливають на стан неспецифічної чутливості бронхів у дітей, які постійно перебувають у стресових умовах, тобто є курцями. Тому в 74 дітей з різним статусом курця, крім клініко-функціональних досліджень, визначали вміст кортизолу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Статистичний аналіз результатів показав, що у дітей з різним статусом курця рівні кортизолу характеризуються широким розкидом (92-576,7 нмоль/л) і в більшості пацієнтів (у 70 з 74) знаходяться в межах норми ($P_{K3} < 0,01$). Підвищення вмісту кортизолу в сироватці крові (гіперкортицизм) було діагностовано лише в однієї дитини з групи пасивних курців, а гіпокортицизм – у 3 дітей-курців (двох активних та одного пасивного). Різниця в частоті реєстрації концентрації кортизолу в сироватці крові поза межами норми між групами дітей з різним статусом курця не виявлено ($\chi^2 = 1,2 < \chi^2_{05} = 5,99$ або $p > 0,05$).

Нами не знайдено й залежності між рівнями вмісту в сироватці крові кортизолу в крові з одного боку та статтю дітей – з другого (рис. 1).

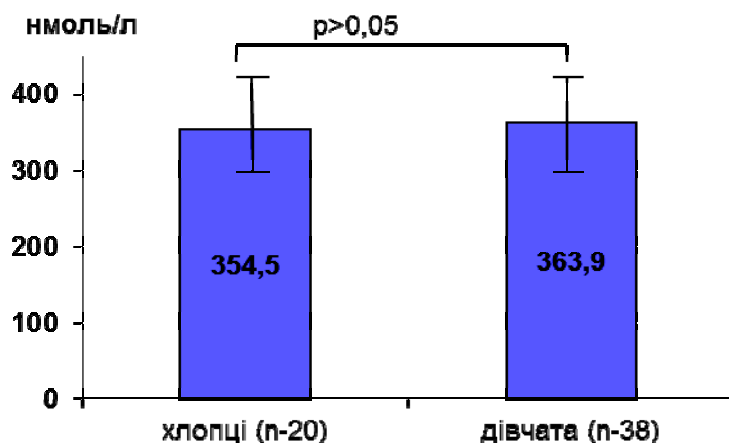


Рис. 1. Середні показники вмісту кортизолу в сироватці крові у дітей-курців залежно від статі

Головним завданням було визначити зміни функціонального стану чутливих бронхіальних рецепторів під впливом тютюнового диму в умовах різних рівнів кортизолу, тому статистичний

аналіз проводили окремо у групах з різним функціональним станом наднирників.

Встановлено, що у групі дітей, рівні кортизолу в сироватці крові яких знаходились у межах

норми, показав, що зміни у функціональному стані чутливих рецепторів бронхів у курців та у некурців статистично не відрізнялись. Так, результати інгаляційного бронхопровокаційного тесту з ацетилхоліном показали, що стан підвищеної неспецифічної бронхіальної чутливості до ацетилхоліну мали лише 3 дітей з групи курців та жодна дитина, яка не зазнавала впливу тютюнового диму ($\chi^2=0,07 < \chi^2_{05}=5,99$ або $p > 0,05$).

Стан ПБР за даними інгаляційного бронхопровокаційного тесту з неізотонічним подразником було діагностовано у 3 з 16 некурців та у 15 з 54 курців ($\chi^2=0,16 < \chi^2_{05}=5,99$ або $p > 0,05$).

Бронхоспазм після фізичного навантаження за результатами бронхопровокаційного тесту з дозованим фізичним навантаженням був зареєстрований у 15 курців та лише у 2 некурців, але статистично ці частоти не відрізнялись ($\chi^2=0,85 < \chi^2_{05}=5,99$ або $p > 0,05$).

Серед трьох дітей, які мали рівні кортизолу в сироватці крові нижчі норми, в жодній дитині не було діагностовано стан ПБР та БФН. Лише в одній дитині з групи пасивних курців було зареєстровано підвищену бронхіальну чутливість до ацетилхоліну. Статистичних розбіжностей щодо частоти реєстрації змін чутливості бронхів у дітей з різним статусом курця не виявлено ($p > 0,05$).

У одній дівчині 13 років, у якої рівень кортизолу перевищував верхню межу норми, не було зареєстровано змін у функціональному стані чутливих бронхіальних рецепторів.

Порівняння середніх показників вмісту кортизолу в сироватці крові дітей-курців між групами з різними рівнями бронхіальної чутливості до ацетилхоліну показало, що між цими показниками існує певний зв'язок (рис. 2.).

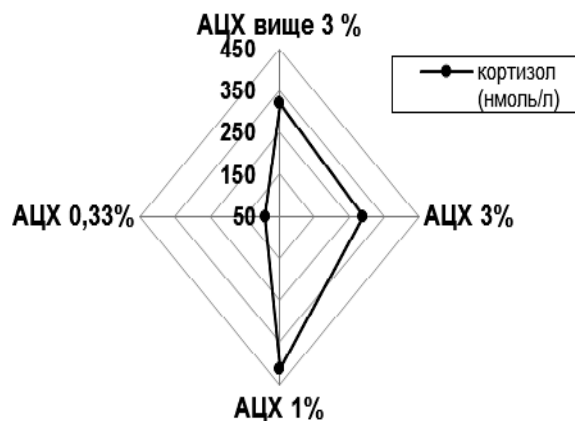


Рис. 2. Середній вміст кортизолу в крові у дітей-курців залежно від чутливості бронхів до ацетилхоліну

На наш погляд, цей результат відображає особливості функціональної активності наднирників у дітей з підвищеною чутливістю дихальних шляхів в умовах стресу, викликаного тютюнопалінням. Отримані дані свідчать про те, що стимуляція та напруженість функції наднирників зростає разом з підвищенням у курців ступеня бронхіальної чутливості. Разом з тим існують високі рівні бронхіальної чутливості до ацетилхоліну, на яких спостерігається виснаження функції наднирників та зрив механізмів адаптації, що проходять через них. Цей зрив адаптації і призводить до реалізації негативного впливу тютюнового диму на інші патогенетичні ланки регуляції просвіту бронхів.

Однак вказана схема тільки припущення, оскільки існує лише тенденція до названих змін, статистичні розбіжності не вірогідні ($p > 0,05$).

Додатковий аналіз даних за допомогою методу статистичного прогнозування, результат якого відображено лінією тренду з високим коефіцієнтом апроксимації (рис. 3.), дозволяє вважати, що виявлена тенденція є реально існуючою.

Таким чином, представлені в цьому розділі результати дослідження показали, що в дітей, які зазнають впливу тютюнового диму активно чи пасивно, зміни у функціональному стані чутливих рецепторів бронхів (осморекторів слизової оболонки, холінорецепторів) не залежать від функціональної активності наднирників.

Змін функціонального стану чутливих бронхіальних рецепторів під впливом тютюнового диму в умовах різного ендокринного фону з боку наднирників знайдено не було.

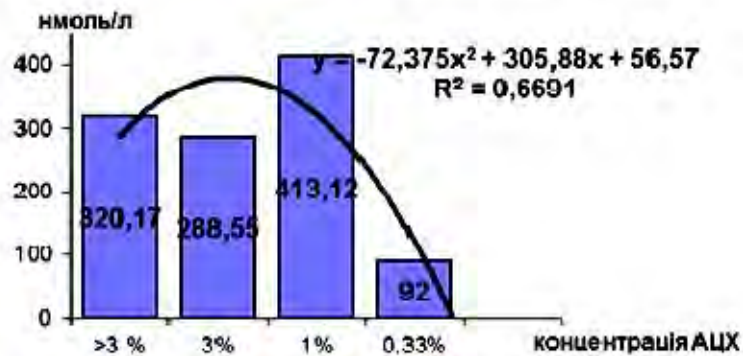


Рис. 3. Зміни вмісту кортизолу в крові дітей-курців при різній чутливості бронхів

Порушень функціонального стану холінорецепторів, осморецепторів у курців та некурців у групах з різною функціональною активністю наднирників не виявлено ($P\chi^2 > 0,05$). Також не було виявлено змін у регуляції тонуусу бронхів з боку вегетативного відділу ЦНС у курців та некурців у жодній групі ($P\chi^2 > 0,05$).

Вказані дані, на нашу думку, пов'язані з нетривалим стажем тютюнопаління у дітей.

Середні показники секреції кортизолу у дітей, які зазнають впливу тютюнового диму, суттєво не залежать від базальних рівнів бронхіальної чутливості до ацетилхоліну. Однак доведено

реальне існування тенденції до стимуляції функціональної активності наднирників за рахунок кортизолу у дітей з підвищеною бронхіальною чутливістю, які зазнають стресу, викликаного тютюнопалінням. Разом з тим при досягненні високих рівнів бронхіальної чутливості може відбуватися виснаження функції наднирників та зрив механізмів адаптації. Цей зрив адаптації і призводить до реалізації негативного впливу тютюнового диму на різні патогенетичні ланки регуляції бронхіальної прохідності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гашинова К.Ю. Роль парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи в патогенезі бронхіальної обструкції у хворих на бронхіальну астму та хронічний обструктивний бронхіт / К.Ю. Гашинова // Медичні перспективи. – 2000. – Т. V, № 4. – С. 52-57.
2. Теппермен Дж. Физиология обмена веществ и эндокринной системы. Вводный курс / Дж. Теппермен, Х. Теппермен [пер. с англ.] – М.: Мир, 1989. – 656с.
3. Чергінець В.І. Клініко-функціональна характеристика неспецифічної бронхіальної гіперчутливості у дітей, хворих на бронхіальну астму: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / В.І. Чергінець. – Д., 2001. – 39 с.
4. Chrousos G.P. Stressors, stress and neuroendocrine integration of the adaptive response / G.P. Chrousos // Ann. N. Y. Acad. Sci. – 2008. – Vol. 851. – P. 311-335.
5. Rona R.J. Lung function, respiratory illness, and passive smoking in British primary school children / R.J. Rona, S. Chinn // Thorax. – 1993. – Vol 48. – P. 21-25.
6. The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyperresponsiveness and inflammation / B.W.M. Willemse, D.S. Postma, W. Timens [et al.] // Eur. Resp. J. – 2004. – Vol. 23. – P. 464-476.



УДК 616.831-005.1:616.89-008.454-085:612.8-036

О.В. Погорелов

КЛІНІКО-НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ОПТИМІЗАЦІЇ ТЕРАПІЇ ТРИВОГИ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра неврології та офтальмології
(зав. – д. мед. н., проф. В.М. Школьник)*

Ключові слова: тривога, цереброваскулярні захворювання, спонтанна біоелектрична, викликана біоелектрична активність

Key words: anxiety, cerebrovascular diseases, spontaneous bioelectric activity, evoked brain potentials

Реферат. В результаті проведеного клініко-нейрофізіологічного дослідження 56 пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями та пов'язаними тривожними синдромами встановлено, що застосування транквілізуючих препаратів в схемі курсового лікування цілесобразно з урахуванням клінічних та нейрофізіологічних критеріїв. Такими критеріями можна вважати зменшення балів клініко-нейропсихологічної шкали тривоги Гамільтона на рівні 50% або більше, збільшення амплітуди викликаних потенціалів головного мозку переважно коркової та лимбіко-ретиккулярно пов'язаної фази відповіді, зменшення деформацій основної активності при електроенцефалографії та зростання показників динамічності, лабільності у пацієнтів з низько-амплітудними та торpidними типами спонтанної активності головного мозку.

Abstract. As a result of clinical and neurophysiological study of 56 patients with cerebrovascular diseases and related anxiety syndromes it was found that the use of tranquilizing drugs in the scheme of the course of treatment is advisable in the view of clinical and neurophysiological criteria. These criteria may be considered as decreasing points of neuropsychological Hamilton anxiety scale at the level of 50% or more, increase in the amplitude of evoked potentials of the brain predominantly of cortical and limbic-reticular related response phase, reduce of strain in the main brain activity and growth of dynamic ability of the brain in patients with low-amplitude and torpid types of spontaneous brain activity.

Цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) залишаються актуальною проблемою внаслідок постійно високого рівня медичних та соціальних проблем, пов'язаних з ЦВЗ [1, 4, 7]. Внаслідок виникнення поліморфних порушень емоційного стану у цих пацієнтів, одними з яких є тривожні синдроми, лікування таких розладів також становить значну проблему [6, 7].

Мета роботи – визначення клініко-нейрофізіологічних критеріїв ефективності терапії тривоги пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено клініко-нейрофізіологічне дослідження 56 пацієнтів з ЦВЗ та тривожними синдромами у віці від 41 до 68 років, середній вік 58 років, з них - 23 чоловіки та 33 жінки. Нозологічні форми в обстежених пацієнтів – церебральний атеросклероз (ЦА) – 21 (37,5%), гіпертонічна хвороба – 35 (62,5%), ЦА з артеріальною гіпертензією – 18 (32,1%). 42 пацієнти із загальної групи раніше перенесли гострі порушення мозкового кровообігу ішемічного типу, з них транзиторні ішемічні атаки (ТІА) – 32 (57,1%), інфаркти мозку (ІМ) -10 (17,8%), повторні ІМ – 4

(7%), ІМ, яким передували повторні ТІА – 5 (8%). Всі пацієнти мали скарги на наявність тривоги як постійного симптому клінічної картини захворювання без порушень критичного ставлення до свого стану. У стандартний курс лікування включено транквілізуючий препарат з формулою 2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетразабіцикло-(3,3,0)-октадіон-3,7.

До лікування та після нього було застосовано клініко-неврологічне обстеження за поглибленою методикою, використані широковідомі та застосовувані у практичній медицині шкали оцінки тривоги Гамільтона [5]. Ця шкала включає симптоми тривожного настрою, фобічні, симптоми емоційної напруженості, порушення сну, депресивного стану. Електрофізіологічне дослідження включало електроенцефалографію (ЕЕГ) з обчисленням спектральних потужностей та метод зорових викликаних потенціалів (ЗВП) мозку з оцінкою візуальних та параметричних даних кожного компоненту ЗВП [2, 3].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що клінічна характеристика хворих включала наявність мікроегнищевої симптоматики (слабкість конвергенції,

недостатність функції мозкових нервів - 31 (55,3%), вестибулярні синдроми – 37 (66%), гіперрефлексія, анізорефлексія, центральні нерірко виражені парези, наявність патологічних симптомів та інше – 35 (62,5%). За даними ЕЕГ встановлено наявність низькоамплітудних та сплосчених типів ЕЕГ у 41 (73,2%), зі збереженою альфа- активністю - 7,1% пацієнтів, гіперсинхронні – 10,7%, з високим індексом низько-частотної (тета- активності) – 16,01%, з типовими епілептиформними феноменами – 1,7%. Наявність так званої «деформації» ритміки мозку визначалась візуально, за критеріями симетрії висхідної та низхідної фази коливань ЕЕГ, змін тривалості одного коливання, зменшенням або відсутністю модуляції ритму на ЕЕГ, краніотопічними невідповідностями.

Отримані в результаті дослідження показники викликаної зорової довголатентної активності для компонентів від P1-N1 до P3-N3 були зіставлені з клінічними характеристиками хворих і подальшою динамікою відновлення.

Компоненти проміжної фази (P2-N2) є потенціалом, який виникає внаслідок активації та включення в обробку зорової інформації первинних асоціативних зон головного мозку, на цьому етапі активуються ретикулярні та лімбіко-ретикулярно пов'язані механізми розвитку нейронального збудження, що вірогідно беруть участь у формуванні емоційних порушень, компоненти P3-N3 переважно вважаються зумовленими активністю кори мозку в тісній взаємодії з лімбічними структурами та рекурсією аферентного потоку в асоціативних зонах кори та вертикальними кірково-підкірковими циркуляціями. Внаслідок таких взаємодій викликані потенціали є стосовними до суттєвих змін церебральної нейродинаміки і клінічних проявів тривоги. Амплітудні показники компонентів ЗВП у пацієнтів з тривогою на фоні ЦВЗ становили для P3, N3 від 7 до 20 мкВ (середні значення для P2-N2 становили 4,12; контроль - 7,65 ± 0,08; $p < 0,05$ порівняно з контролем).

Після курсового лікування було оцінено клінічний статус та динаміку значень шкал Гамільтона та нейрофізіологічних показників. Встановлено, що достовірних змін мікровогнищевієї симптоматики не спостерігалось, при

цьому рівень тривоги та суб'єктивна оцінка виразності, тривалості, частоти проявів тривоги у пацієнтів була значно зменшена. Так, значення за шкалою Гамільтона до лікування та після нього становило 18,9±2,35 та 9,91±1,68. Такий результат є достовірним за ступенем зниження рівня тривоги в рамках цієї методики.

Нейрофізіологічні показники виявили зміни, залежні від типу спонтанної біоелектричної активності та функціональних, адаптаційних характеристик ЕЕГ. Так, у пацієнтів з переважанням у спектрі ЕЕГ низькочастотних ритмів – (у групі досліджених це переважно тета – діапазон) встановлено зниження його спектральної потужності, дифузні деформації основного ритму виявили більш значну стійкість при курсовому лікуванні, у 15 (26,78%) нароста загальна потужність альфа – діапазону активності. У пацієнтів з порушенням динамічних якостей спонтанної активності зареєстровано зростання лабільності, що є позитивним симптомом, особливо при низькоамплітудних та торпідних типах ЕЕГ. За даними дослідження викликаної активності встановлено наявність змін переважно амплітудних (мкВ) показників компонентів ЗВП у пацієнтів з тривогою. Так, для P3, N3 показники до курсу становили 4,12 мкВ; після – 4,96; контроль - 7,65±0,08; при цьому виявлена тенденція до покращання значень без повної нормалізації, ($p < 0,05$ порівняно з контролем). У підсумку зроблено узагальнення, що рівень тривожних розладів при ЦВЗ можливо зменшити адекватною фармакотерапією, при цьому доцільно враховувати клінічні та нейрофізіологічні залежності динаміки лікування з оцінкою показників спонтанної та викликаної активності головного мозку.

ПІДСУМОК

Зроблено висновок, що динаміку показників клінічних шкал можливо використовувати як критерій контролю ефективності терапії тривоги у пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями, при цьому нейрофізіологічними критеріями сприятливого ефекту терапії є переважно амплітудні показники зорових викликаних потенціалів, зниження спектру низькочастотної активності при електроенцефалографії та відновлення деформацій спонтанної активності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бакунц Г.О. Эндогенные факторы церебрального инсульта / Г.О. Бакунц. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2011. – 360 с.
2. Гнездицкий В.В. Атлас по вызванным потенциалам мозга / В.В. Гнездицкий О.С. Корепина. – М.: ПресСто, 2011. – 532 с.

3. Оценка функционального состояния мозга по показателям когнитивных вызванных потенциалов P300 и акустических стволовых вызванных потенциалов у больных, перенесших полушарный

ишемический инсульт / И.А. Григорова // Укр. неврол. журнал. – 2013. – № 2. – С. 34-38.

4. Мищенко Т.С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний в Украине / Т.С. Мищенко // Практична ангіологія. – 2009. – Т. 1, № 1. – С. 5.

5. Шкали, тести і опитувальники в медичній реабілітації / под ред. А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М.: Антидору, 2002. – 440 с.

6. Bandelow B. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care / B. Bandelow // Int. J. Psychiatry Clin. Pract. – 2009. – Vol. 16, N 2. – P. 77-84.

7. Cardiovascular risk factors and dementia / H. Fillit [et al] // Am. J. Geriatr. Pharmacother. – 2008. – Vol. 6, N 2. – P. 100-118.



УДК 616.24-007.272-036.1-002:611.018.74-008.6

Н.А. Ефимова

ВЛИЯНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХОЗЛ НА ПОКАЗАТЕЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра семейной медицины ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Н.Д. Чухриенко)

Ключевые слова: ХОЗЛ, эндотелиальная дисфункция, обострение
Key words: COPD, endothelial dysfunction, exacerbation

Реферат. Метою нашого дослідження було вивчення впливу активного тютюнопаління на концентрацію оксиду азоту (NO), що видихається, у пацієнтів, які страждають на ХОЗЛ. Обстежено 58 чоловіків з III і IV стадіями ХОЗЛ. Виділено групи залежно від статусу паління і фази захворювання. ФВД визначалась спірографом MasterLab (Jaeger), концентрація NO – апаратом Niox Mino (Aerocrine). Встановлено, що у пацієнтів, які не палять, концентрація NO, що видихається, вірогідно вище, ніж у курців, при цьому статистично значущі відмінності відзначались у пацієнтів як при загостренні, так і при ремісії. У курців при загостренні рівень NO вірогідно корелював з віком пацієнтів, у тих, хто не палить, при ремісії – з частотою загострень ХОЗЛ. Не виявлено вірогідно зв'язку між рівнем NO і стажем захворювання, а також ФВД. Таким чином, висока концентрація NO, що видихається, у пацієнтів, які не палять, при загостренні може бути предиктором частих загострень ХОЗЛ. Рівень NO в повітрі, що видихається, у пацієнтів з III-IV стадією ХОЗЛ не залежить від тривалості захворювання і не корелює з показниками ФВД.

Abstract. Aim: to evaluate influence of tobacco smoking on exhaled NO (eNO) concentration in patients with stable COPD and during COPD acute exacerbation (AE). 58 men with COPD, stage III-IV, were divided into groups depending on smoking status and stability of disease. Pulmonary function tests (by MasterLab, Jeger); eNO concentration (by Niox Mino, Aerocrine) were performed in all patients. All groups was similar regarding to age and duration of disease. In general, eNO concentration in never-smokers groups were significantly higher than in smokers groups. Statistically significant changes between smokers and non-smokers were demonstrated both in patients with AE of COPD and in stable patients. In smokers group, in exacerbation eNO reliably correlates with patient's age, in non-smokers group with COPD exacerbation rate. We did not find any statistically significant correlation between eNO level and pulmonary function tests. Thus, never-smokers with AE COPD, who have higher eNO concentration, demonstrate more frequent AE COPD rate; AE COPD in smokers associates with increasing eNO production in the course of age; eNO did not correlate with pulmonary function in patients with COPD, stage III-IV.

В физиологических условиях расслабление бронхов может реализовываться через накопление NO. У здоровых людей в образовании эндогенного NO преимущественно участвуют верхние дыхательные пути [1, 3]. NO образуется из аминокислоты L-аргинина [6].

При воспалении избыточное накопление NO в результате активации приводит к увеличению сильнейших оксидантов – пероксинитритного аниона и пероксинитритной кислоты, вызывающей образование гидроксильного радикала [5, 6]. Накопление токсичных свободных радикалов

вызывает реакцию перекисления липидных клеточных мембран, расширение и углубление имеющегося воспаления дыхательных путей за счет увеличения сосудистой проницаемости, появление воспалительного отека. При активации процессов свободнорадикального окисления NO принимает участие в образовании свободных радикалов, способных вызвать токсическое повреждение дыхательных путей и усилить воспаление [2, 4, 6].

До настоящего времени проводились единичные исследования, посвященные изучению влияния обострения ХОЗЛ на концентрацию NO в выдыхаемом воздухе. Однако на сегодняшний день нет доказанной тенденции в отношении изменения концентрации NO в выдыхаемом воздухе, исходя из активности патологического процесса при ХОЗЛ.

Целью исследования было изучение влияния обострения ХОЗЛ на концентрацию NO в выдыхаемом воздухе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Обследовано 58 мужчин (средний возраст – 61,33±1,01 года, средняя продолжительность заболевания – 7,17±0,77 года), страдающих ХОЗЛ III и IV стадий, получающих терапию бронхолитиками длительного действия и ингаляционными глюкокортикостероидами. Стадия и фаза ХОЗЛ были установлены в соответствии с критериями, изложенными в Приказе МЗ Украины № 128 от 19.03.2007 года.

Все обследованные были разделены на 2 группы в зависимости от фазы патологического процесса: группу 1 составили 29 больных ХОЗЛ в фазе ремиссии, группу 2 – 29 больных в фазе

обострения. Поскольку, по литературным данным, уровень NO у курящих и некурящих пациентов отличается, мы выделили подгруппы исходя из наличия фактора курения: 1а – 19 курящих больных (индекс пачка/лет – 41,40±12,23), 1б – 10 некурящих пациентов, 2а – 18 курящих больных (индекс пачка/лет – 44,50 ± 12,88), 2б – 11 некурящих пациентов.

Для верификации диагноза ХОЗЛ всем больным определялись показатели функции внешнего дыхания (ФВД) с помощью спирографа MasterLab (Jaeger, Германия), анализировались уровни объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), соотношения ОФВ₁/ФЖЕЛ₁; проводился тест на обратимость бронхиальной обструкции с β₂-агонистом короткого действия (вентолин).

Концентрацию NO в выдыхаемом воздухе определяли с помощью аппарата Niox Mino (Aerocrine, Швеция).

Исследования проводились с 8 до 10 утра, натощак, до приема лекарственных препаратов.

Никотиновую зависимость (НЗ) оценивали по анкете Фагерстрема.

Для статистической обработки использовалась программа «Статистика 6» с определением средней арифметической, критерия достоверности различий, уровня значимости отличий. Также проводился корреляционный анализ между показателями.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все группы больных были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, частоте обострений в году, показателям ФВД (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика обследованных больных (M±m)

Показатели	Группы	
	1 (n = 29)	2 (n = 29)
Возраст, годы	61,13 ± 1,47	62,54 ± 1,86
Длительность заболевания, годы	7,45 ± 1,45	8,00 ± 1,44
Число обострений в году	2,65 ± 0,29	2,65 ± 0,38
NO в выдыхаемом воздухе, ppb	12,48 ± 1,56	14,63 ± 1,87
ОФВ ₁ , % к должным	42,14 ± 2,04	37,63 ± 1,89
ФЖЕЛ, % к должным	72,44 ± 1,63	69,41 ± 2,71

Примечание. p > 0,05 для каждого показателя во всех подгруппах больных.

В целом у пациентов группы 2 уровень NO в выдыхаемом воздухе, независимо от наличия

фактора курения, повышался недостоверно (p>0,05) (рис.1).

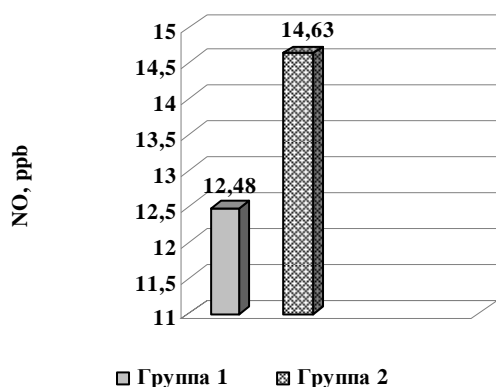


Рис. 1. Уровень NO в выдыхаемом воздухе у пациентов 1 и 2 групп

Все подгруппы больных были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, частоте обострений в году, показателям ФВД (табл. 2).

Больные подгрупп 1а и 1б, а также подгрупп 2а и 2б получали сопоставимую терапию.

Подгруппы курильщиков были сопоставимы по основным показателям, характеризующим статус курения и степень НЗ (табл. 3).

У больных ХОЗЛ в фазу обострения независимо от наличия фактора курения отмечается недостоверное повышение уровня NO в выдыхаемом воздухе ($p > 0,05$) (рис. 2).

Таблица 2

Характеристика обследованных больных (M±m)

Показатели	Подгруппы			
	1а (n = 19)	1б (n = 10)	2а (n = 18)	2б (n = 11)
Возраст, годы	59,05 ± 1,82	63,20 ± 1,11	60,90 ± 2,38	64,18 ± 1,33
Длительность заболевания, годы	5,90 ± 1,32	9,00 ± 1,58	5,40 ± 1,46	10,60 ± 1,42
Число обострений в году	3,00 ± 0,22	2,30 ± 0,37	3,30 ± 0,48	2,00 ± 0,27
NO в выдыхаемом воздухе, ppb	9,95 ± 1,30	15,01 ± 1,82	11,44 ± 2,22	17,81 ± 1,51
ОФВ ₁ , % к должным	41,44 ± 1,93	42,84 ± 2,15	37,69 ± 2,02	37,56 ± 1,77
ФЖЕЛ, % к должным	69,36 ± 2,11	75,51 ± 1,14	67,00 ± 3,14	71,82 ± 2,27

Примечание. $p > 0,05$ для каждого показателя во всех подгруппах больных.

У курящих больных независимо от фазы патологического процесса определялось уменьшение концентрации NO в 1,5 раза, что могло способствовать спазму дыхательных путей и являться одним из механизмов развития бронхоконстрикции у курильщиков. Кроме того, снижение уров-

ня NO может свидетельствовать об истощении адаптационных механизмов сосудистой регуляции, эндотелиальной дисфункции и развитии повреждения эндотелия и способствовать прогрессированию сосудистых и гемодинамических нарушений при ХОЗЛ у курящих пациентов.

Таблица 3

Показатели статуса курения в подгруппах курильщиков (M±m)

Показатели	Подгруппы	
	1а (n = 19)	2а (n = 18)
Стаж курения, лет	40,30 ± 9,02	44,10 ± 8,56
Количество выкуриваемых сигарет в день, шт	21,30 ± 5,03	21,70 ± 4,27
Индекс курильщика	255,70 ± 50,01	250,30 ± 51,25
Индекс пачка/лет, п/лет	41,40 ± 12,23	44,50 ± 12,88
Уровень никотиновой зависимости, баллы	5,60 ± 1,85	5,20 ± 0,96

Примечание. $p > 0,05$ для каждого показателя в подгруппах сравнения.

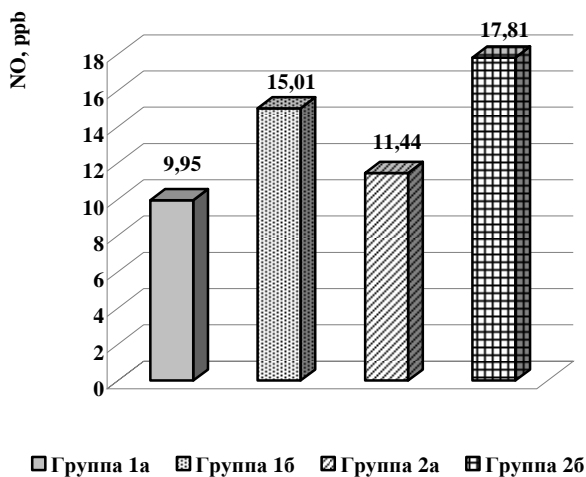


Рис. 2. Уровень NO в выдыхаемом воздухе у пациентов в подгруппах

При обострении ХОЗЛ отмечается тенденция к повышению уровня NO в выдыхаемом воздухе, наиболее вероятно, это обусловлено воздей-

ствием активных форм кислорода и/или эндотоксинов микроорганизмов независимо от наличия в анамнезе фактора курения.

Достоверное отличие концентрации NO в подгруппах с разным статусом курения отмечалось как в период ремиссии ($p = 0,03$), так и обострении ($p = 0,03$).

В стабильном состоянии у пациентов ХОЗЛ 1а и 1б групп отмечаются статистически значимые отличия, таким образом, для верификации обострения ХОЗЛ при стертой клинической симптоматике, с использованием уровня NO, необходимо учитывать наличие фактора курения, поскольку у курящих уровень NO в целом ниже, чем у некурящих.

Обратило на себя внимание то, что во 2а подгруппе уровень NO достоверно коррелировал с возрастом пациентов ($r = 0,53$, $p = 0,02$), в то время как в остальных подгруппах корреляционной связи между данными показателями зарегистрировано не было (рис. 3).

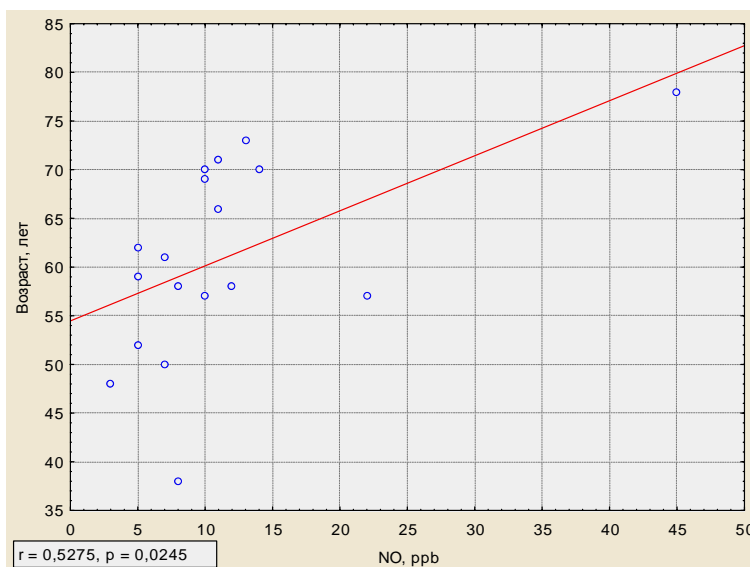


Рис. 3. Взаимосвязь уровня выдыхаемого NO и возраста пациентов в группе 2а

Наиболее вероятно, в фазу обострения ХОЗЛ у курящих больных более старшей возрастной группы окислительные процессы протекают более активно, что обосновывает назначение активной антиоксидантной терапии.

Во 2б подгруппе выявлена достоверная умеренной силы положительная корреляционная связь между уровнем NO и частотой обострений ХОЗЛ ($r = 0,62$, $p = 0,04$) (рис. 4).

Можно предположить, что частые обостре-

ния ХОЗЛ в анамнезе у некурящих пациентов приводят к повышению концентрации NO в выдыхаемом воздухе, что провоцирует спазм дыхательных путей и усиливает воспаление за счет увеличения сосудистой проницаемости и появления воспалительного отека.

Нами не было обнаружено достоверной корреляционной связи между уровнем NO в выдыхаемом воздухе и длительностью заболевания, а также показателями ФВД.

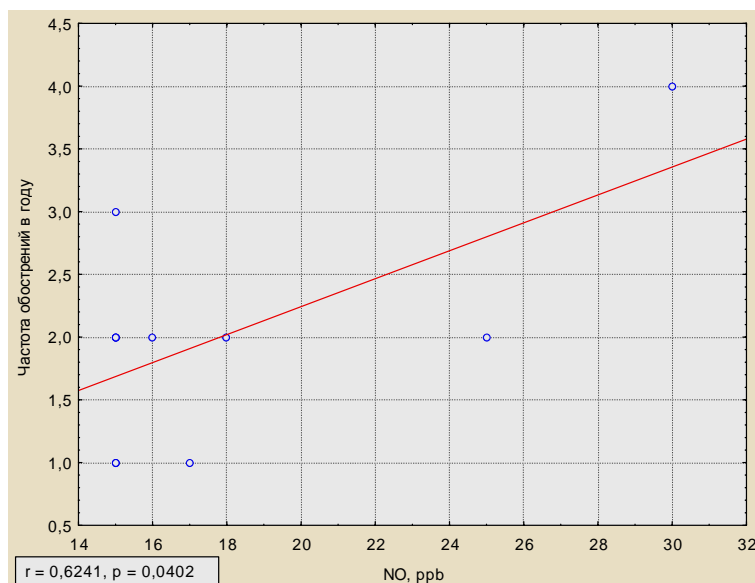


Рис. 4. Взаимосвязь уровня NO в выдыхаемом воздухе и частоты обострений ХОЗЛ в году у больных группы 2б

ВЫВОДЫ

1. Обострение ХОЗЛ не влияет на концентрацию NO в выдыхаемом воздухе.
2. Концентрация NO в выдыхаемом воздухе у курящих больных ХОЗЛ прямо коррелирует с возрастом пациентов.

3. Концентрация NO в выдыхаемом воздухе у некурящих больных ХОЗЛ прямо коррелирует с частотой обострений заболевания в анамнезе.
4. Уровень NO в выдыхаемом воздухе у пациентов с ХОЗЛ не зависит от длительности заболевания и не коррелирует с показателями ФВД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрахманова Л.М. Особенности экспрессии активных форм кислорода клетками крови у больных хроническим бронхитом / Л.М. Абрахманова, У.Р. Фархутдинов, Р.Р. Фархутдинов // Терапевт. архив. – 2001. – Т. 73, № 3. – С. 45–48.
2. Биохимические маркеры воспаления и обструкции бронхов / Н.В. Кулакова, В.А. Невзорова, П.Л. Лукьянова, Б.И. Гельцер // Клинич. медицина. – 2000. – Т. 78, № 3. – С. 36–39.
3. Динамика биохимических маркеров воспаления в очаге эффективности базисной терапии при бронхиальной астме / В.А. Невзорова, Е.В. Просекова, Б.И. Гельцер [и др.] // Терапевт. архив. – 2001. – Т. 73, № 3. – С. 24–27.
4. Соодаева С.К. Оксидантные и антиоксидантные системы легких при хронических обструктивных заболеваниях / С.К. Соодаева // Хронические обструктивные болезни легких / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ЗАО «Изд-во БИНОМ», 2003. – С. 92–111.
5. Halliwell B. Antioxidants in human health and disease / B. Halliwell // Ann. Rev. Nutr. – 1996. – Vol. 16. – P. 33–50.
6. Kharitonov S.A. Exhaled markers of pulmonary disease / S.A. Kharitonov, P.J. Barnes // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2001. – Vol. 163. – P. 1693–1722.



Н.О. Єфімова

ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У КУРЦІВ, ХВОРИХ НА ХОЗЛ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

кафедра сімейної медицини ФПО

(зав. – д. мед. н., проф. Н.Д. Чухрієнко)

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легенів, гіпертонічна хвороба, ендотеліальна дисфункція, ендотелін-1, оксид азоту

Key words: chronic obstructive pulmonary diseases, arterial hypertension, endothelial dysfunction, endothelin-1, nitric oxide

Реферат. *Изучались показатели функции эндотелия у мужчин, которые курят, больных ХОЗЛ, без сопутствующей гипертонической болезни (ГБ) - 14 лиц, и сопутствующей ГБ - 11 лиц. В группу 3 вошло 7 мужчин, которые курят, без признаков бронхообструкции и ГБ; в группу 4 - 7 мужчин без признаков бронхообструкции с установленной ГБ. Изучалась функция внешнего дыхания, концентрация эндотелина-1 (э-1) в плазме крови, оксида азота (NO) в выдыхаемом воздухе, степень табачной нагрузки и никотиновой зависимости (НЗ). Установлено, что среди пациентов с ГБ большинство составляют больные ХОЗЛ III и IV стадий. Несмотря на одинаковую интенсивность курения, более высокая НЗ формируется при отсутствии сопутствующей артериальной гипертензии (АГ). При ХОЗЛ без ГБ наиболее выраженные признаки эндотелиальной дисфункции регистрируются в начале заболевания (I стадия: э-1 - $0,83 \pm 0,04$ пг/мл, NO - $8,25 \pm 1,97$ ppb), затем, за счет компенсаторных механизмов, они стабилизируются (II стадия: э-1 - $0,69 \pm 0,04$ пг/мл, NO - $6,40 \pm 0,68$ ppb), но при дальнейшем прогрессировании бронхообструкции снова ухудшаются (III стадия: э-1 - $0,86 \pm 0,01$ пг/мл, NO - $11,12 \pm 5,3$ ppb). При повышении концентрации э-1 у больных ХОЗЛ, несмотря на наличие или отсутствие ГБ, компенсаторного повышения уровня NO в выдыхаемом воздухе не наступает (группа 1: э-1 - $0,78 \pm 0,08$ пг/мл, NO - $9,07 \pm 1,87$ ppb; группа 2: э-1 - $0,80 \pm 0,03$ пг/мл, NO - $13,27 \pm 2,94$ ppb). Таким образом, ГБ у больных ХОЗЛ является дополнительным фактором, способствующим развитию гипоксии.*

Abstract. *We studied indices of endothelial function in smokers with COPD without arterial hypertension (AH) (14 men) and with concomitant AH (11 men). The group 3 included seven men who smoke without any signs of bronchial obstruction and hypertension. The group 4 - seven men without symptoms of bronchial obstruction with established AH. We evaluated respiratory function, endothelin-1 concentration (E-1) in plasma, nitric oxide (NO) in expired air, degree of tobacco load and nicotine addiction (NA). We found that the vast majority among patients with AH were patients with COPD stages III and IV. Despite the same intensity of smoking, higher NA was formed in patients without AH. Most significant signs of endothelial dysfunction were established in patients without AH in early COPD stage (stage I: E-1 - $0,83 \pm 0,04$ pg / ml, NO - $8,25 \pm 1,97$ ppb), then by compensatory mechanisms they are stabilized (stage II: E-1 - $0,69 \pm 0,04$ pg / ml, NO - $6,40 \pm 0,68$ ppb) but in further progression of bronchial obstruction they worsen again (stage III: E-1 - $0,86 \pm 0,01$ pg / ml, NO - $11,12 \pm 5,3$ ppb). Compensatory increase of NO level was not reached either in presence or absence of hypertension, (group 1: E-1 - $0,78 \pm 0,08$ pg / ml, NO - $9,07 \pm 1,87$ ppb ; Group 2: E-1 - $0,80 \pm 0,03$ pg / ml, NO - $13,27 \pm 2,94$ ppb). So, essential hypertension in patients with COPD could be an additional factor promoting hypoxia.*

Найбільш частими супутніми захворюваннями при ХОЗЛ є: кахексія, гіпотрофія і атрофія скелетних м'язів, артеріальна гіпертонія (АГ), ІХС, серцева недостатність (СН), васкулопатії малого кола кровообігу, інфекційні та онкологічні захворювання дихальних шляхів. Прогноз найбільш несприятливий при поєднанні ХОЗЛ з групою серцево-судинних захворювань [3, 9].

За даними різних авторів, частота АГ у хворих на ХОЗЛ в середньому становить 34,3%. Ряд авторів вважає, що захворювання розвиваються незалежно під впливом схожих чинників ризику [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11].

Ендотелій синтезує вазорелаксуючі (NO, простагландин, чинник гіперполяризації) та вазоконстрикторні (е-1, тромбоксан А2) речовини, а також містить ферменти, здатні впливати на вазоактивні субстанції [12].

При ХОЗЛ є достатньо чинників, що визначають розвиток ендотеліальної дисфункції (ЕД), таких як гіпоксія, підвищення вмісту різних біологічно активних речовин [3, 10]. З іншого боку, поширеність серцево-судинної патології, що супроводжується пошкодженням ендотелію, при ХОЗЛ більше, ніж у популяції [3, 6, 8].

Тютюнопаління є доведеним чинником, що визначає розвиток ЕД і маскує тенденцію до підвищення рівня NO при загостренні ХОЗЛ [12].

Неоднозначність трактування результатів досліджень по вивченню ЕД у хворих на ХОЗЛ з нормальним артеріальним тиском (АТ) і при поєднанні АГ і ХОЗЛ у хворих, які палять, визначило мету дослідження: вивчення показників ЕД у чоловіків, які палять, з ХОЗЛ і впливу супутньої АГ на зазначені параметри.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідження було включено 25 чоловіків, які палять, з ХОЗЛ (I - IV стадії) у фазу ремісії без ознак легеневої гіпертензії. Діагноз ХОЗЛ був встановлений відповідно до критеріїв GOLD (2011) і Наказом МОЗ України № 128 (2007). Усі обстежені були розділені на 2 групи залежно від наявності встановленої АГ. У групу 1 увійшли 14 пацієнтів з нормальним АТ; у 2 - 11 хворих зі встановленою АГ. Хворі груп 1 і 2 отримували порівняну терапію з приводу ХОЗЛ.

У дослідження не були включені пацієнти з симптоматичними АГ, ІХС, цукровим діабетом, інфарктом міокарда або гострою патологією судин головного мозку в анамнезі.

До 3-ої групи увійшли 7 пацієнтів, які палять, без ознак бронхообструкції з нормальним значенням АТ. У групу 4 - 7 пацієнтів, які палять, без ознак бронхообструкції зі встановленою АГ.

Хворі групи 2 і групи 4 отримували порівняну терапію антигіпертензивними препаратами.

Усім хворим визначалася функція зовнішнього дихання (ФЗД) за допомогою спірографа MasterLab (Jaeger, Німеччина), аналізувався рівень об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), форсована життєва місткість легенів (ФЖЕЛ), ОФВ1/ФЖЕЛ1, проводився тест на зворотність бронхіальної обструкції з β2-агоністом короткої дії (вентолін).

Як показник ЕД оцінювалася концентрація e-1 у плазмі крові і рівень NO в повітрі, що видихається. Рівень e-1 визначали імуноферментним методом за допомогою тест-наборів (фірми DRG, США). Концентрацію NO в повітрі, що видихається, визначали за допомогою апарата Niox Mino (Aerocrine, Швеція).

Ступінь тютюнового навантаження визначався згідно з даними, отриманими з розробленого нами опитувальника. Ступінь ніотинової залежності (НЗ) був оцінений за даними анкети Фагерстрема.

Для статистичної обробки отриманих результатів використовувалася програма "Статистика 6" з визначенням середньої арифметичної, критерію достовірності відмінностей, рівня значущості відмінностей.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Всі групи були порівняні за віком. Групи хворих були порівняні за тривалістю ХОЗЛ, кількістю загострень на рік, основним показником, що характеризують ФЗД (табл. 1).

На рисунках 1 і 2 представлений розподіл хворих за ступенем тяжкості ХОЗЛ у групах.

Таблиця 1

Клінічна характеристика хворих у групах (M ± m)

Показники	Групи			
	1 (n = 14)	2 (n = 11)	3 (n = 7)	4 (n = 7)
Вік (роки)	56,86 ± 1,62	61,09 ± 1,41	57,78 ± 1,08	58,67 ± 1,08
Тривалість захворювання (роки)	10,07 ± 1,78	8,27 ± 1,76		
Число загострень на рік	2,00 ± 0,26	2,54 ± 0,43		
Систолічний АТ (мм рт. ст.)	124,64 ± 1,70	143,82 ± 1,69*	122,00 ± 0,82	140,00 ± 0,52*
Діастолічний АТ (мм.рт.ст.)	79,07 ± 1,65	90,73 ± 3,44*	78,00 ± 0,82	92,10 ± 0,88*
ОФВ ₁ (% до належних)	63,80 ± 5,58	55,77 ± 7,36	116,01 ± 5,96*	120,05 ± 4,76*
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ (% до належних)	56,13 ± 3,98	52,07 ± 3,16	81,24 ± 2,08*	84,65 ± 1,09*

Примітки: *p2-1 < 0,05, *p2-3 < 0,05, *p4-1 < 0,05 *p4-3 < 0,05 для показників АТ, *p3-1 < 0,05, *p3-2 < 0,05, *p4-1 < 0,05, *p4-2 < 0,05 для показників ФЗД.

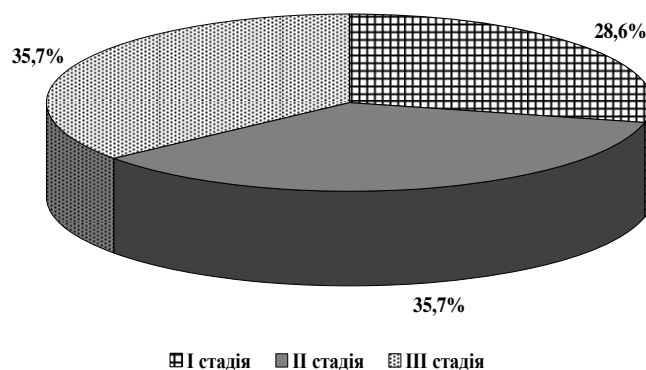


Рис. 1. Розподілення хворих по стадіях ХОЗЛ у групі 1

Незважаючи на те, що в цілому групи були порівняні за основними показниками ФВД, у групі 1 понад половину хворих склали пацієнти з I і II стадією за відсутності пацієнтів зі стадією IV. У групі 2, навпаки, переважали хворі

з III і IV стадіями ХОЗЛ за відсутності хворих з II стадією.

Показники, що характеризують статус паління в групах дослідження, представлені в таблицях 2 і 3.

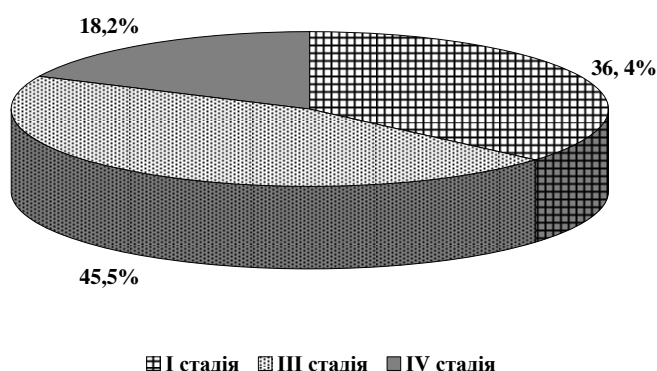


Рис. 2. Розподілення хворих по стадіях ХОЗЛ у групі 2

У групі 1 ступінь НЗ був достовірно вищим, ніж у групах порівняння (табл. 3). Незважаючи на те, що всі обстежені пацієнти мали однакову

інтенсивність паління (табл. 2), ступінь НЗ був вищим у хворих на ХОЗЛ, які палять, без супутньої ГБ.

Таблиця 2

Показники тютюнового навантаження у групах (M±m)

Показники	Групи			
	1 (n = 14)	2 (n = 11)	3 (n = 7)	4 (n = 7)
Стаж тютюнопаління (роки)	37,21 ± 2,53	43,82 ± 2,88	31,86 ± 5,87	35,46 ± 4,57
Кількість викурюваних сигарет на день (шт.)	21,57 ± 2,04	19,82 ± 2,03	16,57 ± 1,94	17,47 ± 2,84
Індекс палія	257,14 ± 24,6	237,82 ± 24,37	196,86 ± 23,69	210,76 ± 20,74
Індекс пачка/рік (п/рік)	40,14 ± 4,67	44,27 ± 4,1	29,98 ± 6,7	34,78 ± 5,75

Примітка: p > 0,05 для усіх показників в усіх групах порівняння.

Наступним етапом нашої роботи стала оцінка ступеня ЕД і гіпоксії в групах порівняння. Результати дослідження представлені в таблиці 4.

Встановлено, що за відсутності АГ у хворих на ХОЗЛ незалежно від стадії показники недостовірно відрізняються від здорових осіб (табл. 4).

У групі 1 виявлено, що у пацієнтів з II стадією концентрація е-1 достовірно нижча, ніж у хворих I і III стадій захворювання, т. ч., найбільш високі показники на початку захворювання стабілізуються за рахунок компенсаторних механізмів, а при прогресуванні бронхообструкції знову

погіршуються. У хворих на ХОЗЛ I, III і IV стадій у поєднанні з АГ достовірно значущих відмінностей концентрації е-1 у плазмі крові виявлено не було. Визначається підвищення концентрації е-1 незалежно від стадії захворювання порівняно зі здоровими особами. За відсутності бронхообструкції АГ є потужним чинником підвищення концентрації е-1. При підвищенні концентрації е-1 у хворих на ХОЗЛ, незалежно від наявності або відсутності АГ, компенсаторного підвищення рівня NO в повітрі, що видихається, не відбувається. Тому клінічні прояви ЕД у цієї категорії хворих можуть виникати раніше.

Таблиця 3

Показники ступеня НЗ у групах (M ± m)

Показники	Групи			
	1 (n = 14)	2 (n = 11)	3 (n = 7)	4 (n = 7)
Ступінь НЗ (бали)	6,07 ± 0,56*	4,36 ± 0,53	4,43 ± 0,72	4,87 ± 0,82

Примітки: *p₁₋₂ < 0,05; *p₁₋₃ < 0,05, *p₁₋₄ < 0,05.

Рівень NO в повітрі, що видихається, у групах хворих статистично значущо не відрізнявся. У хворих на ХОЗЛ без АГ рівень NO в повітрі, що видихається, не відрізнявся від такого в групах з

нормальними показниками ФЗД. Рівень NO в повітрі, що видихається, достовірно значущо підвищений у пацієнтів без ознак обструкції зі встановленою АГ.

Таблиця 4

Рівень е-1 плазми крові, NO в повітрі, що видихається, і SaO₂ крові в групах порівняння залежно від ступеня тяжкості ХОЗЛ

Група	Е-1		NO	
	M ± m, пг/мл	p	M ± m, ppb	p
1 (n=14):	0,78 ± 0,08	p1-2 > 0,05 p1-3 = 0,061 p1-4 > 0,05	9,07 ± 1,87	p1-2 > 0,05 p1-3 > 0,05 p1-4 > 0,05
I (n=4):	0,83 ± 0,04		8,25 ± 1,97	
II (n=5):	0,69 ± 0,04	pI-II < 0,05 pI-III > 0,05 pII-III < 0,01 pII-2I > 0,05	6,40 ± 0,68	pI-III > 0,05 pII-III > 0,05 pII-2I > 0,05
III (n=5):	0,86 ± 0,01		11,12 ± 5,3	
2 (n=11):	0,80 ± 0,03	p2-3 = 0,082 p2-4 > 0,05 pI-III > 0,05 pI-IV > 0,05 pIII-IV > 0,05	13,27 ± 2,94	p2-3 > 0,05 p2-4 > 0,05
I (n=4):	0,77 ± 0,04		15,00 ± 6,00	
III (n=5):	0,82 ± 0,07		12,60 ± 4,95	pIII-IV > 0,05
IV (n=2):	0,85 ± 0,09		11,50 ± 2,50	
3 (n=7):	0,54 ± 0,09	p3-4 < 0,05	7,00 ± 0,58	p3-4 < 0,01
4 (n=7):	0,77 ± 0,05		12,14 ± 1,47	

ВИСНОВКИ

1. Серед пацієнтів з АГ переважають хворі на ХОЗЛ III - IV стадій.
2. Незважаючи на однакову інтенсивність паління, вища НЗ формується за відсутності супутньої АГ.
3. При ХОЗЛ без АГ найбільш високі показники ЕД визначаються на початку захворювання, потім вони стабілізуються, а в міру про-

гресування бронхообструкції знову погіршуються.

4. При підвищенні концентрації e-1 у хворих на ХОЗЛ незалежно від наявності АГ, компенсаторного підвищення рівня NO в повітрі, що видихається, не настає, т. ч. клінічні прояви ЕД у цієї категорії хворих можуть виникати раніше.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абідов А.Д. Артеріальна гіпертензія при хронічних обструктивних захворюваннях легенів / А.Д. Абідов // Азерб. мед. журнал. – 2001. – № 8. – с. 57-59.
2. Александров А.И. Легенева гемодинаміка і функціональний стан серця при хронічних неспецифічних захворюваннях легенів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / А.И. Александров. – СПб., 2002. – 39 с.
3. Біохімічні маркери запалення і обструкції бронхів / Н.В. Кулакова, В.А. Невзорова, П.Л. Лукьянова, Б.И. Гельцер // Клинич. медицина – 2000. – Т. 78, № 3. – С. 36-39.
4. Бобрів В.А. Системна артеріальна гіпертензія при хронічних обструктивних захворюваннях легенів і деякі питання її патогенезу / В.А. Бобрів, С.Н. Поливода, И.М. Фуштейн // Актуальні питання патології серцево-судинної системи і органів дихання: тези доп. XII респ. наук. конф. – К., 1981. – Т. 2 – С. 13.
5. Бобрів В.А. Системна артеріальна гіпертензія при хронічному обструктивному бронхіті: сучасні погляди і нові розуміння / В.А. Бобрів, И.М. Фуштейн, В.І. Боброва // Клинич. медицина. – 1995. – № 3. – С. 24.
6. "Бронхіальна астма. Глобальна стратегія" Спільна доповідь національного інституту серце, легені, кров і Всесвітній організації охорони здоров'я. – М., 2000. - 161 с.
7. Вовків В.Г. Бронхіальна астма і артеріальна гіпертензія / В.Г. Вовків // Терапевт. архив. – 2002. – Т. 57, № 3. – С. 53-54.
8. Жданов В.Ф. Клініко-статистична характеристика хворих неспецифічними захворюваннями легенів з системною артеріальною гіпертензією / В.Ф. Жданов // Актуальные проблемы пульмонологии: сб. наук. тр. – Л., 1999. – С. 89-93.
9. Жданов В.Ф. Системна артеріальна гіпертензія у хворих бронхіальною астмою: автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук / В.Ф. Жданов. – СПб., 1999. – 41 с.
10. Звягина Т.В. Клінічне значення змін метаболізму оксиду азоту в пульмонології / Т.В. Звягина, Т.В. Анিকেєва, Т.М. Белоконь // Укр. пульмонол. журнал. - 2002. - № 1. - С. 66-68.
11. Особливості легеневої мікроциркуляції і функції зовнішнього дихання у хворих бронхіальною астмою з системною артеріальною гіпертензією / В.Ф. Жданов, В.І. Амосов, Т.М. Синицина, Е.Э. Ярцева // Терапевт. архив. – 2001. – Т. 63, № 10. – С. 144-146.
12. Показники функції ендотелію у хворих ХОЗЛ різного ступеня тяжкості / В.В. Єфімов, В.І. Блакко, Л.С. Воейкова, Е.О. Крахмалова. – 2005. – № 4. – С. 44-47.



УДК 616.124-008-092.18/19

С.О. Шейко

РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО
(зав.-д.мед.н., проф. В.А. Потабашиї)*

Ключові слова: *хронічна серцева недостатність, кардіоренальний синдром, ремоделювання*
Key words: *chronic heart failure, cardio-renal syndrome, remodeling*

Реферат. *Изучали структурно-функциональные изменения миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и кардиоренальным синдромом (КРС). Основную группу составили 309 больных пожилого возраста с ХСН и КРС. В группу сравнения вошло 73*

больных (18 мужчин и 55 женщин) со II-IV функциональным классом (ФК) ХСН с сохраненной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ без КРС. Контрольную группу составили 30 пациентов без сердечно-сосудистых заболеваний. Выполняли общеклиническое и лабораторное обследование; рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ); выполняли электрокардиографию (ЭКГ); суточный мониторинг ЭКГ; одно- и двумерную эхокардиографию (Эхо КГ), цветную, импульсно-волновую и непрерывно-волновую доплер-ЭхоКГ. У больных с ХСН и КРС зарегистрирован концентрический недилатационный и эксцентрический с умеренной и выраженной дилатацией тип гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ). У 95,1% больных с ХСН с систолической дисфункцией ЛЖ встречается эксцентрическая ГЛЖ. У больных с сохраненной ФВ ЛЖ превалирует процент концентрической ГЛЖ (76,3%).

Abstract. Structural-functional changes of myocardium of the left ventricle (LV) in elderly patients with chronic heart failure (CHF) and cardio-renal syndrome (CRS) have been studied. Main group included 309 elderly patients with CHF and CRS. Group of comparison included 73 patients (18 males and 55 females) with II-IV functional class (FC) of CHF with preserved ejection fraction (EF) of LV without CRS. Control group included 30 patients without cardiovascular diseases. There was carried out general clinical investigation; mandatory laboratory investigation; glomerular filtration rate (GFR) was calculated; electrocardiography (ECG) was performed; daily monitoring of ECG; one- and two-dimensional echocardiography, color, impulse-wave and permanent-wave doppler-echocardiography were carried out. In patients with CHF with CRS there was registered concentric non-dilatation and eccentric with moderate and marked dilatation of the LV. In 95,1% of patients with CHF with systolic EF of LV eccentric GLV occurs. In patients with preserved EF of LV percentage of concentric GLV prevails (76,3%).

Хронічний кардіоренальний синдром (КРС) маніфестує майже у половини хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) на різних етапах її перебігу [1, 3, 4]. Широке застосування ехокардіографії (ЕхоКГ) з визначенням маси міокарда (ММЛШ) і відносної товщини стінок лівого шлуночка (ВТС ЛШ) дало змогу у хворих з артеріальною гіпертензією класифікувати чотири геометричні моделі [2, 5]. Такими є концентрична гіпертрофія, эксцентрична гіпертрофія, концентричне ремоделювання та нормальна геометрія ЛШ. На сьогоднішній день залишаються недостатньо вивченими закономірності ремоделювання ЛШ у хворих похилого віку з ХСН і КРС.

Мета дослідження – визначити структурно-функціональні зміни міокарда ЛШ у хворих похилого віку з ХСН і КРС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Основну групу склали 309 хворих похилого віку з ХСН ішемічного генезу і КРС. З них 207 хворих (159 жінок та 48 чоловіків, середній вік – $66,5 \pm 6,9$ року) увійшли в підгрупу зі збереженою фракцією викиду (ФВ) ЛШ (ФВ > 45 %) та 102 хворих (79 жінок та 23 чоловіки, середній вік – $67,2 \pm 5,4$ року) – у підгрупу з систолічною дисфункцією (СД) ЛШ (ФВ ≤ 45 %). До групи порівняння увійшло 73 хворих похилого віку (18 чоловіків та 55 жінок) з II-IV ФК ХСН зі збереженою ФВ ЛШ без КРС. Контрольну групу склали 30 пацієнтів без серцево-судинних захворювань. З них 7 (23,3 %) чоловіків та 23 (76,7 %) жінки, віком $65,7 \pm 5,3$ року. Всі групи дослідження були порівняними за віком та статтю.

Основними критеріями включення в дослідження були: наявність у пацієнта з ХСН КРС, діагностика якого базувалась на визначенні

швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) в межах 30-90 мл/хв/1,73 м² і наявності анемічного синдрому (АС) при рівні гемоглобіну (Hb) < 120 г/л, який виникає через 3-10 років після клінічної маніфестації ХСН. До критеріїв невключення в дослідження входили: попередня до діагностованої ХСН анемія, гострий коронарний синдром, патологія шлунково-кишкового тракту, хронічна хвороба нирок, цукровий діабет.

Здійснювали загальноклінічне й лабораторне обстеження; визначали біохімічні та показники еритропоезу; розраховували ШКФ; виконували електрокардіографію (ЕКГ); добуве моніторування ЕКГ; тест з 6-хвилинною ходьбою; одно- і двомірну ЕхоКГ, кольорову, імпульсно-хвильову і безперервно-хвильову доплер-ЕхоКГ. Виконували ультразвукове дослідження нирок та печінки; фіброгастроудоденоскопію; рентгенологічне дослідження грудної клітки. Здійснювали математично-статистичний аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих похилого віку з ХСН і КРС зі збереженою ФВ ЛШ реєстрували достовірне потовщення стінок ЛШ, порівняно з контролем, як в систолу, так і в діастолу. Гіпертрофія стінок ЛШ у цих хворих була статистично більш значущою також порівняно з хворими з ХСН без КРС.

У хворих з СД ЛШ, порівняно з хворими з ФВ ЛШ > 45%, спостерігали тенденцію до зменшення товщин стінок ЛШ. Вірогідно це зумовлено розвитком эксцентричної ГЛШ у цих пацієнтів. Згідно з класифікацією R.V. Devereux, геометричні типи ЛШ класифікували за критерієм ВТСЛШ - 0,44. Збільшення ВТСЛШ > 0,44 вказувало на наявність концентричного ремоделювання, або

концентричної ГЛШ. Зменшення значення ВТСЛШ $<0,44$ свідчило про нормальну геометрію, або ексцентричну ГЛШ. У 45 (61,7%) хворих з ХСН без КРС спостерігали концентричне ремоделювання ЛШ, у 26 (35,6%) – концентричну ГЛШ, 2 (2,7%) хворих мали ексцентричну ГЛШ.

В основній групі у 77 хворих з II ФК ХСН, 68 – з III ФК ХСН зі збереженою ФВ ЛШ та у 4 хворих з II ФК ХСН з СД ЛШ значення ВТСЛШ знаходилось у межах $0,46 \pm 0,02$. У 13 хворих з IV ФК ХСН зі збереженою ФВ ЛШ та 1 хворого з III ФК ХСН з СД ВТСЛШ становила $0,48 \pm 0,02$. Це вказувало на концентричний тип ремоделювання ЛШ. Двоє хворих з III ФК ХСН, 41 хворий з IV ФК ХСН з ФВ ЛШ $>45\%$ та 23 хворих з II ФК ХСН, 40 хворих з III ФК ХСН і 34 – з IV ФК ХСН з СД ЛШ мали значення ВТСЛШ в межах $0,28 \pm 0,01$. Це свідчило про ексцентричний тип ремоделювання ЛШ. Для уточнення типів ремоделювання проводили аналіз ММЛШ. При зменшенні значення ВТСЛШ $<0,44$, нормальну геометрію ЛШ у хворих основної групи виключали, тому що в усіх випадках мали значення ІММЛШ $>125 \text{ г/м}^2$. У хворих з ХСН і КРС, порівняно з контролем, виявлено збільшення ММЛШ при II, III та IV ФК зі збереженою ФВ ЛШ на 132,5%, 131,6%, 153,6% відповідно. При II, III та IV ФК ХСН з СД ЛШ спостерігалось збільшення ММЛШ на 201,8%, 174,0% і 172,9% відповідно. У контрольній групі та групі порівняння мав місце концентричний тип ремоделювання ЛШ.

У хворих з ХСН і КРС, порівняно з пацієнтами без КРС, реєстрували збільшення ММЛШ при II, III та IV ФК з ФВ ЛШ $>45\%$ на 4,0%, 8,1%, 13,5% відповідно. При II, III та IV ФК ХСН з СД ЛШ ММЛШ зростала на 35,0%, 39,5% і 44,0% відповідно. У всіх хворих основної групи від II до IV ФК ХСН реєстрували достовірне збільшення ММЛШ.

При аналізі параметрів структури серця за допомогою традиційної ДЕХОКГ у хворих з ХСН і КРС, порівняно з контрольною і групою порівняння, виявлено значне збільшення ММЛШ,

що свідчить про більш виражені ознаки ремоделювання ЛШ у цієї категорії хворих.

У 77 хворих з II ФК ХСН, 68 хворих з III ФК ХСН і КРС з ФВ ЛШ $>45\%$ та у 4 хворих з II ФК ХСН з СД ЛШ значення ВТСЛШ знаходилось у межах $0,46 \pm 0,02$. У 13 хворих з IV ФК ХСН з ФВ ЛШ $>45\%$ та 1 хворого з III ФК ХСН з СД ЛШ при наявності ВТСЛШ $>0,44$, індекс сферичності (ІСс) мав значення нижчі ніж $0,65$. Отже, у хворих з ХСН і КРС форма камери ЛШ залежить від ФК ХСН і профілю ремоделювання ЛШ. Таким чином, у хворих з концентричною ГЛШ реєстрували збільшення ВТСЛШ $>0,44$ і найменший ІСс ($0,65 \pm 0,04$). Зменшення ВТСЛШ $<0,3$ і найбільші значення ІСс ($>0,80$) свідчили про ексцентричну ГЛШ, яка розвивається на фоні порушення скорочувальної функції ЛШ. Зіставлення ВТСЛШ (ум.од.), індекса кінцевого діастолічного об'єму (ІКДО) (мл/м^2), ІСс (ум.од.) у хворих з ХСН і КРС дало змогу діагностувати такі варіанти геометрії ЛШ: концентричний недилатаційний і ексцентричний з помірною та вираженою дилатацією ЛШ. Ексцентричний тип сприяє дилатації ЛШ та набуття ним гемодинамічно не вигідної сферичної форми.

У 95,1% хворих з ХСН і КРС з СД ЛШ зустрічали переважно ексцентричний напрямок ремоделювання ЛШ. У хворих з ФВ ЛШ $>45\%$ концентричну ГЛШ діагностували у 76,3% випадках. Ексцентричну ГЛШ мали 23,7% хворих з ФВ ЛШ $>45\%$.

ПІДСУМОК

У хворих похилого віку з ХСН і КРС зареєстровано концентричний недилатаційний і ексцентричний з помірною і вираженою дилатацією тип гіпертрофії ЛШ. У 95,1% хворих з ХСН з систолічною ФВ ЛШ зустрічається ексцентрична ГЛШ. У хворих зі збереженою ФВ ЛШ переважає відсоток концентричної ГЛШ (76,3%).

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи особливості ремоделювання серця у людей похилого віку з ХСН і КРС, доцільним є подальше вивчення у такої категорії хворих систолічної та діастолічної функції ЛШ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Визир В.А. Кардиоренальный синдром / В.А. Визир, А.Е. Березин // Артериальная гипертензия. - 2011. - № 2(16). - С. 100-109.
2. Гипертензия левого желудочка при эссенциальной гипертензии: актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения / А.В.Барсуков, З.В. Багаева, Е.В. Пронина [и др.] // Артериальная гипертензия. - 2010. - № 15 (4). - С. 436-439.

3. Кобалава Ж.Д. Кардиоренальные синдромы / Ж.Д. Кобалава, М.А. Ефремцева, С.В. Виллевалде // Клинич. нефрология. - 2011. - № 6. - С.9-15.

4. Cardiorenal rescue study in acute decompensated heart failure: rationale and design of CARRESS-HF, for the Heart Failure Clinical Research Network / В.А. Bart, S.R. Goldsmith, K.L. Lee [et al.] // J. Card. Fail. - 2012. - Vol. 18, N 3. - P. 176-182.

5. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of

Cardiology (ESC) / G. Mancia, G. De Backer, A. Dominiczak [et al.] // Eur. Heart. J. – 2013. – Vol. 10. – P. 1093-1187.



УДК 613.84:616.235-053.2-08

Н.С. Башкірова,
С.Г. Іванусь,*
*М.М. Донець**

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ БРОНХІАЛЬНИХ РЕЦЕПТОРІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ ЗАЗНАЮТЬ ВПЛИВУ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ, ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Н.Д. Чухрієнко)
КЗ «МДКЛ №2 ДОР»**

Ключові слова: діти, вітаміни, бронхіальна чутливість, фізичне навантаження, тютюновий дим
Key words: children, vitamins, bronchial sensitivity, physical loading, tobacco smoke

Реферат. В роботі представлені результати изучения ефективності применения антиоксидантних вітамінів у дітей, подвергавшихся негативному воздействию табачного дыма. Получены позитивные результаты, которые проявлялись в уменьшении негативных изменений в функциональном состоянии чувствительных бронхиальных рецепторов.

Abstract. In this work the results of study of effectiveness of antioxidant vitamins usage in children, exposed to the adverse effects of tobacco smoke are presented. Obtained, positive results were manifested in abatement of negative functional state changes of bronchial sensitive receptors.

Дихальна система людини постійно контактує з агресивними факторами зовнішнього середовища (тютюновий дим, хімічні речовини). Однак для захисту легені мають антиоксидантну систему, що складається з декількох захисних бар'єрів. У бронхах антиоксидантна система представлена: трахеобронхіальним слизом, сурфактантом та антиоксидантними ферментами (глутатіонпероксидаза, глутатіонредуктаза і відновлений глутатіон), які відіграють важливу роль антиоксидантного захисту [6]. Відновлений глутатіон є найважливішим антиокиснювачем легень у позаклітинному та внутрішньоклітинному просторі [3, 4]. Тютюновий дим гостро зменшує вміст внутрішньоклітинного глутатіону, а тривалий стаж тютюнопаління призводить до виснаження його вироблення [5].

Відомо, що тютюновий дим негативно впливає на рецепторний апарат бронхів курців дією великої кількості оксидантів та порушенням антиокиснювальної здатності легенів. Коли ендогенні можливості зменшені, допомогти можуть

екзогенні сполуки, активно інгібуючи перекисне окиснення ліпідів, так звані антиоксиданти.

У попередніх дослідженнях нами було показано, що під впливом тютюнового диму в першу чергу порушується функціональний стан осморецепторів слизової оболонки бронхів та регуляція тонуусу бронхів з боку вегетативного відділу ЦНС [1, 2]. З метою зменшення негативного впливу тютюнового диму на рецепторний апарат бронхів ми спробували використати антиоксидантні вітаміни.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У роботі було виконано функціональні бронхопровокаційні тести з дозованими фізичними навантаженнями, які використовували для характеристики стану вегетативного забезпечення функції бронхів з боку ЦНС [1]. В якості дозованих фізичних навантажень застосовували велоергометричне навантаження. Оцінку проводили до та після курсу вітамінотерапії.

У дослідження було залучено 60 дітей, віком 12-16 років, які активно чи пасивно зазнавали

впливу тютюнового диму, виконали рекомендації, протягом місяця не мали гострих захворювань чи загострень хронічних хвороб, і які склали три групи дослідження. До першої групи були включені 20 дітей-курців, які в якості протекторного засобу негативного впливу тютюнового диму отримували препарат «АЕвіт» у дозі 0,2 г двічі на день протягом 25 днів. Другу групу склали 20 дітей-курців, які отримували в якості протекторного засобу «Вітамін Е» по 0,1г 1 раз на день протягом місяця. Контрольну групу склали 20 дітей-курців, що не отримували жодних препаратів.

Статистично обробка отриманих даних проводилась на персональному комп'ютері у ліцензійній програмі Exel (021-04691) в операційній системі Windows XP professional з використанням параметричних та непараметричних методів статистичного аналізу (критерію знаків (КЗ), методу χ^2). Результати статистичної обробки даних приводились до показника „р”. Його значення менші ніж 0,05 ($p < 0,05$) вважались статистичним підтвердженням вірогідної розбіжності.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз результатів функціонального бронхопровокаційного тесту з дозованим фізичним навантаженням показав, що серед 60 дітей, які зазнавали впливу тютюнового диму, 17 мали стан бронхоспазму фізичного навантаження, який характеризував бронхіальне реагування. У першій групі в 5 з 20 дітей, у другій у 7 з 20 та в контрольній групі в 5 з 20 дітей реєструвався стан підвищеного бронхіального реагування на до-

зовані фізичні навантаження. Серед цих 17 дітей, які мали стан БФН, у 9 він був легкого ступеня тяжкості, у 5 – середнього та у 3 – тяжкого. В інших 43 дітей діагностувались нормальні реакції бронхів на дозовані фізичні навантаження.

Після курсу антиоксидантної вітамінотерапії у першій групі стан БФН реєструвався у 3 з 20 дітей. Максимальний відсоток зниження ОФВ₁ від початкового його значення, яким виражалось бронхіальне реагування, у цієї групи дітей-курців зменшився у 3. Підвищення бронхіального реагування на дозовані фізичні навантаження в цій групі не реєструвалось. У 17 дітей реакції бронхів на дозовані фізичні навантаження не змінились. Представлені дані вказували на зменшення чутливості бронхів ($P_{кз} < 0,01$).

У другій групі після курсу «Вітаміну Е» стан БФН реєструвався у 5 з 20 дітей. Максимальний відсоток зниження ОФВ₁ від початкового його значення зменшився у 5 дітей, що вказувало на достовірне зменшення чутливості бронхів ($P_{кз} < 0,01$). Підвищення бронхіального реагування на дозовані фізичні навантаження в цій групі не реєструвалось (рис. 1. а).

У контрольній групі, у всіх 20 дітей, які не отримували антиоксидантної вітамінотерапії, рівні бронхіального реагування залишились без змін ($P_{кз} > 0,05$) (рис. 1. б).

Порівняльний аналіз виявив тенденцію до зменшення частоти виникнення стану БФН у курців, що отримували курс антиоксидантної вітамінотерапії, у співвідношенні до дітей-курців, які не отримали профілактичної вітамінотерапії ($\chi^2 = 2,18 < \chi^2_{05} = 5,99$ або $p > 0,05$).

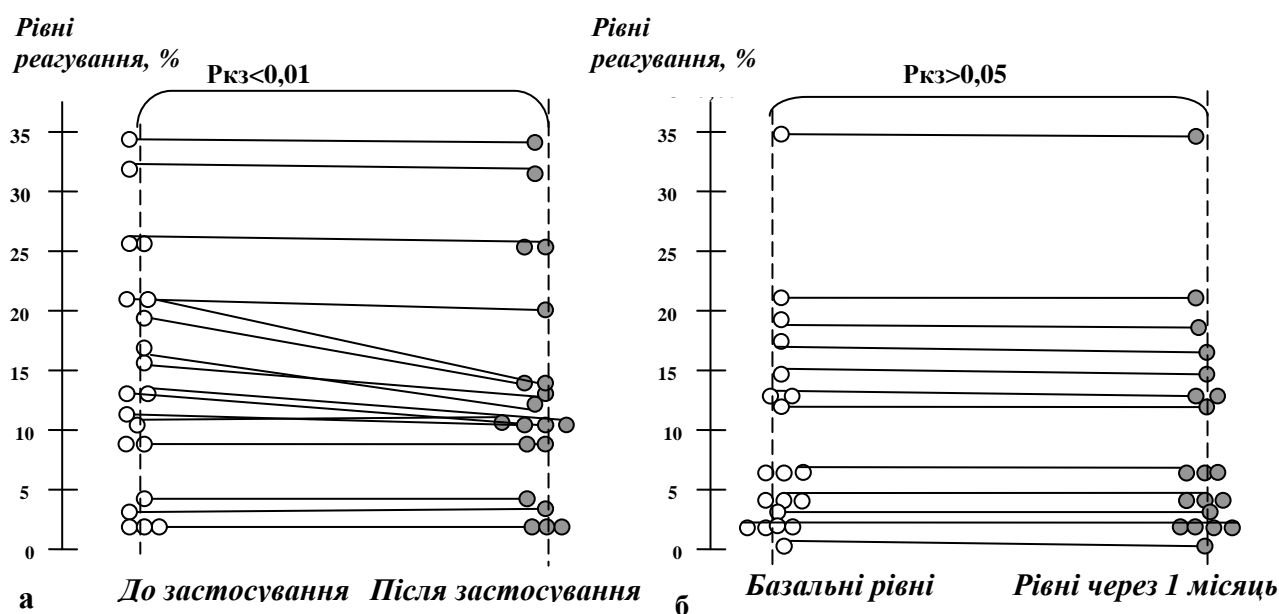


Рис. 1. Динаміка показників бронхіального реагування на дозовані фізичні навантаження після застосування «Вітаміну Е» (а) та результати в групі контролю (б)

За результатами порівняльного аналізу змін відсотка зменшення ОФВ₁ після дозованого фізичного навантаження, у групі дітей, які отримували профілактичну вітамінотерапію, та в групі контролю виявлені вірогідні відмінності ($\chi^2=12,9 > \chi^2_{0,01}=9,21$ або $p < 0,01$) (рис. 2).

Статистично вірогідної різниці у змінах бронхіального реагування на дозовані фізичні навантаження після курсу антиоксидантної віта-

мінотерапії між групами дітей, що отримували препарати «АЕвіт» та «Вітамін Е», не отримано ($\chi^2=0,78 < \chi^2_{0,05}=5,94$ або $p > 0,05$).

Крім того, зареєстровано зменшення рівнів бронхіального реагування на дозовані фізичні навантаження у дітей-курців після курсу антиоксидантної вітамінотерапії ($P_{\chi^2} < 0,01$), що характеризувало відновлення регуляції тонуусу бронхів з боку вегетативного відділу ЦНС.

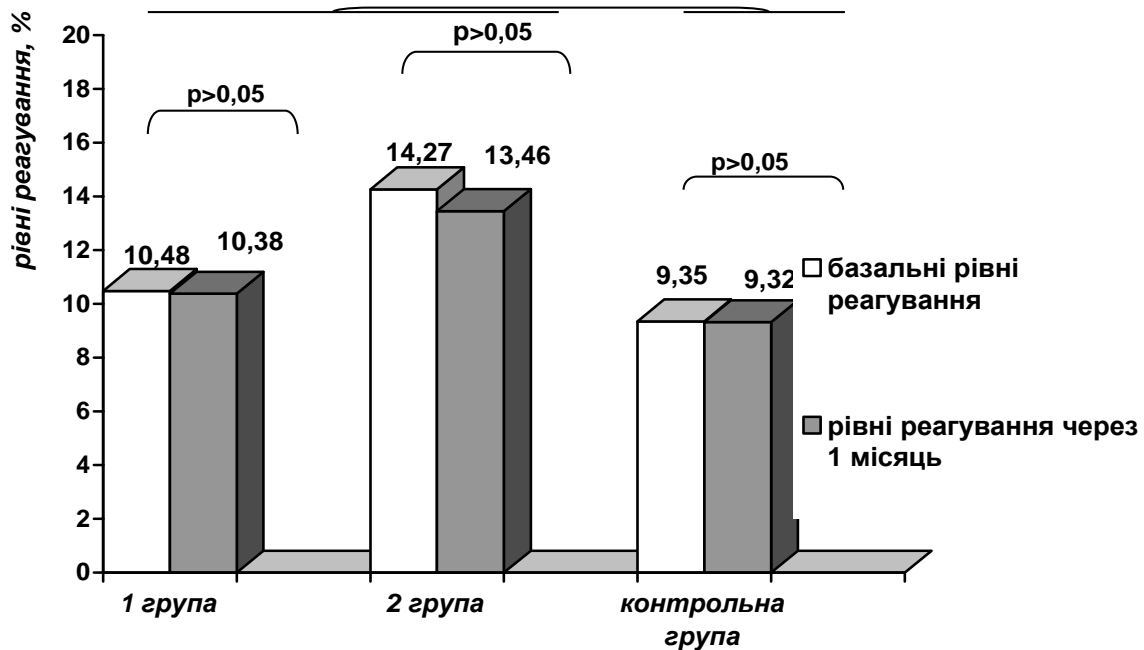


Рис. 2. Середні показники рівнів бронхіального реагування та їх зміни через місяць у різних групах дослідження

Порівняння частоти реєстрації зменшення рівнів бронхіального реагування на дозовані фізичні навантаження у дітей, що отримували курс вітамінотерапії, та в контрольній групі виявило вірогідні відмінності ($P_{\chi^2} < 0,01$). Це дозволяє думати, що застосування курсів антиоксидантних вітамінів відновлює порушення в регуляції тонуусу бронхів з боку вегетативного відділу ЦНС, які виникли в дітей в умовах дії тютюнового диму.

ПІДСУМОК

Наведені результати дослідження можуть розглядатися як свідчення того, що однією з негативних дій тютюнового диму на дихальну систему дітей може бути порушення бар'єрів

антиоксидантної системи легень. Таким чином, показано, що позитивно впливає на функціональний стан чутливих бронхіальних рецепторів застосування курсів вітамінних препаратів «АЕвіт» та «Вітамін Е». Вищезазначені препарати є фізіологічними засобами, які мають антиоксидантну дію, не потребують значних економічних витрат. Тому ці антиоксидантні засоби можна рекомендувати використовувати в практиці лікарів загальної практики-сімейної медицини з метою призначення профілактичних курсів вітамінотерапії у дітей, які зазнають негативного впливу тютюнового диму, для корекції порушень у функціональному стані чутливих бронхіальних рецепторів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Чергінець В.І. Характеристика бронхіального реагування на дозовані фізичні навантаження у дітей, що

зазнають дії тютюнового диму / В.І. Чергінець, Н.С. Башкірова // Укр. мед. альманах.-2005. - № 4.-С.192-194.

2. Чергінець В.І. Характеристика функціонального стану бронхіальних осморорецепторів у дітей, що зазнають дії тютюнового диму / В.І. Чергінець, Н.С. Башкірова // Перинатологія та педіатрія. – 2005. – №3/4. – С.91-94.

3. Чучалин А.Г. Система оксиданти-антиоксиданти и пути медикаментозной коррекции / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2004. – № 2. – С.11-115.

4. Breslau N. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected

influences / N. Breslau, E.L. Peterson // Am. J. Public. Health. – 1996. – Vol.86. – P. 214–220.

5. Bronchial reactivity, smoking, and α 1-antitrypsin A population-based study of middle-aged men / Kabiraj M.U., Simonsson B.G., Groth S. [et al.] // Am. Rev. Resp. Dis. – 1982. – Vol. 126. – P. 864-869.

6. Buhl R. Oxidant-protease interaction in the lung. Prospects for antioxidant therapy / R. Buhl, A. Meyer, C. Vogelmeier // Chest. – 1996. – Vol.110. – P. 267–272.



УДК 616.253:616.98:578.828 ВІЛ:612.017

**О.А. Кушнерова,
Л.Р. Шостакович-Корецька,
К.Ю. Литвин,
О.А. Волікова**

ІМУНОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ- ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

ДЗ «Дніпропертовська медична академія МОЗУ»

кафедра інфекційних хвороб

(зав. – д. мед. н., проф. Л.Р. Шостакович-Корецька)

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, вірус Епіштейна-Барр (ЕБВ або EBV), антитіла EBNA-IgG та EA-IgG, ДНК ЕБВ, Т-хелпери, CD3+ лімфоцити, CD4 клітини.

Key words: HIV-infection, Epstein-Barr virus, EBNA-IgG and EA-IgG antibodies, DNA EBV, T-helpers CD3+ lymphocytes, CD4 cells

Реферат. У ВІЧ-інфіцированих больних с ко-інфекцией вирусом Эпштейна-Барр и прогрессией ВІЧ-инфекции происходила постепенная элиминация Т-хелперного звена клеточного иммунитета из периферической крови и уменьшением количества иммунокомпетентных клеток в IV стадии. Сочетание ВЭБ и ВІЧ-инфекции приводит к более быстрому снижению Т-хелперного звена клеточного иммунитета и соответственно к более быстрому прогрессированию заболевания у ВІЧ-инфицированных пациентов.

Abstract. In HIV-infected patients with Epstein-Barr virus co-infection and progression of HIV infection a gradual elimination of T-helper cell immunity level from peripheral blood and decrease in the number of immunocompetent cells in stage IV occur. The combination of EBV and HIV infection leads to a rapid decrease in T-helper cell immunity level and consequently to a more rapid disease progression in HIV-infected patients.

Особливе місце серед опортуністичних інфекцій у ВІЛ інфікованих посідають герпесвірусні інфекції (ГВІ). При цьому у ВІЛ-інфікованих герпетична інфекція (ГІ) перебігає тяжче, призводячи до розвитку хронічної персистоючої активної інфекції. Вірус Епштейна-Барр є убіквітарним людським патогеном, уражаючим епітеліальні клітини слизових оболонок дихальних шляхів, травного тракту, статевих органів, а також клітини імунної системи, у тому числі В-лімфоцити [1, 2, 4, 6, 7] у яких відбувається реплікація вірусних частинок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

В основну групу увійшли 54 ВІЛ – інфіковані хворі з супутнім інфікуванням ВЕБ віком від 26 до 57 років (середній вік $38,0 \pm 1,0$ рік). Всі пацієнти перебували під наглядом у центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом Дніпропетровської області і були розподілені на 3 групи за стадіями ВІЛ - інфекції: I-II стадія – 8, III стадія – 35, IV стадія – 11 пацієнтів. Групу порівняння склали 30 ВІЛ-інфікованих без ВЕБ інфекції, зіставлених з основною групою за віком і статтю ($p > 0,05$ при всіх порівняннях). Для

статистичного аналізу даних використовували пакет програм Statistica v.6.1® [3].

Дослідження кількісного вмісту ДНК Веб у крові проводилося методом ПЛР Real - Time.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз імунологічних показників виявив тенденції до зниження середньої кількості CD3 - лімфоцитів у крові хворих основної групи порівняно з контрольною групою (1208,9±118,6 кл/мкл проти 1400,4±54,8 кл/мкл; $p>0,05$) та їх значну варіабельність у хворих з ВІЛ-інфекцією (коефіцієнти варіації становили 70,7% проти 21,1%; $p<0,001$ за критерієм Фішера). Найбільш виражені зміни відзначено у субпопуляції лімфо-

цитарної ланки імунітету (табл. 1). Середня кількість CD4 Т- лімфоцитів у крові хворих з ВІЛ була нижче норми в 4,3 разу – 210,7±22,2 кл/мкл проти 900,2±36,5 кл/мкл ($p<0,001$). Відносний рівень цих клітин у крові хворих основної групи був знижений втричі – 14,1±1,1% проти 42,1±0,73% ($p<0,001$). Прогресування ВІЛ-інфекції призводило до суттєвого зменшення вмісту Т-хелперних клітин – з 24,0±2,9% на I-II стадії до 9,2±0,9% на IV стадії хвороби ($p<0,001$). Відповідні коефіцієнти кореляції дорівнюють $r=-0,32$; $p<0,05$ для абсолютної кількості CD4 Т-лімфоцитів і $r=-0,48$; $p<0,001$ для відносного рівня цих клітин у крові.

Імунологічні показники ВІЛ-інфікованих хворих з супутнім інфікуванням ВЕБ на різних стадіях захворювання, $M\pm m$

Імунологічні показники	Основна група (n=54)	Стадія ВІЛ-інфекції			Множинне порівняння 3-х груп (p_n)
		I-II (n=8)	III (n=35)	IV (n=11)	
CD3+ лімфоцити, кл/мкл	1208,9±118,6	985,0±134,3	1279,6±171,7	1147,9±170,5	0,608
CD4+ лімфоцити, кл/мкл	210,7±22,2	320,1±52,8	203,2±27,8*	149,2±20,9*	0,050
CD4+ лімфоцити, %	14,1±1,1	24,0±2,9	13,3±1,2*	9,2±0,9*#	0,0009
CD45+лімфоцити, кл/мкл	1546,8±139,5	1301,9±173,2	1623,4±199,0	1457,6±189,0	0,692
CD3+/CD45+, %	75,7±1,3	73,6±3,9	76,1±1,5	76,0±3,5	0,895

Примітки: * – $p<0,05$ порівняно з I-II стадією ВІЛ; # – $p<0,05$ порівняно з III стадією ВІЛ; p_n – за критерієм Крускала-Уолліса.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз наведених даних показав тенденцію до зниження середньої кількості CD3 – лімфоцитів у крові ВІЛ-інфікованих хворих з конфекцією ВЕБ порівняно з ВІЛ-інфікованими хворими без супутнього інфікування ВЕБ (1208,9±118,6 кл/мкл проти 1400,4±54,8 кл/мкл; $p>0,05$) та їх значну варіабельність у хворих з ВІЛ-інфекцією (коефіцієнти варіації становили 70,7% проти 21,1%; $p<0,001$ за критерієм Фішера). Найбільш виражені зміни відзначено в субпопуляції лімфоцитарної ланки імунітету.

2. Відносний рівень CD4 Т- лімфоцитів у крові ВІЛ-інфікованих хворих з конфекцією ВЕБ був знижений втричі – 14,1±1,1% проти 42,1±0,73%

($p<0,001$). Прогресування ВІЛ-інфекції призводило до суттєвого зменшення вмісту Т-хелперних клітин – з 24,0±2,9% на I-II стадії до 9,2±0,9% на IV стадії хвороби ($p<0,001$). Відповідні коефіцієнти кореляції дорівнюють $r=-0,32$; $p<0,05$ для абсолютної кількості CD4 Т- лімфоцитів і $r=-0,48$; $p<0,001$ для відносного рівня цих клітин у крові.

ПІДСУМОК

Таким чином, у ВІЛ-інфікованих хворих з конфекцією ВЕБ та прогресією ВІЛ-інфекції відбувалася поступова елімінація Т-хелперної ланки клітинного імунітету з периферичної крові і зменшенням кількості імунокомпетентних клітин у IV стадії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Деконенко Е.П. Поражения нервной системы, вызываемые вирусами герпеса / Е.П. Деконенко, М.А. Лобов, Ж.Р. Идрисова // Неврол. журнал. – 1999. – № 4. – С. 46–51.

2. Кононенко В.В. Ураження нервової системи вірусом Епштейна-Барр / В.В. Кононенко // Лікарська справа. – 2001. – № 1. – С. 107-111.

3. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М. : Медиа Сфера, 2002. – 312 с.

4. Epstein-Barr virus / D.A. Thorley-Lawson, K.F. Austen, M.M. Frank [et al.] // Sampter's immunologic diseases. – 6th ed., Vol. 2.- New York: Williams and Wilkins, 2001. – P. 970-985.

5. Pulmonary lymphomatoid granulomatosis in acquired immunodeficiency syndrome: Lesions with Eps-

tein-Barr virus infection / Haque A.K., Myers J.L., Hudnall S.D. [et al.] // Med. Pathol. – 1998. – N 11. – P. 347.

6. Kawa K. Epstein-Barr virus-associated diseases in humans / Kawa K. // Int. J. Hematol. – 2000. – N 2. – P. 108–117.

7. Sarah Hill. Infectious mononucleosis / Hill Sarah // DermNet: New Zealand Dermatological Society Incorporated, 2007. – P. 1-3.



УДК 616.12-008.331.1:613.25:616-002.78]-085

М.О. Вацеба

КОРЕКЦІЙНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ЖОРСТКОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ ТА ПОДАГРОЮ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

кафедра внутрішньої медицини № 2 та медсестринства

(зав. – проф. д. мед. н. І.П. Вакалюк)

м. Івано-Франківськ

Ключові слова: *артеріальна жорсткість, артеріальна гіпертензія, подагра, ожиріння*

Key words : *arterial stiffness, hypertension, gout, obesity*

Реферат. *Под наблюдением было 46 больных АГ с ожирением и подагрой. Для больных артериальной гипертензией II степени в сочетании с ожирением и подагрой характерно увеличение жесткости артерий, повышение пульсового артериального давления, увеличение толщины интима - медийного комплекса и скорости распространения пульсовой волны, повышение уровня САVI. Получены доказательства, что мелдоний дигидрат и лозартан в комплексном сочетании с базовой терапией положительно влияют на упруго-эластичные свойства сосудов и корректируют показатели, которые ее характеризуют. Изложенные положения обосновывают целесообразность их применения в комбинации в качестве эндотелиопротекции у больных ЭАГ с ожирением и подагрой.*

Abstract. *Under our observation there were 46 patients with arterial hypertension, obesity and gout. Hypertension of second degree in combination with obesity and gout is characterized by an increase in arterial stiffness, increased pulse blood pressure, thickness of the media complex and the propagation of velocity of the pulse wave, increased levels of САVI. There was obtained evidence that meldoniy dihydrate and losartan in complex combination with basic therapy positively effect on the elastic properties of blood vessels and adjust parameters characterizing it. The above provisions justify expedience of the combination as endothelial protection in EAH patients with obesity and gout.*

Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається однією з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я України з огляду на її поширеність серед осіб різних вікових категорій і несприятливу прогностичну значущість як чинника, що має істотний вплив на показники серцево-судинної захворюваності і смертності [1,2]. Подагра належить до найбільш поширених ревматичних захворювань, на яку страждає 0,3% всього населення європейських країн, а в окремих областях України – 0,4% і вище [1,5]. Епідеміологічні дані

свідчать про постійне зростання захворюваності на подагру в останні десятиліття [1,3]. За останні 10–20 років у всіх країнах світу захворюваність на подагру зросла більше ніж у 2 рази [3,4]. Важливу роль у патогенезі захворювань серцево-судинної системи відіграє підвищення артеріальної жорсткості [3,6]. Жорсткість артерії – показник, що відображає еластичність стінок артерії, може бути безпосередньо пов'язаний з прогнозом захворювання та впливати на оцінку результатів лікування. Зміна жорсткості артерії

спостерігається при АГ та за деякими даними корелює з ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень та смертності [3,6]. Зниження пружно-еластичних властивостей артерій та підвищення їх ригідності є однією з доклінічних ознак ураження органів-мішеней при АГ [3,6]. Процеси підвищення жорсткості судин зумовлені зниженням вмісту в них еластину і збільшенням колагену, а також якісними змінами артеріальної стінки у зв'язку зі зниженням ендотеліязалежної вазодилатації стінки [3,6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 46 чоловіків, хворих на есенціальну АГ II ступеня з ожирінням та подагрою, середній вік яких становив $63,2 \pm 1,8$ року. Всі хворі були рандомізовані в чотири групи: I група – 12 хворих, які отримували базову терапію (БТ), II група – 11 хворих, які окрім БТ отримували додатково блокатор рецепторів 1-го типу ангіотензину II (лозартан-Лоріста) в дозі 50 – 100 мг на добу; III група – 12 хворих, які окрім базової терапії додатково отримували мельдонію дигідрат (метамакс) по 5 мл 10 % розчину в 20 мл 0,9% розчину натрію хлориду внутрішньовенно струминно протягом 10 днів з подальшим переходом на пероральну форму (250 мг 2 рази на день) протягом 1 місяця; IV група – 11 хворих, які окрім базової терапії додатково отримували мельдонію дигідрат (метамакс) та блокатор рецепторів 1-го типу ангіотензину II (лозартан). Верифікацію діагнозу, визначення стадії та ступеня АГ проведено згідно з критеріями, рекомендованими у 2013 р. Європейським товариством з артеріальної гіпертензії (European Society of Hypertension – ESH) та Європейським товариством кардіологів (European Society of Cardiology — ESC) (Mancia G. et al., 2007). Діагноз подагри встановлено згідно з критеріями S.L. Wallace, рекомендованими Всесвітньою організацією охорони здоров'я (2002) та EULAR (2013). Наявність та ступінь ожиріння оцінювали за величиною: $IMT (кг/м^2) = \text{маса тіла} (кг) / \text{зріст} (м^2)$. Аналізували динаміку товщини інтимомедійного комплексу (ТІМК), індексу жорсткості аорти (ІЖА), швидкість поширення пульсової хвилі (ШППХ), cardio-vascular index (CAVI). ТІМК визначали методом доплерографії. Визначення ШППХ проводили методом реоплетизмографії з синхронною реєстрацією реоплетизмограм плечової та гомілкової артерій. Для розрахунку плече-гомілкового судинного індексу визначали показник швидкості поширення пульсової хвилі за формулою: $PWV=L/T$ (см/с), де L - віддаль в см на магістралі «плече-гомілка», ділили на різницю між початком наповнення пле-

чової і гомілкової артерій (T, сек). За норму вважали значення $9,4 \pm 1,3$ м/с. Відтак, значення L/T (м/с) вносили у формулу для визначення CAVI [7]: $CAVI=2\rho \ln (Ps/Pd) \times PWV/2\Delta P$, де PWV - швидкість поширення пульсової хвилі, Ps – систолічний тиск крові, Pd – діастолічний тиск крові, ΔP - пульсовий тиск крові, ρ - в'язкість крові (величина стабільна та дорівнювала 1,03). Визначення ІЖА проводили розрахунковим методом за відношенням ПАТ мм рт. ст. до ударного об'єму EchoКС (УО, мл) : $ІЖА=ПАТ (мм рт. ст.)/УО (мл)$, де ІЖА – індекс жорсткості аорти (мм рт. ст./мл), ПАТ – пульсовий артеріальний тиск (мм рт.ст.), УО – ударний об'єм (мл). Статистичну обробку виконували за допомогою комп'ютерної програми STATISTIKA-8 і пакета статистичних функцій програми «Microsoft Excel» визначали середню арифметичну величину M, середнє квадратичне відхилення δ , середню помилку середньої арифметичної m, число варіанта (n), вірогідність різниці двох середніх арифметичних «р», парний t-критерія Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У таблиці 1 наведені результати впливу засобів БТ на показники пружно-еластичних властивостей судин. Після проведеного лікування не спостерігалось достовірного зниження отриманих результатів.

Проводився аналіз показників артеріальної жорсткості. Згідно з даними таблиці 2, після проведеного 1-місячного лікування з використанням БТ та лозартану ІЖА знизився на 4,76% ($p>0,05$), а після 6 місяців лікування – 6,66% ($p>0,05$). Не спостерігалось достовірних змін у зменшенні ІЖА і при додаванні до БТ мельдонію дигідрату, так після 1 місяця лікування він зменшився тільки на 2,9% ($p>0,05$), після 6 місяців – на 3,96% ($p>0,05$). Рівень CAVI у підгрупі лозартану після 1 місяця лікування знизився на 5,3% ($p>0,05$), після 6 місяців – на 6,53%, що було теж не достовірним результатом ($p>0,05$). А в підгрупі мельдонію дигідрату достовірне зниження CAVI спостерігалось, однак тільки після 6 місяців проведеного лікування та було меншим ніж до лікування на 6,59% ($p<0,05$). Динаміка показників ТІМК та ШППХ після проведеного лікування з використанням БТ та лозартану чи БТ з мельдонієм дигідратом не була достовірною. Що ж до впливу стандартної терапії в поєднанні з лозартаном та мельдонієм дигідратом, то ІЖА в процесі лікування вже через 1 місяць достовірно зменшився на 12,5% ($p<0,01$), а після 6 місяців – на 36,1 % ($p<0,01$), що вказує на суттєве зменшення жорсткості

аорти й підвищення її пружно - еластичних властивостей. Інший важливий показник САVI після 1 місяця лікування СТ в поєднанні з лозартаном та мельдонієм зменшився на 12,87% (p<0,05), і на 24,12% (p<0,01) після 6 місяців лікування, тобто він практично нормалізувався.

Що ж до динаміки ТІМК та ШППХ, то їхні значення достовірно нормалізувались тільки після 6 місяців запропонованої терапії. Так, ТІМК зменшилась на 4,58% (p<0,01), а ШППХ – на 16,35% (p<0,01).

Таблиця 1

Динаміка показників пружно-еластичних властивостей судин у хворих на ЕАГ з ожирінням та подагрою під впливом базової терапії (M±m) (n=12)

Показник	Час спостереження		
	до лікування	через 1 місяць	через 6 місяців
ГЖА, мм рт. ст./мл, Δ%; p	1,01±0,02	0,99±0,03 -1,98 p>0,05	0,98±0,04 -2,97 p>0,05
САVI, Од Δ%; p	10,02±0,45	9,97±0,43 -0,49 p>0,05	9,92±0,42 -0,99 p>0,05
ТІМК, мм Δ%; p	0,94±0,01	0,93±0,03 -1,06 p>0,05	0,93±0,04 -1,06 p>0,05
ШППХ, м/с Δ%; p	13,44±0,5	13,35±0,48 -0,66 p>0,05	13,29±0,47 -1,11 p>0,05

Примітки: p- достовірність різниці даних порівняно з величинами до лікування; Δ- різниця показника порівняно з величинами до лікування, %.

Отримані результати обґрунтували доцільність використання в лікуванні ЕАГ у хворих з ожирінням та подагрою препаратів, що мають коригуючий вплив на артеріальну жорсткість. Застосування комбінації мельдоній дигідрат та лозартан викликало збільшення антигіпертен-

зивної активності терапії. При дослідженні впливу досліджуваних препаратів на артеріальну жорсткість, визначена ендотеліопротективна ефективність обох препаратів, що посилюється при їх комбінованому застосуванні.

Таблиця 2

Динаміка показників артеріальної жорсткості судин у хворих на ЕАГ з ожирінням та подагрою (M±m)

Показник	БТ + лозартан (n=11)			БТ + мельдонію дигідрат (n=12)			БТ + лозартан + мельдонію дигідрат (n=11)		
	до лікування	через 1 місяць	через 6 місяців	до лікування	через 1 місяць	через 6 місяців	до лікування	через 1 місяць	через 6 місяців
ГЖА, мм.рт.ст/мл Δ%; p	1,05±0,02	1,0±0,02 -4,76 p>0,05	0,99±0,05 0,05 -6,66 p>0,05	1,01±0,02	0,99±0,02 0,02 -2,9 p>0,05	0,98±0,02 0,02 -3,96 p>0,05	1,04±0,03	0,91±0,01 0,01 -12,5 p<0,01	0,68±0,02 0,02 -36,1 p<0,01
САVI, Од Δ%; p	10,87±0,39	10,29±0,38 -5,3 p>0,05	10,16±0,5 5 -6,53 p>0,05	10,91±0,29	10,31±0,32 -5,49 p>0,05	10,19±0,3 -6,59 p<0,05	10,53±0,42	9,28±0,36 -11,87 p<0,01	7,99±0,31 0,31 -24,12 p<0,01
ТІМК, мм Δ%; p	0,94±0,01	0,91±0,02 -3,19 p>0,05	0,90±0,03 0,03 -4,25 p>0,05	0,93±0,01	0,91±0,01 -2,15 p>0,05	0,91±0,01 0,01 -2,15 p>0,05	0,94±0,01	0,92±0,01 0,01 -2,12 p>0,05	0,89±0,01 0,01 -5,31 p<0,01
ШППХ, м/с Δ%; p	13,72±0,41	13,14±0,98 -4,22 p>0,05	12,45±0,6 5 -9,25 p>0,05	13,7±0,35	12,99±0,35 -5,18 p>0,05	12,34±0,36 -9,9 p>0,05	13,51±0,46	12,89±0,40 -4,58 p>0,05	11,3±0,36 0,36 -16,35 p<0,05

Примітки: p- достовірність різниці даних порівняно з величинами до лікування; Δ- різниця показника порівняно з величинами до лікування, %.

ВИСНОВКИ

1. Лозартан та метамакс позитивно впливають на пружно-еластичні властивості судинної системи. Це доведено достовірним покращенням значення ІЖА та САVІ вже після 1 місяця проведеного комплексного лікування. Також відзначається достовірне зменшення значення ТІМК та ШППХ після 6 місяців лікування за запропонованою схемою лікування.

2. Комбіноване застосування лозартану та мельдонію дигідрату супроводжується потенціуванням результативності коригуючого впливу терапії на артеріальну жорсткість.

3. Викладені положення обґрунтовують доцільність застосування в комбінації з БТ лозартану та мельдонію дигідрату як ендотеліопротективної у хворих на ЕАГ з ожирінням та подагрою.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Діагностика, перебігу та лікування метаболічного синдрому у хворих на подагру / О.В. Синяченко, Г.А. Ігнатенко, В.М. Петрова [та ін.] // Укр. ревматол. журнал. – 2007. – № 2 (28). – С. 3-9.
2. Коваленко В.М. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз (аналітично-статистичний посібник) / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. – К., 2013. – 540 с.
3. Мітченко О.І. Високий кардіоваскулярний ризик у хворих з артеріальною гіпертензією та ожирінням / О.І. Мітченко, В.Ю. Романов, К.О. Яновська // Здоров'я України, 2012. – С. 24-25.

4. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология / Е.Л. Насонов. – М., 2008. – 288 с.
5. Ревматичні хвороби та синдроми / А.С. Свінцицький, О.Б. Яременко, О.Г. Пузанова [та ін.].–К., 2006.–680с.
6. Соломенчук Т.М. Можливості оптимального менеджменту артеріальної гіпертензії високого ризику на рівні сучасної амбулаторної практики / Т.М. Соломенчук // Здоров'я України. – 2013. – С. 37-38.
7. Cardio-ankle vascular index (CAVI) as a novel indicator of arterial stiffness: theory, evidence and perspectives / K. Shirai, N. Hiruta, M. Song [et al.] // J. Atheroscler Thromb. – 2011. – Vol. 18, N 11. – P. 924-938.



УДК 616.12-008.6:616.132.2-036-053.9

С.О. Шейко

ОСОБЛИВОСТІ АТЕРОГЕНЕЗУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ХСН І КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» кафедра терапії, кардіології і сімейної медицини ФПО (зав. - д. мед. н., проф. В.А. Потабашиній)

Кардіоренальний синдром (КРС) є актуальною проблемою у хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН). Особливості атерогенезу у хворих з КРС залежно від ниркової дисфункції залишаються недостатньо вивченими.

Мета дослідження: вивчення особливостей ліпідного обміну у хворих похилого віку з КРС залежно від тяжкості ХСН і рівня швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ).

Основну групу склали 309 хворих похилого віку з ХСН і КРС. До групи порівняння увійшло 73 хворих (18 чоловіків та 55 жінок) з ХСН без КРС. Середній вік хворих – 66,8±6,3 року. Середня тривалість захворювання – 7,11±3,9 року. Контрольну групу склали 30 здорових па-

цієнтів того ж віку. Стан ліпідного обміну вивчали біохімічним методом за рівнем загального холестерину (ЗХС), ХС ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ) та ХС ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ). Аналіз отриманих даних проводили за допомогою програми статистичного аналізу Statistica for Windows v.6.1.

Показники ліпідного спектра (ЗХС, ХС ЛПНЩ, ТГ) залежно від ФК ХСН в основній групі мали тенденцію до зростання (p>0,05 в усіх випадках порівняння за ANOVA). Найвищі значення загального холестерину, тригліцеридів і холестерину ліпопротеїдів низької щільності зареєстровано у хворих основної групи з ІV

функціональним класом (ФК) ХСН як при збереженій фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ), так і при систолічній його дисфункції (СД). Аналіз рівня ХС ЛПВЩ у хворих основної групи показав, що в усіх випадках значення цього показника мало тенденцію до зниження, порівняно з показником у здорових.

Поряд з цим, порушення функції нирок у хворих похилого віку з ХСН і КРС виникають значно раніше, ніж у хворих з ХСН без КРС - вже при II-III ФК ХСН у хворих зі збереженою ФВ ЛШ. Найбільш виражені функціональні зміни нирок у хворих з III-IV ФК ХСН, СД ЛШ і КРС. Середній рівень ШКФ у хворих зі збереженою ФВ ЛШ при II-IV ФК ХСН і КРС ($71,4 \pm 45,1$ мл/хв/1,73м²) був в 1,3 разу нижчим,

ніж цей показник у групі порівняння ($92,9 \pm 21,8$ мл/хв/1,73м²), у хворих з СД ЛШ ($66,4 \pm 36,8$ мл/хв/1,73м²) – нижче в 1,4 разу. Простежується чітка залежність ліпідного спектра і функціональних змін нирок від тяжкості ХСН, що підтверджено зворотним кореляційним зв'язком між ШКФ і ФК ХСН ($r = -0,61$; $p < 0,05$) і зворотним кореляційним зв'язком між рівнем ШКФ і ХС ЛПВЩ ($r = -0,43$; $p < 0,05$).

Аналіз показників ліпідного спектра у хворих похилого віку з ХСН і КРС виявив статистично більш значуще, ніж у хворих з ХСН без КРС, збільшення концентрації ЗХС за рахунок підвищення рівнів ХС ЛПНЩ і ТГ. Стан ліпідного обміну у хворих з КРС зазнає змін, виразність яких залежить від ступеня ниркової дисфункції.



УДК 616.248-036-08:613.25

**В.І. Величко,
Я.І. Венгер,
Г.О. Данильчук,
С.Ф. Коваленко**

РІВЕНЬ КОНТРОЛЮ НАД БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ У ХВОРИХ ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

*Одеський Національний Медичний Університет
кафедра сімейної медицини та загальної практики
(зав. – д. мед. н., проф. В.І. Величко)*

Основною метою лікування бронхіальної астми (БА) відповідно до міжнародної програми GINA є досягнення і підтримка контрольованого перебігу захворювання, тобто такого стану, коли симптоми відсутні або мінімальні (не більше двох денних епізодів на тиждень), відсутні обмеження фізичної активності й потреби в препаратах швидкої допомоги, функція легенів залишається в межах норми й відсутні загострення. Надмірна маса тіла може бути як фактором ризику виникнення БА, так і провокувати її загострення, знижувати ефективність терапії. Тому так важливо ідентифікувати й припинити вплив надмірної маси тіла на будь-якому етапі ведення хворого.

Мета дослідження – оцінити рівень контролю бронхіальної астми у дітей з надмірною масою тіла.

Клінічні, лабораторні й інструментальні дослідження проведені у 71 дитини з БА у віці 6-11 років. Серед них - 31 дитина з надмірною масою

тіла, 40 дітей з гармонійним фізичним розвитком. Тривалість захворювання менше ніж 1 рік мала місце у 41% дітей, 1-3 роки – у 27% дітей, 4-5 років - у 17% дітей, понад 5 років - у 15% дітей. Для оцінювання рівня контролю над БА за останні чотири тижні заповнювався опитувальник Asthma Control Test (ACT) для дітей. Тест містить 7 питань з трьох- і п'ятибальною оцінкою відповідей, які підсумовуються. Сума 20 та більше балів відповідає повністю контрольованому перебігу БА, 19 та менше балів – неконтрольованому перебігу БА.

Аналіз результатів проведеного тесту ACT показав, що 24 (33,8%) обстежені дитини мають недостатньо контрольований перебіг БА. Серед них надмірну масу тіла мали 17 дітей (70,8%). У 3 дітей (17,6%) з надмірною масою тіла показники ACT перебувають у діапазоні 5-10 балів, що свідчить про дуже низький рівень контролю БА.

Серед дітей з неконтрольованою БА на фоні надмірної маси тіла частота госпіталізацій з

приводу загострень за рік була в 1,7 разу вище, ніж у дітей з неконтрольованим перебігом БА на фоні гармонічного фізичного розвитку й у 2,5 рази вище, ніж у дітей з контрольованим перебігом БА.

Таким чином, перебіг БА й відповідь на лікування у дітей з надмірною масою тіла має свої особливості, що вимагає диференційного підходу в досягненні астми-контролю у такої категорії хворих.



УДК 616-002.5:616.98:578.828ВІЛ]-07-084-036.8

**Д.Г. Крижановський,
Н.А. Марченко**

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ З НОВИМИ ВИПАДКАМИ КО-ІНФЕКЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра фтизіатрії
(зав. – д. мед. н., проф. Д.Г. Крижановський)*

Формування резистентності мікобактерії туберкульозу до протитуберкульозних препаратів є однією з основних проблем сучасного туберкульозу. У хворих з новими випадками ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, за даними літератури, частота резистентності вища, ніж у хворих з новими випадками туберкульозу без ВІЛ-інфекції. Наявність у хворих з новими випадками туберкульозу первинної резистентності до основних протитуберкульозних препаратів потребує більш тривалого та коштовного лікування.

Проведений ретроспективний аналіз наявності резистентності мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів у 130 хворих з новими випадками ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, які лікувалися протягом 2009-2013 років у комунальному закладі «Дніпропетровське обласне клінічне об'єднання «Фтизіатрія» Дніпропетровської обласної Ради». Дані про хворих отримувалися з медичних карт стаціонарних хворих, які містили результати тесту медикаментозної чутливості мікобактерії туберкульозу до протитуберкульозних препаратів.

Серед 130 хворих з новими випадками ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ резистентність до протитуберкульозних препаратів була виявлена у 14 хворих, що становить 10,7%. У 3 хворих (2,3%) була виявлена резистентність до одного протитуберкульозного препарату, у 5 хворих (3,8%) була виявлена резистентність до 2 протитуберкульозних препаратів, у 6 хворих (4,6%) була виявлена резистентність до 3 та більше протитуберкульозних препаратів.

У 116 хворих з новими випадками ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, що становить 89,3%, чутливість до всіх протитуберкульозних препаратів була збережена.

ПІДСУМОК

Серед хворих з новими випадками ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ частота резистентності до протитуберкульозних препаратів становить 10,7%. Наявність резистентності значно ускладнює перебіг та лікування ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ та є несприятливою прогностичною ознакою епідемії туберкульозу.



**В.М. Школьник,
О.В. Погорєлов,
О.І. Кальбус,
О.М. Бараненко,
В.І. Пашковський**

КЛІНІКО-НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ СТОВБУРОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра неврології та офтальмології
(зав. – д. мед. н., проф. В.М. Школьник)*

Цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) є актуальною проблемою сьогодення з високим рівнем інвалідизації та смертності. Роль порушень функціонального стану стовбурових структур при ЦВЗ у розвитку ЦВЗ остаточно не визначена, є додатковим фактором несприятливого перебігу та потребує адекватної діагностики.

Мета роботи: визначення сукупності клінічних та нейрофізіологічних критеріїв діагностики стовбурових регуляторних порушень при ЦВЗ.

Проведено клініко-нейрофізіологічне дослідження 43 пацієнтів, середній вік 53,9 року, які переносили інфаркти мозку (ІМ) та мали мікроевгніщеву симптоматику стовбурового рівня у вигляді зниження функцій черепних нервів (слабкість конвергенції, ністагм, диплопія, дизартрія, вестибулярна дисфункція) та дизрегуляторну симптоматику у вигляді вегетативних порушень, ознаки церебро-кардіального синдрому, астенію, що не пов'язана з іншими захворюваннями.

Клініко-неврологічне обстеження проведено за поглибленою методикою, електрофізіологічні методи включали електроенцефалографію (ЕЕГ) з обчисленням спектральних потужностей та метод слухових стовбурових викликаних потенціалів (ССВП), що давало змогу визначити функціональний стан стовбура мозку.

Встановлена наявність низькоамплітудних та сплосчених типів ЕЕГ у 22 (51,1%), із формально збереженою альфа- активністю – 2,3% пацієнтів, гіперсинхронні – 4,65%, з високим індексом низькочастотної (включно з низько-амплітудни-

ми типами) – 83,7%, з типовими епілептиформними феноменами – 2,3%. Також оцінено ступінь змін форми основної активності мозку, наявність гострохвильової активності, краніотопічних невідповідностей та інших патологічних феноменів. Також досліджені кореляційні зв'язки між стовбуровою та спонтанною активністю з обчисленням коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена з метою встановлення критеріїв оцінки стовбурової дисфункції за показниками стандартної ЕЕГ, що є значно більш поширеним та доступним методом обстеження порівняно з дослідженнями стовбурової активності. Викликана активність при сплосчених типах ЕЕГ характеризувалась низькими показниками (мкВ) амплітуди (середнє значення становило $0,34 \pm 0,11$ для 5-го компоненту, що є найбільш амплітудним (мкВ) та характеризує активність чотиригорбикового тіла, контроль - $0,87 \pm 0,01$; статистичні відмінності достовірні за t критерієм Стьюдента). Аналіз отриманих значень кореляцій компонентів ЗВП і потенціалу ритмів (мкВ) ЕЕГ дає підстави вважати, що показники рівня (мкВ) стовбурової відповіді мають корелятивний зв'язок з рівнем (мкВ) спонтанної активності.

Зроблено висновок, що використання електроенцефалографії у пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями дає можливість оцінити за функціональними показниками стан стовбурових структур, що доцільно для уточнення характеристик регуляторних порушень і оптимізації лікувальної тактики.



УДК 616.379-008.64:616.12:577.175.1

**В.І. Величко,
О.В. Саїд,
Я.І. Венгер,
Г.О. Данильчук,
Т.Л. Карпинська***

РОЛЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ВИЗНАЧЕННІ РІВНЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

*Одеський Національний Медичний Університет
кафедра сімейної медицини та загальної практики
(зав. – д. мед. н., проф. В.І. Величко)
ДЗ «Дорожня лікарня ДП «Одеська залізниця»**

Проблема цукрового діабету (ЦД) належить до найбільш важливих медико-соціальних проблем сучасності і має глобальний характер. У першу чергу, це пов'язано з широкою поширеністю цього захворювання і тенденцією до подальшого росту кількості таких хворих. За даними ВООЗ, на частку ЦД 2-го типу припадає 90% всіх випадків. Цей тип діабету розцінюють як хронічне прогресуюче захворювання з неминучою втратою інсулінсекретуючої функції β -клітин підшлункової залози.

Однією з найбільш поширених супутніх патологій ЦД 2-го типу є надмірна маса тіла та ожиріння. Ця патологія вважається не тільки найбільш поширеним супутнім захворюванням ЦД, але й одним з провідних факторів його розвитку та прогресування. На сьогоднішній день вченими детально вивчається роль хронічного запалення в розвитку як ЦД 2-го типу, так і ожиріння.

Нами було виконано обстеження 25 хворих на ЦД 2-го типу. Серед цих хворих у 23 (92%) пацієнтів було виявлено підвищення індексу маси тіла (ІМТ), у 11 (47%) ІМТ зберігався в межах

25-29.9 кг/м², та у 12 (53%) ІМТ понад 30 кг/м². Додатково всім хворим було виконано визначення рівня туморнекротичного фактору- α (ТНФ- α) як одного з показників хронічного запального процесу. Визначено значущий позитивний кореляційний зв'язок між рівнем ІМТ у хворих на цукровий діабет та підвищенням рівня ТНФ- α ($r=0,662$, $P<0,03$). Подібна тенденція була відзначена між рівнем вісцерального жиру та рівнем ТНФ- α у пацієнтів з ЦД 2-го типу ($r=0,537$, $P<0,02$).

Таким чином, відзначено підвищення ТНФ- α у пацієнтів з ЦД 2-го типу з надмірною масою тіла та ожиріння, що розцінювалось як одна з ознак підвищеного кардіоваскулярного ризику у цих хворих. Необхідно відзначити, що визначення показників прозапальних цитокінів, таких як ТНФ- α , може бути додатковим шляхом до раннього визначення рівня кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з ЦД 2-го типу на тлі надмірної маси тіла та ожиріння. Доцільне також подальше детальне вивчення динаміки показників прозапальних цитокінів на фоні проведеної терапії ЦД та ожиріння.



УДК 616-022.854.2-071.1

Є.Г. Грабовська

ОБТЯЖЛИВИЙ АЛЕРГОАНАМНЕЗ – КРИТЕРІЙ ВІЯВЛЕННЯ ПОЛІНОЗУ

КНП «Новомосковський МЦ ПМСД» АЗПСМ №3

Серед алергійних захворювань провідне місце займає поліноз. Актуальність проблеми визначається тим, що захворювання виникає у молодому віці та має негативний вплив на психологічний стан і соціальне життя пацієнтів, порушуючи когнітивну функцію, здатність до навчання, а також обмежуючи професійну діяльність людини. Незважаючи на сучасні методи

лікування, чисельність хворих на поліноз та пилкову бронхіальну астму не має тенденції до зниження і продовжує бути значною. Тому спроба визначити можливості раннього виявлення захворювання є в наш час важливою.

Метою нашого дослідження було вивчити обтяжливий алергоанамнез пацієнтів як один з

критеріїв виявлення полінозу на первинному рівні надання медичної допомоги.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проводилось скринінгове обстеження 59 хворих на поліноз у фазі загострення з клінічними проявами риніту, кон'юнктивіту та бронхоспазму. Серед них – 39 (66,1%) жінок та 20 (33,9%) чоловіків у віці від 18 до 68 років, середній вік ($M \pm m$) – $38,3 \pm 1,4$ року. Тривалість захворювання на поліноз (від моменту постановки діагнозу) коливалась від 1 до 32 років і в середньому становила $11,9 \pm 1,0$ рік.

Прояви полінозу вивчали шляхом алергологічного скринінгу за допомогою анкетування хворих на поліноз [Наказ МОЗ України № 127/18 від 02.04.2002 р.].

Усім хворим проводилося всебічне обстеження, яке включало вивчення анамнезу, фізикальне обстеження хворих, що проводилося за загальноприйнятою методикою; лабораторна діагностика включала загальний аналіз крові та імунологічні дослідження: рівень IgE загального та оцінка фагоцитарної активності нейтрофілів; інструментальні методи дослідження – спірографія (оцінка показників ОФВ₁, ОФВ₁/ЖЄЛ).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Шляхом вивчення анкет було оцінено анамнестичні дані хворих на поліноз. Обтяжливий алергологічний анамнез було виявлено у 30 пацієнтів – 50,85% обстежених хворих на поліноз.

Серед них родинний алергологічний анамнез був обтяжливий:

- у батьків хворих – 80% пацієнтів;

- у сестер та братів – 16,7% пацієнтів;
- у дідусів та бабусь – 3,3% пацієнтів.

Отже, результати дослідження показали наявність у половини хворих на поліноз обтяжливого анамнезу ($n=30$; 50,8%), переважно по першій (батьківській) лінії ($n=24$; 40,7%).

Найбільш розповсюджене алергічне захворювання у родичів – поліноз (50% випадків); далі бронхіальна астма – у 30% та інші (кропив'янка, цілорічний алергійний риніт, набряк Квінке) – у 20% випадків.

У 86,7% пацієнтів наявні алергологічні захворювання в їхніх дітей.

39% обстежених пацієнтів впродовж життя страждали на інші алергічні захворювання. Серед них: цілорічний алергійний риніт – у 15,3%, набряк Квінке – у 10,2%, кропив'янка – у 6,8%, бронхіальна астма – у 5,1% пацієнтів.

За результатами кореляційного аналізу виявлено: частіше спадкову схильність до розвитку алергологічної патології мали хворі більш молодшого віку ($r = -0,26$) – середній вік $35,6 \pm 1,7$ проти $41,1 \pm 2,2$ року у хворих зі сприятливим алергологічним анамнезом ($p < 0,05$).

Узагальнюючи викладений матеріал, можна зробити висновок: лікар первинної ланки медичної допомоги повинен детально проаналізувати анамнез хворого та, при наявності обтяжливих факторів анамнезу, провести більш детальне обстеження пацієнта з метою раннього виявлення та можливостей профілактики подальшого перебігу та ускладнень захворювання.



УДК 616.12-008.46-036.1-07-08:612.172

**Ю.С. Кушнір,
О.В. Курята**

ГАЛЕКТИН-3 У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЮ ВИКИДУ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра госпітальної терапії № 1 та профпатології
(зав. – д. мед. н., проф. О.В. Курята)*

Незважаючи на значні досягнення сучасної кардіології в профілактиці та лікуванні хронічної серцевої недостатності (ХСН), рівень смертності від неї залишається досить високим. Продовжується пошук нових маркерів ХСН, що доз-

волять діагностувати її на ранньому етапі розвитку та оцінити ефективність проведеної терапії. На сьогоднішній день галектин-3 розглядають як універсальний фенотипічний маркер прозапальної активації та проліферації –

процесів, що лежать в основі кардіального та васкулярного ремоделювання. Дані експериментальних та клінічних досліджень свідчать, що галектин-3 є незалежним предиктором погіршення прогнозу при серцевій недостатності.

Метою роботи було встановити рівень галектину-3 у хворих на хронічну серцеву недостатність зі збереженою систолічною функцією.

Обстежено 26 хворих з ХСН II-III функціонального класу (ФК) (згідно з класифікацією Нью-Йоркської асоціації кардіологів (NYHA)) зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (фракція викиду (ФВ) більше 45%) у віці від 51 до 75 років (середній вік – 65,8±1,4 року). Чоловіки склали 73,0% (19 осіб), жінки – 27,0% (7 осіб). Критерії включення: наявність ХСН II-III функціонального класу, зумовленої ішемічною хворобою серця (ІХС); ФВ≥ 45%; інформована згода хворого. Термін спостереження становив 3 місяці. Всі пацієнти були обстежені та отримували базисну терапію, відповідно до стандартів діагностики та лікування хворих з ХСН (Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436). До групи контролю увійшло 8 хворих від 48 до 72 років (середній вік 56,8±2,2 року) на ІХС без клінічних та об'єктивних даних за наявністю ХСН, зіставлених за індексом маси тіла (ІМТ) та

ФВ (p>0,05 при всіх порівняннях). Визначення кількісного рівня галектину-3 проводилось методом імуоферментного аналізу «Elisa».

У хворих на ХСН зі збереженою фракцією викиду рівень галектину-3 зареєстровано від 19,4 до 62,8 нг/мл (середній рівень – 37,2±2,54 нг/мл), у групі контролю – від 5,7 до 16,1 нг/мл (середній рівень – 9,2±1,8 нг/мл) (p<0,05). Згідно з літературними даними, підвищений рівень галектину-3 може свідчити про прогресуючий розвиток серцевої недостатності. Виявлено тенденцію до зростання рівня галектину-3 залежно від ФК (NYHA). Так, при II ФК середній рівень становив 32,7±2,4 нг/мл, при III ФК – 36,1±3,1 нг/мл (p=0,07). Встановлено, що рівень галектину-3 мав певні гендерні відмінності: у жінок середній рівень становив 48,2±2,7 нг/мл, у чоловіків – 31,8±1,9 нг/мл (p<0,05). У хворих на ХСН показники рівня галектину-3 достовірно зростали при збільшенні ІМТ (p<0,05).

Отже, наявність ХСН зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка асоціюється з підвищенням рівня галектину-3. Галектин-3 може бути перспективним діагностичним та прогностичним маркером у цієї категорії хворих, але потребує пролонгації дослідження в більш віддаленому періоді.



УДК 616.24-003.6:616.12-005.4:543.272.3

В.М. Братусь

СТАН СИСТЕМИ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА СИЛІКОЗ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*Харківський національний медичний університет
кафедра внутрішніх та професійних хвороб
(зав. – д. мед. н., проф. В.А. Капустник)*

Незважаючи на певні успіхи у вивченні патогенезу силікозу, залишається багато нез'ясованих питань, особливо тих, що стосуються його поєднання з іншими захворюваннями, які значно ускладнюють лікування цієї категорії хворих. Однією з найменш вивчених є проблема поєднання силікозу з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Метою роботи було вивчення стану системи оксиду азоту (NO) у хворих на силікоз з різною

стадією клінічного перебігу, поєднаний з ІХС, за вмістом у крові нітрозотіолу, нітрит- і нітрат-аніонів, активності супероксиддисмутази.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Основну групу склали 64 хворих на силікоз з ІХС, яку поділили на підгрупи залежно від стадії клінічного перебігу силікозу - 42 пацієнти з силікозом I стадії, 22 пацієнти – II стадії. Групу порівняння склали 77 хворих на силікоз за відсутності ІХС, яку теж поділили на підгрупи - 56

пацієнтів з I стадією, 21 пацієнт – з II стадією. Групу контролю склали 30 практично здорових осіб, які достовірно не відрізнялися за статтю та віком від пацієнтів. Рівень S-нітрозотіолу в плазмі крові, вміст нітрит- і нітрат-аніонів та активність супероксиддисмутази (КФ 1.15.1.1) (СОД) у сироватці крові оцінювали спектрофотометричним методом.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У плазмі крові хворих, порівняно з контролем, визначалася тенденція до статистично значущого ($p < 0,001$) зростання рівня S-нітрозотіолу, яке становило для силікозу I і II стадії при наявності ІХС відповідно 54 і 100%, а в разі відсутності ІХС - 27 і 45%. У хворих на силікоз I і II стадії з ІХС у сироватці крові спостерігалось зменшення нітрит-аніонів відповідно на 30 і 41%; у хворих на силікоз I і II стадії без ІХС, навпаки, виявлено статистично значуще ($p < 0,001$) збільшення – відповідно на 74 і 54%. Така ж динаміка змін відзначалася і для нітрат-аніонів: зменшення ($p < 0,001$) в середньому на 37,5% для обох стадій силікозу з ІХС; збільшення на 74% ($p < 0,001$) при I стадії силікозу за відсутності ІХС та недостовірне на 49% ($p = 0,072$) при II стадії.

Різноспрямовану динаміку змін виявлено для активності СОД сироватки крові порівняно з контролем. Так, у хворих основної групи активність СОД зменшувалася ($p < 0,001$) для обох стадій силікозу майже в 2,3 разу, тоді як у хворих групи порівняння, навпаки, збільшувалася

($p < 0,001$) в 1,7 і 2 рази відповідно при I і II стадії силікозу. Зниження СОД є причиною підвищеної генерації супероксидного аніон-радикалу (O_2^-), збільшеної швидкості взаємодії з ним NO з утворенням цитотоксичного пероксинітриту ($OONO^-$). Підвищення активності СОД слід розглядати як адаптивну реакцію, можливість зниження генерації O_2^- та швидкості взаємодії з ним NO з утворенням $OONO^-$.

ВИСНОВКИ

1. Таким чином, при силікозі з ІХС система NO характеризується зниженням у плазмі крові вмісту нітрит- і нітрат-аніонів на фоні підвищення S-нітрозотіолу. Однією з причин зниження біодоступності NO та утворення його кінцевих продуктів нітритів/нітратів є спадання активності СОД, використання її значної кількості у реакції взаємодії з O_2^- . При силікозі за відсутності ІХС система NO характеризується зростанням S-нітрозотіолу, нітрит- і нітрат-аніонів. Однією з причин збільшення при цьому біодоступності NO та утворення його кінцевих продуктів нітритів/нітратів є підвищення активності СОД, зниження її використання у реакції взаємодії з O_2^- .

2. Подальшою перспективою є дослідження, спрямовані на розкриття патохімічних механізмів порушень стану оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих на силікоз в поєднанні з ІХС з метою оптимізації терапевтичних заходів.



УДК 616.12-005.4:616.132.2-037-036

*Л.К. Караванська,
О.О. Богданова,
С.М. Медведік*,
Д.Л. Чвора**

ІХС З КОРОНАРОГРАФІЧНО ІНТАКТНИМИ АРТЕРІЯМИ СЕРЦЯ: ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»**

В Україні смертність від хвороб системи кровообігу становить близько 65,8%, при цьому внесок ішемічної хвороби серця (ІХС) – 71,1%. Серед причин розвитку ІХС перше місце посідають атеросклеротичні зміни коронарних артерій (КА) серця. Однак при проведенні коронарографії (КГ) інтактні або незначно уражені

КА при типовій клінічній картині ІХС виявляються, за різними джерелами, у 12-18% випадків, що потребує подальшого вивчення з метою раціонального лікування та профілактики.

Мета роботи – визначити особливості частоти факторів кардіоваскулярного ризику серцево-судинних ускладнень, клінічний перебіг

хронічної ІХС та зміни лабораторних показників у хворих різних вікових груп і статі з коронарографічно інтактними КА серця.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 474 пацієнтів з ІХС у віці від 40 до 75 років (середній вік, $M \pm m$ – $57,7 \pm 0,50$ року) з тривалістю захворювання від 1 до 32 років (середня тривалість захворювання $9,9 \pm 0,29$ року), яким було виконано КГ дослідження. З урахуванням критеріїв включення та виключення з дослідження, були сформовані дві групи пацієнтів ($n = 159$): перша група – пацієнти з коронарографічно інтактними КА ($n = 99$), з них чоловіків – 51 (51,5%), жінок – 48 (48,5%), друга група (група контролю) – пацієнти зі стенозом КА 50-75% при одно- та двосудинному ураженні ($n = 60$), з них чоловіків – 35 (58,3%), жінок – 25 (41,7%). Для проведення аналізу змін залежно від віку всі пацієнти ($n = 159$) були поділені на 2 підгрупи: до I-ї увійшло 78 (49,1%) пацієнтів віком від 40 до 59 років, до II групи – 81 (50,9%) пацієнт старше 60 років. У всіх пацієнтів зібрані анамнестичні дані; визначені ІМТ, артеріальний тиск, ЧСС, пульс. Виконали необхідний обсяг лабораторних досліджень (загальний аналіз крові, ліпідний профіль, С-реактивний протеїн та креатинін у сироватці крові). Обчислювали швидкість клубочкової фільтрації, оцінювали результати ЕКГ, ЕхоКГ, КГ. Вірогідність відмінностей між двома варіаційними рядами отриманих результатів оцінювали за допомогою критерію t Стьюдента в параметричних обчисленнях. Критичне значення рівня значущості (p) приймалося $\leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами КГ дослідження у пацієнтів з ознаками ІХС інтактні КА виявлені в 23,1%

випадків. У пацієнтів з інтактними КА виявлено фактори ризику серцево-судинних захворювань: артеріальна гіпертензія (АГ), ІМТ, дисліпідемії. У пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда (ІМ) в анамнезі та інтактними КА серця поєднання трьох факторів ризику: АГ, дисліпідемія та підвищення ІМТ, без ІМ в анамнезі – поєднання двох факторів ризику ($p < 0,05$). Характерною особливістю більшості хворих з інтактними КА (62,5%) є достовірний атиповий прояв стенокардичного синдрому. В обох групах з ІХС виявлена дисліпідемія, за рахунок рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), при відсутності різниці між групами. Наявність в анамнезі ІМ асоціювалась з кращим контролем дисліпідемії, що можна пояснити більшою увагою лікарів до цієї групи пацієнтів та прихильності до статинотерапії, на відміну від групи пацієнтів з коронарографічно інтактними КА без ІМ. Вік хворих з ІХС на тлі коронарографічно інтактних КА асоціювався з більшою розповсюдженістю АГ, атеросклерозу магістральних артерій голови, ІМТ. Гендерні відмінності у цієї категорії хворих визначені у більшій поширеності АГ та ІМТ в похилому віці у жінок, та, відповідно, у чоловіків – гіперхолестеринемії та цукрового діабету 2 типу. Значущим коморбідним станом по відношенню до ІХС у жінок виявлені захворювання щитовидної залози та нирок.

ПІДСУМОК

Метою терапевтичної дії у пацієнтів з ІХС при коронарографічно інтактних КА серця має бути суворий контроль АГ, дисліпідемій та профілактика підвищеного рівня ІМТ, що достовірно знижує ризик розвитку гострих форм ІХС.



*Е.В. Найдёнова,
Д.А. Поздеев,
Е.А. Ракул,
О.С. Пристуна*

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК И ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

*Одесский национальный медицинский университет
кафедра общей практики и медицинской реабилитации
(зав. – д. мед. н., проф. Е.Б. Волошина)*

Цель исследования – оценить функцию почек и электролитный баланс у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и сахарным диабетом (СД) II типа на амбулаторном этапе лечения.

Обследовано 40 пациентов (мужчин - 18, женщин - 22), возраст $64,8 \pm 4,7$ года с диагнозом ГБ II - III стадии и СД II типа. Оценены клинико-лабораторные и физические показатели, рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Все пациенты принимали стабильную антигипертензивную и сахароснижающую терапию (метформин самостоятельно или в комбинации с производными сульфонилмочевины).

В зависимости от уровня СКФ пациенты были разделены на три группы. В I группе ($n=23$) $СКФ > 90$ мл/мин/1,73 м², уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) составил $8,25 \pm 0,27\%$, снижение магния ($\leq 0,8$ ммоль/л) выявлено у 45,5% пациентов, повышение кальция ($\geq 2,55$ ммоль/л) - у 27,3% пациентов. Во II группе ($n=14$) СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м², HbA1c -

$7,68 \pm 0,37\%$, гипомагниемия - у 70% пациентов, гиперкальциемия – у 10% пациентов. В III группе ($n=4$), $СКФ < 60$ мл/мин/1,73 м², HbA1c – $7,2 \pm 0,23\%$, гиперкалиемия ($> 5,5$ ммоль/л) выявлена у 75%, гиперкальциемия – 50%, гипомагниемия – 50% пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Пациенты с нормальной или умеренно сниженной СКФ имеют недостаточный гликемический контроль, что требует коррекции сахароснижающей терапии.

2. При критическом снижении уровня $СКФ < 60$ мл/мин/1,73 м² гиперкалиемия выявлена у 75 % пациентов, гиперкальциемия - 50% пациентов, лечение метформином противопоказано.

3. Гипомагниемия - самое распространенное нарушение электролитного баланса во всех группах не зависимо от СКФ, которое способствует развитию инсулинорезистентности.



УДК 616.1/4:614.255.3+378.14

**В.М. Ждан,
Л.М. Шилкіна,
М.Ю. Бабаніна,
М.В. Ткаченко,
І.В. Іваницький**

**ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ НОВІТНІХ
ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У
ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ПІДГОТОВЦІ
СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ В УКРАЇНСЬКІЙ
МЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ АКАДЕМІЇ**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
кафедра сімейної медицини і терапії
(зав. – д. мед. н., проф. В.М. Ждан)
м. Полтава*

Ключові слова: *інноваційні технології, опанування практичними навичками, безперервний професійний розвиток, запровадження комп'ютерних технологій, інтегративний підхід, професійна компетентність, інтернет-ресурси*

Key words: *innovative technologies, acquiring practical skills, continuing professional development, the introduction of computer technology, integrative approach, professional competence, online resources*

Реферат. *На современном этапе модернизации системы здравоохранения большое внимание уделяется методам оптимизации последипломного образования. Перспективными направлениями являются интегративный и мультидисциплинарный подход к непрерывному профессиональному образованию. Руководствуясь требованиями к профессиональной врачебной компетентности, факультетом последипломного образования разработаны алгоритмы выполнения практических навыков. Для улучшения качества практической подготовки открыты центры учебно-практической подготовки. Внедряются современные информационные технологии с элементами дистанционного образования.*

Abstract. *A great attention is paid to optimization of postgraduate methods of education at the present stage of the health care system modernization. The promising areas are integrative and multidisciplinary approach to professional continuous education. According to the requirements for professional medical competence, faculty of postgraduate education developed the algorithms for practical skills. There were opened educational centers to improve the quality of practical training. The modern information technologies with elements of distance education are introduced now.*

На сучасному етапі в нашій державі відбувається процес реформування галузі національної системи охорони здоров'я. Особливість розвитку клініко-діагностичних знань веде до того, що для надання допомоги хворому на сучасному рівні фахівець повинен відповідати міжнародним вимогам, а саме - мати високий рівень знань та практичних навичок. Вирішальним фактором, на наш погляд, є інтерактивне навчання: це навчання в процесі оволодіння практикою [1]. При такому підході отримання знань, а особливо навичок, лікар проходить через осмислення власних вмінь та дій. Факультетом післядипломної освіти Української медичної стоматологічної академії (УМСА) використовуються різноманітні способи подання матеріалу та контролю знань. Перспективними напрямками викладацьких інновацій на етапі післядипломної освіти є розвиток інтегративного підходу до навчального процесу, впровадження новітніх методів його організації:

- проблемно-орієнтоване навчання;
- об'єктивні структуровані методи оцінки практичних навичок;

- стандарти тестування;
- об'єктивне оцінювання професійної компетентності та ін.

Активне впровадження цих технологій у післядипломну медичну освіту дає можливість вивести підготовку лікарів-фахівців на рівень світових стандартів. Необхідно навчити лікарів-інтернів мислити неординарно, ставити перед собою завдання і творчо підходити до його вирішення. Сьогоднішні лікарі-інтерни - це завтрашні професіонали, від яких залежить і здоров'я нації, і розвиток охорони здоров'я.

Саме використання в педагогічному процесі інформаційних технологій дозволить сформувати лікаря-інтерна, здатного до розв'язання самих складних проблем у реаліях сучасної дійсності.

Післядипломне навчання на кафедрах факультету післядипломної освіти показало високу теоретичну підготовку лікарів, зате практичне навчання дещо не наздоганяє теоретичну підготовку.

Виходячи з цього, для покращення якості опанування практичними навичками та вмінь

майбутніх сімейних лікарів, факультетом післядипломної підготовки академії проведена низка заходів з удосконалення практичної підготовки.

На виконання наказів МОЗ України №1074 від 03.12.2010р. «Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів» та №1088 від 10.12.2010р. «Про удосконалення післядипломної підготовки лікарів», переглянуті робочі навчальні плани і програми підготовки лікарів в інтернатурі, на циклах спеціалізації та передатестаційних циклах зі спеціальності «загальна практика-сімейна медицина», в яких 5% годин відведено для лекційного матеріалу, а 75% - для опанування практичними навичками, що застосовуються у клінічній діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини. З метою суттєвого покращення якості опанування практичними навичками, навчальний процес майбутніх сімейних лікарів здійснюється в умовах навчально-практичного Центру загальної практики-сімейної медицини на базі амбулаторії сімейної медицини села Степне Полтавського району та навчально-практичного Центру на базі комунального закладу «Центр первинної медико-санітарної допомоги №2» м. Полтави. Раціональним є те, що створені вони на базах зразкових амбулаторій, де за графіком проводяться практичні заняття (тренінги) відповідно до визначених проблемних питань та компетенцій. У навчально-практичних центрах застосовуються мультидисциплінарний підхід до оволодіння практичними навичками та методично-консультативний - в опануванні міжгалузевих знань та їх використання у майбутній професії.

Керуючись вимогами до професійної лікарської компетентності та з метою удосконалення техніки надання медичної допомоги, нами розроблені покрокові алгоритми з опанування практичними навичками та вміннями, які складені з урахуванням ступеня оволодіння навичками та доступності для вивчення як на заняттях під контролем куратора, так і для самостійного опрацювання в режимі он-лайн. Підготовлений пакет ситуаційних задач за всіма розділами навчальної програми (найбільш часті та проблемні ситуації, що зустрічаються в роботі лікаря загальної практики).

На виконання Наскрізної програми підготовки лікарів зі спеціальності «Загальна практика - сімейна медицина» у вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації (Київ, 2011р.), в академії розроблений план заходів, який обговорений та затверджений на засіданні Вченої ради факультету післядипломної освіти (ФПО) академії. Згідно з цими заходами ство-

рений сумісний комплексний план кафедри сімейної медицини і терапії ФПО з кафедрою пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини) – додипломна підготовка.

Переглянуті «Індивідуальні плани» лікарів-інтернів з оновленням переліку практичних навичок згідно з Наскрізною програмою та розроблені принципи їх оцінювання та засвоювання. Активно впроваджуються індивідуальні плани практичної підготовки, проводяться тренінги відпрацювання навичок надання невідкладної допомоги.

Розпочато друк серії навчальних посібників з питань сімейної медицини: «Неонатологія з позиції сімейного лікаря» (2011р.), «Хірургічна допомога в практиці сімейного лікаря» (2012р.), «Стандарти діагностики та лікування в загальнолікарській практиці» (2012р.), «Проблеми ревматичних захворювань у практиці сімейного лікаря» (в 2-х част., 2013р.), «Загальні принципи клінічного обстеження суглобів у практиці сімейного лікаря» (2013р.) та інші. Електронні варіанти цих посібників розміщені на сайтах кафедр, що дає змогу майбутнім сімейним лікарям постійно ознайомлюватися з ними.

На ФПО академії впроваджуються нові інформаційні технології навчання. Для оптимального вирішення проблеми безперервного професійного розвитку лікаря нами застосовуються нові підходи, альтернативні традиційним. Вони закладені у використанні сучасних інформаційних технологій, за допомогою яких можна передавати знання на відстані. Саме така форма освіти здатна забезпечити постійне становлення фахівця відповідно до діючих стандартів. Дистанційна освіта (ДО) проводиться у форматі регламентованого часу (відеоконференції, теленавчання та інше) або індивідуального самостійного режиму (електронні тести, підручники, журнальні статті) [4].

Медична освіта повинна складатися з:

- проведення дистанційних лекцій або в межах тематичних курсів;

- індивідуальних телемедичних консультацій.

Перевагою ДО у професійному удосконаленні лікарів є:

- можливість читання лекцій одночасно для декількох аудиторій;

- спілкування з провідними спеціалістами в процесі теленавчання;

- демонстрація діагностичних процедур одночасно з коментарями лікаря-спеціаліста;

- процес навчання відбувається без відриву від роботи в клініці.

Одним із способів вирішення проблеми оперативної доставки інформації до слухачів є проведення відеоконференцій. Відеоконференція (ВК) – це комп'ютерна телекомунікаційна система, яка є засобом обміну інформацією та проведення дискусій. Особливістю такої форми інформаційного забезпечення педагогічного і медико-діагностичного процесів є інтерактивне спілкування в режимі реального часу, поєднання візуального та аудіального подання інформації, можливість одночасного безпосереднього та дистанційного міжаудиторного спілкування. У процесі дискусії учасники відеоконференцій можуть безпосередньо спостерігати один одного на моніторах комп'ютерів. Відеоконференція є основною технологією для проведення телелекцій та телесемінарів [2].

Дистанційні лекції мають основну мету – довести до слухачів тематичний матеріал, який був базовим для наступного більш глибокого вивчення.

На кафедрі сімейної медицини і терапії проводяться наукові дослідження з ініціативної тематики «Оптимізація використання інформаційно-комунікативних технологій у клінічній медицині та післядипломній медичній освіті», номер державної реєстрації 0111 U004880. Нами досліджено характеристики дротового та бездротового доступу до мережі Інтернет та можливість використання цих сервісів для організації телеконференцій. Порівнювались швидкість отримання та відправки даних (відеоінформації) та

надійність (безперебійність) функціонування протягом проведення конференції. Виявлено, що пріоритетними є дротові засоби зв'язку, а саме міські кабельні мережі на базі оптоволокна та «звитої пари» (протягом «останньої милі»). Серед бездротових серверів рекомендується «UTEL» (стандарт WCOMA) та «PEOPENET» (стандарт СДМА – 2000), які функціонують на території всіх обласних центрів країни та забезпечують реальну швидкість 1-1,5 Mbit/s та 0,2-0,3 Mbit/s відповідно до отримання та відправки даних, достатньо для організації відеотрансляції зображення розміром 540*480 пікселів зі швидкістю 25 кадрів за секунду, що відповідає якості телевізійного стандарту [3].

Впровадження дистанційних технологій у систему післядипломного навчання є одним з підходів модернізації медичної освіти, спрямованим на підвищення фахового рівня підготовки медичних працівників, від яких залежить безпека та здоров'я нації.

Таким чином, наш досвід підтверджує думку про необхідність використання інформаційних технологій у післядипломній освіті та подальше поширення заходів щодо удосконалення практичної та теоретичної підготовки сімейних лікарів на післядипломному етапі навчання, що сприятиме формуванню свідомості сприйняття навчального матеріалу, розвитку творчого професійного мислення та стійкого інтересу до обраної професії сімейного лікаря.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вороненко Ю.В. Реформування системи медичної освіти в світлі концепції «суспільство знань» / Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер / Укр. мед. часопис – 2006.-№1 (51) – С.6-13
2. Ждан В.М. Телекомунікаційні технології в системі післядипломної медичної освіти /В.М. Ждан, В.Ю. Штомпель, П.С. Штомпель, М.В.Ткаченко/ Acta Universitatis Pontica Euxinus. Спеціальний випуск. VI Международная конференция «Стратегия качества в промышленности и образовании». – 4-11 июня 2010г., Варна, Болгария, 2010. – Т. II, ч.1. – С. 447-450.

3. Інформаційне забезпечення навчально-виховного процесу: інноваційні засоби і технології / під ред. В.Ю. Бикова.-К.: Атіка, 2005. – 252с.

4. Вороненко Ю.В. Безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів – нові принципи побудови системи / Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер // Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації: матеріали Всеукр. наук. навч.-метод. конф. - Тернопіль: ТДМУ, 2011. –С.26-28.



**В.В. Єхалов,
О.В. Кравець,
О.В. Богатирьова***

ПРИНЦИП МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ТА АПРІОРНОЇ МОТИВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. О.М. Клигуненко)
Донецький Національний медичний університет ім. М.Горького*

Ключові слова: навчання, медицина невідкладних станів, інтегративний підхід, мотивація
Key words: learning, urgent states medicine, integrative approach

Реферат. Професійна характеристика врача медицины неотложных состояний предполагает глубокий уровень интегративных знаний. Дидактическим способом их формирования является применение в обучении целостной системы лекций, семинарских и практических занятий, интегрирующей общие профессиональные знания и навыки. Это достигается созданием «ступенчатых» межпредметных заданий и целевой априорной мотивации. Такой подход позволяет применять полученные знания и навыки в конкретных (большей частью – нестандартных) клинических ситуациях, формирует соответствие специалиста социальным потребностям.

Abstract. Professional characteristics of doctor in medicine of urgent states supposes the deep level of integrative knowledge. Didactic method of their forming is application of integral system of lectures, seminars and practical classes, integrating general professional knowledge and skills in education. It is achieved by creation of "step" interdisciplinary tasks and target a priori motivation. Such an approach allows to apply acquired knowledge and skills in certain (mainly - non-standard) clinical situations, forms accordance of a specialist to social requirements.

Професійна характеристика лікаря, який надає невідкладну допомогу, передбачає розуміння патогенезу клінічних станів та дії лікувальних методів та засобів на глибокому біохімічному рівні. Без реалізації цієї абсолютної умови неможливо становлення фахівця як представника старшого медичного персоналу.

Досвід до- та післядипломного викладання у вищих медичних навчальних закладах доводить: незважаючи на ретельне вивчення студентами молодших курсів неорганічної, органічної, фізичної, колоїдної хімії, на клінічних кафедрах та в інтернатурі вони неспроможні використовувати повною мірою набуті базові знання. Для клінічного переосмислення патогенезу критичних станів вони повинні вивчати ті ж самі розділи хімічних наук вдруге. Формальна розпорідненість близьких дисциплін у навчальних планах, недостатнє використання міждисциплінарних зв'язків у навчальному процесі призводять до стихійного покладання на самих студентів процесу синтезу навчальної інформації. Навіть при використанні ними його результатів на практиці ефект буває мінімальним. Це протидіє цілеспрямованому формуванню цілісної системи знань у студентів та лікарів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Традиційно система навчання пов'язана з безліччю навчальних розділів, які нерідко змістовно та методологічно недостатньо узгоджені між собою. Відокремленість предметів, їх слаб-

кий зв'язок один з одним спричиняє серйозні труднощі у формуванні у студентів єдиного цілісного уявлення про надання екстреної медичної допомоги. Це – одна з причин фрагментованості медичних знань.

Інтегративність знань не може буди досягнута стихійно та самотужки, її треба цілеспрямовано формувати в процесі підготовки фахівця. Дидактичним засобом формування у студентів та лікарів цілісних систем інтегративних загально-професійних знань та вмінь, а також професійно важливих особистих якостей є інтегративні навчальні комплекси, що включають курс лекцій, систему семінарських та практичних занять з використанням міжпредметних зв'язків. Таким чином, інтеграція навчання – це оптимізація споріднення, зближення наук, що перебігає поруч з процесами диференціації. Інтеграція дозволяє подолати недоліки предметної системи і спрямована на поглиблення взаємних зв'язків між окремими предметами [1].

Сучасна освіта передбачає 4 рівні міжпредметної інтеграції:

1-й рівень – інтегрування навчального матеріалу в межах одного конкретного предмету. Не запам'ятовування, а дослідження навчального матеріалу дає можливість переходу від предметної освіти до комплексної, коли з різних складових навчального матеріалу формується єдине ціле.

2-й рівень – поєднання понятійно-інформаційної сфери різних предметів з метою найкращого запам'ятовування, супутнього повторення, введення до теми додаткового матеріалу.

3-й рівень – оперування завданнями порівняльно-узагальнюючого вивчення, що полягає у відпрацюванні студентами та інтернами вміння поєднувати та протиставляти явища та об'єкти.

4-й рівень – самостійне поєднання фактів та розмірковувань, визначення зв'язків та закономірностей, застосування засвоєних навчальних вмінь на практиці.

При формуванні валідної моделі лікаря оптимальним є впровадження міжпредметної інтеграції не нижче 3-го рівня навчання із заохоченням індивідуальної творчості студентів та інтернів (α-IV).

Хоча медицина невідкладних станів і є самостійною спеціальністю, тим не менше, вона пов'язана з послідовними понятійними та теоретичними міжпредметними зв'язками з іншими навчальними медичними предметами, як попередніми, так і супутніми, за навчальним планом вищого медичного навчального закладу. Підготовка лікаря базується на поглибленні та упорядкуванні знань (вмінь, навичок), що були отримані раніше при вивченні суміжних навчальних дисциплін. Базові хімічні науки є ведучими складовими у формуванні компетентно-орієнтованого конкурентоздатного фахівця.

Міжпредметні зв'язки відіграють важливу роль у підвищенні практичної та науково-теоретичної підготовки студентів та інтернів, суттєвою особливістю якої є оволодіння узагальненим характером пізнавальної діяльності. Такий підхід дає можливість використовувати знання та вміння у конкретних (здебільшого – нестандартних) клінічних ситуаціях [2].

Існує можливість при підготовці лекційного матеріалу використовувати матеріали суміжних дисциплін, що доповнюють склад навчальної програми з невідкладних станів. Однак більш ефективною є інтеграція змісту, тобто процес визначення зв'язків між структурними компонентами складу різних навчальних дисциплін з метою формування цілісного уявлення про патологічний процес.

Сучасні дослідники рекомендують використовувати «наскрізні» ситуаційні завдання як певну складову практичної реалізації проблеми. На прикладі їх використання висвітлюється процес подолання фрагментації знань та формування їх як цілісного комплексу. При цьому спостерігається ще один цікавий позитивний момент: у процесі вирішення практичних завдань

нівелюються дефекти знань з конкретних тем, що сприяє більш поглибленому розумінню та переосмисленню матеріалу з кожної задіяної дисципліни [3].

У нашій інтерпретації реалізації проблеми пропонується використання завдань за принципом «сходів». В її основі лежить відповідність складності завдання до рівня підготованості суб'єкта навчання, тобто починаючи з «азів» неорганічної хімії та закінчуючи невідкладними станами в інтернатурі.

Пропонуємо у спрощеному вигляді приклад «східчастого» міждисциплінарного завдання: у хворої на цукровий діабет II типу мають місце опіки шкіри I-II ступеня тяжкості (25% ураженої поверхні тіла). У стаціонарних умовах розвинувся непритомний стан (кома I). Шкіра неуразжених ділянок. Температура тіла 38°C, пульс 116 уд. на 1 хв., АТ 85/45 мм рт. ст. Рівень глюкози крові = 54 ммоль/л, рН = 7,35 1/-ед, осмолярність плазми = 355 мосм/л.

5-й крок. Якими будуть індекс тяжкості ураження, прогноз, медична тактика лікування опікової хвороби? 4-й крок. Яка розрахункова доза 0,45% розчину натрію хлориду для регідратації при діабетичній гіперглікемічній гіперосмолярній комі, форма та схема дозування інсуліну? 3-й крок. Який розчин доцільно використати для корекції гіпертонічної дегідратації при цукровому діабеті? 2-й крок. Який розлад водяно-сольового обміну розвинувся у хворої? 1-й крок. Який осмотичний стан плазми крові хворої?

Перший крок відповідає рівню знань студента, який оволодіває базовими хімічними науками (неорганічна та фізколоїдна хімія). У подальшому при вивченні курсу органічної хімії та на клінічних кафедрах завдання ускладнюються. Випускник вищого навчального закладу повинен розв'язати завдання 4 кроку (це передбачено навчальною програмою). П'ятий крок – для підготованого лікаря перед отриманням сертифікату фахівця. У подальшому досить реально збільшити кількість «сходів» до рівня слухача курсів тематичного удосконалення з вузьких питань спеціальності.

Таке «налагодження» міжпредметних зв'язків має безсумнівні позитивні ознаки:

Немає необхідності витрат робочого часу на повторення матеріалу, який студент вивчав на інших кафедрах, залишаючи це для самостійної роботи.

Підвищення рівня знань з предмету, що виявляється в глибині засвоєних понять та закономірностей за рахунок їх багатогранної

інтерпретації з використанням відомостей інтегрованих наук.

Створення оптимальних умов для розвитку клінічного мислення (здатності до абстрагування та аналізу, вміння визначати головне, проводити аналогії, співвідношення, узагальнювання).

Розвиток системного уявлення про майбутню вузьку спеціалізацію.

Апріорна мотивація – обміркована причина, що лежить в основі вибору та дій особистості.

Виникнення мотиву, тобто обмірковане продовження навчання (незалежно від форм), відбувається через поширення кола діяльності. Вже на початку навчання студент інформований про важливість поглибленого вивчення хімічних наук, оскільки «посиндромна терапія» є провідною при невідкладних станах. У подальшому студент вже не буде сприймати фундаментальні

науки як «маловажливий баласт», саме так і формується апріорна мотивація починати своє формування як фахівця вже на ранніх етапах навчання.

ВИСНОВКИ

1. «Східчасті» міжпредметні завдання певною мірою визначають відповідність навчально-методичного комплексу інтегративному складу дисципліни.

2. Апріорна мотивація визначає прагнення студента починати своє формування з базових наук.

3. Міждисциплінарна інтеграція при вивченні хімічних наук та невідкладних станів у своїй основі передбачає формування відповідності фахівця до соціального замовлення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бурилова С.Ю. Межпредметная интеграция в учебном процессе технического вуза: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. техн. наук / С.Ю. Бурилова. – Новосибирск, 2001. – 21 с.

2. Ивлева Н.В. Межпредметные связи в курсе «Медицина катастроф» как средство формирования интегративного знания / Н.В. Ивлева // Среднее профессиональное образование. – 2005. – № 12. – С. 12-13.

3. Ивлева Н.В. Формирование интегративного знания у студентов медицинского колледжа: автореф.

дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / Н.В. Ивлева. – Орёл, 2011. – 23 с.

4. Литвинова Т.Н. Межпредметная интеграция химических дисциплин в медицинском ВУЗе / Т.Н. Литвинова, И.М. Быков, Н.К. Волкова // Современные проблемы науки и образования. – 2009. – №2. – С. 51.

5. Туйчиев А.А. Педагогическая эффективность интегрированного обучения естественно-математическим дисциплинам в медицинском образовании: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / А.А. Туйчиев. – Курган-Тюбе, 2012. – 20 с.



УДК 616.831-005.1-039.74

О.В. Кравець

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"

кафедрою анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО (зав. – д. мед. н., проф. О.М. Клизуненко)

Ключові слова: *ішемічний інсульт, інтеграція, лікар сімейної медицини, медицина невідкладних станів, невідкладна допомога*

Key words: *ischemic stroke, intergation, family doctor, urgent states medicine, urgent care*

Реферат. *На сьогоднішній день оказание медицинской помощи больным с острым ишемическим инсультом носит этапный характер и подразумевает интеграцию врачей семейной медицины, медицины неотложных состояний и узких специалистов. Принципиальным в лечении острого ишемического инсульта являются преемственность ведения пациента, соблюдение принципа "время-мозг", обеспечение экстренной медицинской помощи.*

Abstract. *To date, providing medicare to the patients with acute ischemic stroke has a stage character and implies integration of family doctors, urgent states medicine and narrow specialists. Fundamental in the treatment of acute ischemic stroke is succession of patient's management, observance of principle "time-brain", providing of urgent medicare.*

За даними Goldmans Cecil Medicine, гострий ішемічний інсульт (ГІ) виникає у 85% випадків, у той час як геморагічний – у 15% хворих [14]. За даними статистики ВООЗ, щорічно інсульт виникає у 15 мільйонів людей, захворюваність становить 250 на 100 тис. населення та є другою причиною летальності хворих у світі. За даними офіційної статистики МОЗ України, щорічно в країні реєструється від 100 до 120 тис. випадків гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Третина випадків ГПМК виникає у людей працездатного віку. Внаслідок ГПМК щорічно помирає 40 тис. мешканців України, що в 2 рази перебільшує ці ж показники в країнах Європи. Співвідношення геморагічного інсульту до ішемічного в Україні становить 1:4 [5].

На сьогоднішній день лікування ГПМК є інтегральною міждисциплінарною задачею, ефективність якого пов'язана з дотриманням етапності надання медичної допомоги. З 2011 року, в рамках програми «Україна для людей. Здоров'я людей — уверенное будущее» був затверджений закон про реформування системи охорони здоров'я, спрямований на надання якісної безкоштовної медичної допомоги та створення інституту сімейних лікарів. З'явилась можливість дотримання доказового алгоритму обслуговування хворих з ризиком судинних подій [5]. Медична допомога хворим з ризиком судинних подій розподілена на декілька етапів: первинний – профілактичний – призначений зменшити ризик виникнення ГПМК. Задачами цього етапу є: виявлення груп підвищеного ризику; проведення діагностики та оцінки стану факторів ризику; розробка індивідуальної програми лікування та профілактики передбачуваних факторів ризику хворого [3, 6].

До факторів ризику виникнення судинних подій належать:

- Транзиторна ішемічна атака в анамнезі (у 40% хворих після ТІА, ішемічний інсульт виникає у термін 5 років (у 20% протягом першого місяця, у 50% - першого року).
- Артеріальна гіпертензія. Вірогідність розвитку інсульту зростає в 5 разів.
- Гіперліпідемія: гіперхолестеринемія, гіпертригліцеридемія.
- Похилий та старечий вік. Кількість інсультів у 65 – 74 роки зростає в 6 разів порівняно з 45-54 роками.

- Мерехтіння передсердь. Збільшення ризику в 3 – 5 разів.
- Цукровий діабет, ІХС, паління однаково збільшують ризик у 2-4 рази.
- «Малий» інсульт в анамнезі.
- Зловживання алкоголем та наркотиками.
- Надлишкова вага тіла.
- Гіподинамія.
- Вживання оральних контрацептивів
- Мігренозний статус в анамнезі.
- Захворювання серця, васкуліти, гематологічні хвороби.
- Кардіальний гіподинамічний синдром внаслідок зменшення хвилинного об'єму серця (у випадках ІХС, при порушеннях ритму, артеріальній гіпертензії) менш 3,0 літрів.
- Стійка артеріальна гіпотензія, що співпадає з атеросклерозом екстра- та/або інтракраніальних артерій.

Але до найбільш клінічно значущих та модифікуючих факторів розвитку інсульту відносять артеріальну гіпертензію, цукровий діабет та паління [2, 10, 11]. Тому головною метою першого етапу допомоги хворим групи ризику є проведення лікарем сімейної медицини: лікування основного захворювання; формування та передача активу хворих лікарям медицини невідкладних станів; надання невідкладної допомоги у разі виникнення ускладнень основного захворювання за єдиним протоколом з подальшим повідомленням та викликом на місце фахівців медицини невідкладних станів. Втілення в лікувальну практику поняття «терапевтичного вікна» та нових ефективних методів лікування ГІ змінило як клінічне уявлення про ГПМК, так і принципи надання допомоги хворим [12]. Для забезпечення якісної допомоги при цьому потрібна взаємодія сімейних лікарів з фахівцями невідкладної медичної допомоги та профільними центрами лікування інсультів. Сімейні лікарі та лікарі медицини невідкладних станів, які контактують з хворим у найгострішому періоді ГІ, повинні пам'ятати, що їх правильні дії прямо корелюють з успіхом лікування хворого. Тобто при підозрі та/або діагностованому ГІ стан хворого необхідно оцінювати як невідкладний та надавати екстрену медичну допомогу, що є складовою другого етапу медичної допомоги. У структурі невідкладної допомоги у разі розвитку ГІ принципового значення набуває фактор часу.

Тому концепція «час – мозок» ("загублений час – загублений мозок") означає, що при ГП медична допомога повинна бути екстреною. А головною метою медичної допомоги на дошпитальному етапі є якісна рання діагностика стану та якнайшвидше транспортування хворого. Це дозволяє своєчасно госпіталізувати хворого та забезпечити початок реперфузійної терапії, що є необхідним для ефективної терапії ГП. Головними задачами екстреної дошпитальної допомоги, що скорочує час від початку мозкової катастрофи до надання спеціалізованої медичної допомоги, виділяють:

- швидке встановлення діагнозу ГП з урахуванням скарг та клінічного обстеження;
- диференційна діагностика ГП;
- корекція вітальних функцій організму;
- мінімізація неврологічного дефекту;
- швидке транспортування хворого (з попереднім попередженням) у найближчий медичний заклад з можливостями нейровізуалізації та спеціалізованої медичної допомоги (цільовий термін – 3 години з моменту розвитку ГП) [9].

Третій етап лікування ГП включає ранню шпитальну та дошпитальну медичну допомогу, які надаються мультидисциплінарною бригадою та забезпечують спеціалізоване лікування, реабілітацію та вторинну профілактику ГНПК. Отримання медичної допомоги у спеціалізованому медичному закладі скорочує відносний ризик смерті на 20% та відносний ризик неповної реабілітації на 30%.

Продовження вторинної профілактики після стаціонарного лікування хворий отримує під наглядом сімейного лікаря.

ВИСНОВКИ

1. Підвищення ефективності лікування хворих на ГП забезпечується етапністю та інтеграцією надання медичної допомоги між лікарями сімейної медицини, медицини невідкладних станів та вузькоспеціалізованими лікарями.

2. На всіх етапах лікування ГП необхідно дотримуватися спадкоємності між лікарями різного фаху, оцінювати стан хворого як невідкладний та надавати екстрену медичну допомогу.

3. Лікар сімейної медицини забезпечує первинну профілактику ГНПК. У разі розвитку ускладнень основного захворювання та виникнення невідкладного стану лікарю сімейної медицини необхідно провести його діагностику та надати екстрену медичну допомогу хворому з подальшим негайним викликом фахівців невідкладної медичної допомоги.

4. Лікар медицини невідкладних станів повинен забезпечити якісну діагностику стану тяжкості, швидке й безпечне транспортування хворого до спеціалізованого медичного закладу, що дозволяє найшвидше почати проведення реперфузійної терапії.

5. Шпитальний етап включає спеціалізоване лікування, реабілітацію, вторинну профілактику ГНПК та надається мультидисциплінарною командою.

6. Лікар сімейної медицини забезпечує продовження вторинної профілактики ГНПК після закінчення стаціонарного лікування хворого.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белова А.Н. Нейрореабілітація: руководство для врачей – 2-е изд., перераб. и доп. / А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2002.
2. Гусев Е.И. Терапия ишемического инсульта / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова // Консилиум медикум. Спец. вып. – 2003. – С. 18-25.
3. Инсультная служба в XXI веке: роль семейного врача / А.Н. Хвисьук [и др.] // Ліки України. – 2009. – № 3. – С. 12-13.
4. Клинические рекомендации. Вып. 1 / под ред. акад. И.Н. Денисова и акад. Ю.Л. Шевченко. Раздел «Неврология» / под ред. проф. В.И. Скворцовой. – М., 2004. – С. 570-578.
5. Мищенко Т.С. Лечение мозгового инсульта: на пути к полному использованию возможностей терапевтического окна / Т.С. Мищенко // Здоров'я України. – 2009. – № 2. – С. 12-15.
6. Первичная и вторичная профилактика инсульта / А.Н. Хвисьук [и др.] // Новости медицины и фармации. – 2009. – № 4. – С.22-25.
7. Приказ МОЗ Украины №34 от 15.01.2014 про надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі.
8. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002.
9. Adams J. Emergency Medicine: Clinical Essentials. – 2nd ed. / J. Adams. – London: W.B. Saunders, 2012. – 1888 p.
10. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: a scientific statement from the stroke council of the American Stroke Association / Н.Р. Adams Jr, R.J. Adams, T. Brott [et al.] // Stroke. – 2008. – Vol. 34. – P. 1056-1083.

11. Fisher A. Emerging therapies for cerebrovascular disorders / A. Fisher // Stroke. – 2004. – Vol. 35, N 2. – P. 367-369.

12. Stroke – ischemic. First Consult. Last Updated: 05 Mar 2011/J. Biller, E.F.M. Wijdicks, K.E. Misulis, F.F. Ferri — Elsevier: Electronic Products. [Електронний ресурс] — Режим доступу: www.clinicalkey.com.

13. The top 10 causes of death [Електронний ресурс] — Режим доступу:<http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs310/en/index.html>.

14. Zivin J.A. Approach to cerebrovascular diseases /J.A. Zivin // Goldman's Cecil Medicine ed. by L. Goldman, A.I. Schafer. — Amsterdam: Elsevier, 2012. — P.2304–2310.



УДК 377.44:378.147:616-036.86(477)

**Л.Ю. Науменко,
І.С. Борисова,
В.М. Березовський,
В.А. Кльованик,
В.В. Чемирисов,
Г.Д. Фесенко**

**ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ З ЕКСПЕРТИЗИ
НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ В УКРАЇНІ
(до 35-річчя кафедри медико-соціальної
експертизи і реабілітації ФПО
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
МОЗ України»)**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра медико-соціальної експертизи і реабілітації
(зав. – д. мед. н., проф. Л.Ю. Науменко)*

Ключові слова: *післядипломний етап освіти, медико-соціальна експертиза, досвід викладання*
Key words: *postgraduate education, working capacity and disability examination, teaching experience*

Реферат. *В соответствии с требованиями сегодняшнего дня основной задачей медицины является оказание квалифицированной медицинской помощи, в том числе и в решении вопросов медико-социальной экспертизы. В статье освещены основные этапы формирования последипломной подготовки врачей по вопросам экспертизы нетрудоспособности в Украине на кафедре медико-социальной экспертизы и реабилитации ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины». Отдавая уважение учителям, коллегам клинических баз и соавторам многочисленных методических и медицинских профессиональных изданий, коллектив кафедры, не останавливаясь на достигнутом, продолжает работать над проблемой качества оказания высококвалифицированной помощи больным и инвалидам путем повышения профессиональной квалификации врачей практического звена охраны здоровья.*

Abstract. *In accordance with today's requirements, the primary task of healthcare is to provide high quality medical care, as well as to address the issues on medical and social expertise. The article highlights the main stages of postgraduate education of physicians on disability examination in Ukraine at the Department of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of State Establishment "Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine". With the respect to the teachers, colleagues working clinics in and co-authors of numerous methodological and professional medical publications, the Department's staff, keeps working, on the problem of providing high quality medical care to patients and disabled persons by improving the professional qualification of primary care physicians.*

Відповідно до вимог сьогодення основною задачею медицини є надання кваліфікованої медичної допомоги, в тому числі й у вирішенні питань медико-соціальної експертизи. У статті висвітлені основні етапи на шляху формування післядипломної підготовки лікарів з питань експертизи працездатності в Україні на кафедрі медико-соціальної експертизи і реабілітації

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». Віддаючи повагу вчителям, колегам клінічних баз та співавторам численних методичних та медичних видань, колектив кафедри, не зупиняючись на досягнутому, продовжує натхненно працювати над проблемою якості надання висококваліфікованої допомоги хворим та інвалідам шляхом підвищення професійної

кваліфікації лікарів практичної ланки охорони здоров'я.

У сучасній медицині зростає роль лікарів первинної ланки надання медичної допомоги, в тому числі й у вирішенні питань медико-соціальної експертизи. Колектив кафедри медико-соціальної експертизи ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» бере активну участь у вирішенні потреб практичної медицини, а саме систематичного підвищення професійних знань лікарів первинної ланки охорони здоров'я, лікарів ЛКК та експертних установ.

Ініціатором створення кафедри медико-соціальної експертизи стала Ректор Дніпропетровського медичного інституту, заслужений діяч науки і техніки України, заслужений діяч вищої школи УРСР, професор Інна Іларіонівна Крижанівська. Згідно з розпорядженням Міністерства охорони здоров'я УРСР за № 8.02-56 була заснована і розпочала свою роботу 25 квітня 1979 року кафедра лікарсько-трудої експертизи у складі Дніпропетровського ордена Трудового Червоного Прапора медичного інституту. Очолив кафедру доцент І.Т. Кобиляцький. До першого складу кафедри входили доцент В.І. Шабельник, доцент О.Ф. Башмаков, асистент Л.В. Єлісейкіна, асистент А.М. Гулай. Клінічною базою кафедри став Дніпропетровський науководослідний інститут відновлення та експертизи працездатності інвалідів – нині Український державний науководослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності (ДУ «Укр. НДІ МСП»). За період керівництва кафедрою І.Т. Кобиляцьким була створена матеріальна база та методичне забезпечення перших навчальних циклів. З цього часу традиційним напрямком післядипломної підготовки на кафедрі МСЕ і реабілітації став базовий цикл для лікарів експертів «Актуальні питання організації медико-соціальної експертизи хворих і інвалідів». Науковий напрямок у цей період присвячений медико-соціальній експертизі при захворюваннях шлунково-кишкового тракту. За результатами цієї роботи опубліковано понад 100 наукових праць.

З 1985 по 1999 рік кафедру очолював досвідчений лікар, науковець і педагог – доктор медичних наук, професор Вадим Іванович Солоний. За період його керівництва кафедрою був поповнений викладацький склад, розроблені нові навчальні програми, впроваджені в початковий процес ділові ігри, комп'ютерні екзаменаційні технології. У цей період на кафедрі були започатковані виїзні тематичні цикли по регіонам України.

У період з 1999 по 2000 рр. кафедру очолював талановитий організатор охорони здоров'я, проф. Анатолій Володимирович Іпатов. За короткий час під керівництвом А.В. Іпатова кардинально оновлена навчальна база кафедри: створені нові навчальні кабінети, лекційні аудиторії, налагоджені нові форми взаємозв'язків з обласними медико-соціальними комісіями, переглянуті навчальні програми з урахуванням сучасних проблем медико-соціальної експертизи. Ознакою цього періоду стало проведення курсів підвищення кваліфікації для спеціалістів Фондів соціального страхування з тимчасової непрацездатності та Фонду страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань. У 2000 році А.В. Іпатов призначений директором Українського державного науководослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (УкрДержНДІМСП). На сьогодні він зберігає тісні творчі зв'язки з кафедрою медико-соціальної експертизи і реабілітації ДЗ «ДМА МОЗУ», спрямовуючи свій організаційний і творчий потенціал на зростання ролі й авторитету кафедри в системі медико-соціальної експертизи нашої країни.

З 2000 року кафедру очолює доктор медичних наук, проректор з науково-педагогічної роботи ДЗ «ДМА МОЗУ», лауреат Державної премії України, Заслужений лікар України професор Леонід Юрійович Науменко. За цей час оновився викладацький склад кафедри. Сьогодні на кафедрі МСЕ працюють викладачі різних спеціальностей: доцент, к.мед.н., терапевт В.М. Березовський, доцент, к.мед.н., терапевт В.А. Кльованик, доцент, к.мед.н., терапевт І.С. Борисова, хірург, к.мед.н., асистент В.В. Чемирисов, асистент, невролог Г.Д. Фесенко.

Надбанням останніх років на кафедрі МСЕ і реабілітації став цикл для лікарів-реабілітологів «Комплексна реабілітація хворих та інвалідів» та цикли підвищення кваліфікації для лікарів-експертів у Молдові та Придністровській Молдовській Республіці, які стали традиційними. Таким чином, за 35 років на кафедрі підвищили кваліфікацію близько 10 тисяч лікарів різних спеціальностей, приблизно 350 спеціалістів Фондів соціального страхування та більше 300 лікарів-експертів Республіки Молдова і Придністровської Молдавської Республіки.

Отже, кафедра МСЕ і реабілітації ДЗ «ДМА МОЗУ» в ювілейний рік має достатній досвід для вирішення сьогоденних завдань практичної медицини. Сьогодні головним завданням колективу кафедри є підвищення професійної кваліфікації лікарів МСЕК, лікарів ЛКК та лікарів загальної практики – сімейної медицини з питань

медико-соціальної експертизи та реабілітації при основних інвалідизуючих захворюваннях.

Гуманітарна направленість реорганізації охорони здоров'я України, що базується на профілактичному напрямку розвитку, стала підґрунтям до якісних змін у державному розумінні поняття «реабілітації» хворих та інвалідів. Зміни щодо поліпшення матеріального, соціально-побутового та медичного забезпечення інвалідів у нашій країні знайшли своє відображення в понад 32 законодавчих актах, основним з яких став Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні» 2005 року. Відповідно до нових реалій, у викладанні на кафедрі МСЕ і реабілітації ДЗ «ДМА МОЗУ» при підготовці лікарів-реабілітологів протягом циклу «Комплексна реабілітація хворих та інвалідів» розпочато форму самостійного навчання, а саме – відпрацювання практичних навичок впродовж цього циклу. Співробітниками кафедри розроблено та запропоновано курсантам шаблони заповнення індивідуальної програми реабілітації інваліда та дитини-інваліда при основних інвалідизуючих захворюваннях.

Серед тематичних циклів кафедри з'явився новий цикл для лікарів-інтернів. Започатковані виїзні короткочасні (1-3-денні) цикли по регіонах України з окремих питань експертизи. У 2011 році такі цикли проведено в Сумській, Тернопільській, Харківській та Хмельницькій областях. У 2012 році – у Херсонській, Львівській та Дніпропетровській областях (м. Новомосковськ), у 2013 році – у Черкаській, Рівненській та Дніпропетровській областях (м. Кривий Ріг). Тематами були: «Сучасні підходи до визначення груп інвалідності», «Індивідуальна програма реабілітації інваліда: особливості заповнення при основних інвалідизуючих захворюваннях», «Сучасні критерії зниження життєдіяльності до визначення груп інвалідності: нові законодавчі акти України», «Інвалідність при коморбідних станах», «Індивідуальна програма реабілітації дитини-інваліда».

Отже, післядипломна професійна підготовка лікарів – основна задача колективу кафедри МСЕ ДЗ «ДМА МОЗУ України». Але колектив кафедри не обмежується тільки цими задачами. Співробітниками кафедри виконується лікувальна та лікувально-консультативна робота на клінічних базах кафедри, якими є Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (директор – професор Анатолій Володимирович Іпатов), КЗ «Обласний центр МСЕ ДОР» (головний лікар – Сергій Михайлович Борисов) та КЗ «Обласний госпіталь для інвалідів ВВв»

м. Дніпропетровськ (головний лікар – Сергій Петрович Дудник). За календарний рік на клінічних базах кафедри оглядаються та надаються консультації приблизно 1500 хворим, тобто на одного співробітника припадає близько 550 консультацій. Особливою частиною лікувальної роботи кафедри є очна та заочна консультативна робота в обласних центрах МСЕ, яка надається на методичних засадах, що розроблені колективом кафедри при виконанні наукової роботи та відповідно до сучасної законодавчої бази. Кафедра працює в тісній співдружності з фахівцями УкрДержНДІМСП і обласними центрами МСЕ України, коригує свої наукові інтереси відповідно до потреб практичної експертної роботи. У зв'язку з цим, науковим напрямком роботи кафедри є тема «Розробка критеріїв медико-соціальної експертизи і реабілітаційного потенціалу хворих та інвалідів з наслідками пошкодження опорно-рухового апарату у поєднанні з соматичною патологією». За останні 10 років у рамках цієї наукової роботи під керівництвом завідувача кафедри було виконано 9 кандидатських та 2 докторські дисертації, виконуються та плануються до виконання 3 кандидатські та 2 докторські кваліфікаційні роботи. Відповідно до потреб практичної медико-соціальної роботи лікарів-експертів, викладачами кафедри у співробітництві з провідними фахівцями МСЕ держави в 2010-2013 рр. підготовлені та видані навчально-методичні посібники: «Нормативно-правовий довідник з питань реабілітації», «Нормативно-правовий довідник з питань медико-соціальної експертизи в педіатрії», «Медико-соціальна експертиза тимчасової та стійкої непрацездатності», «Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності при основних нозологічних формах захворювань і травм» [1, 3, 4, 5, 6]. Особливістю цих видань є: чітка відповідність сучасній законодавчій базі, державним стандартам лікування та реабілітації хворих та інвалідів, вимогам до оформлення медичної документації при направленні хворих на МСЕК та при проведенні заходів медичної реабілітації.

Отже, центром підготовки та підвищення кваліфікації лікарів з питань медико-соціальної експертизи є єдина в Україні кафедра медико-соціальної експертизи і реабілітації ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ». Для підвищення професійних знань лікарів загальної практики – сімейної медицини з тимчасової та стійкої непрацездатності за ініціативою кафедри МСЕ і реабілітації ФПО ДЗ «ДМА МОЗУ» були створені навчальні програми для сімейних лікарів, які були схвально прийняті в МОЗ

України. З 2013-2014 навчального року цикл «Основи експертизи тимчасової та стійкої неприцездатності» (36 годин) є обов'язковими у підготовці лікарів-інтернів першого року навчання загальної практики – сімейної медицини у всіх медичних ВУЗах України. Наказом по Дніпропетровській медичній академії підготовка лікарів-інтернів загальної практики за цим циклом доручена колективу кафедри медико-соціальної експертизи і реабілітації ФПО. За перший рік на кафедрі вже пройшли підготовку 8 груп інтернів (близько 80 лікарів-початківців), які з великою зацікавленістю і наполегливістю засвоювали програмний матеріал, глибоко усвідомили необхідність набуття знань з питань експертизи тимчасової і стійкої втрати працездатності для їх майбутньої практичної роботи. Важливо, що лікарі-інтерни вносять пропозицію про збільшення терміну проведення цього циклу. Підтвердженням бажання інтернів продовжити навчання на кафедрі з питань надання медико-соціальної, експертної та реабілітаційної допомоги населенню може служити величезна кількість питань, на які інтерни бажають отримати відповіді. Спираючись на багаторічний методичний досвід, найважливішою формою навчання на кафедрі медико-соціальної експертизи і реабілітації ФПО ДЗ «ДМА МОЗУ» у засвоєнні лікарями-інтернами циклу «Основи експертизи тимчасової та стійкої неприцездатності» стало засвоєння практичних навичок. Уміння самостійно заповнити лікарняний лист, 12 довідок встановленої та довільної форми, а також форми 088 (направлення на МСЕК) є обов'язковим для отримання заліку з цього циклу. Для цього тематичного циклу викладачами кафедри МСЕ і реабілітації ДЗ «ДМА МОЗУ» у співавторстві з відомими керівниками експертних установ України підготовлено посібник «Основи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів» [5, 6]. Цей посібник повністю відповідає програмі підготовки лікарів-інтернів з питань медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів [7, 8, 9].

На виконання рішення Координаційної науково-методичної Ради з післядипломної освіти МОЗ України від 30.05.2013 р., кафедрі МСЕ і реабілітації ФПО ДЗ «ДМА МОЗУ» було доручено розробити програму та провести короткочасний методичний цикл для викладачів ВНЗ України, які викладатимуть інтернам цикл з питань медико-соціальної експертизи, що й було виконано колективом кафедри у вересні 2013 року. На цикл «Медико-соціальна експертиза в

практиці сімейного лікаря» приїхали 26 викладачів з 10 ВНЗ України. На семінарі були представлені зразки методичного забезпечення занять, методика оцінки засвоєння практичних навичок лікарями-інтернами щодо заповнення медичної документації для підтвердження тимчасової втрати працездатності та медичної документації при направленні на медико-соціальну експертизу. Представники всіх ВНЗ країни були забезпечені комплектом навчально-методичних матеріалів, необхідних для проведення занять з лікарями-інтернами. Наступні навчальні дні були присвячені викладанню основ медико-соціальної експертизи і реабілітації, знайомству з нормативно-правовою базою, порядком оформлення основної експертної документації.

Таким чином, кафедрою медико-соціальної експертизи і реабілітації ФПО ДЗ «ДМА МОЗУ» зроблений ще один крок на шляху вирішення задачі з удосконалення експертної підготовки лікарів-інтернів ВНЗ України.

Важливим надбанням останніх років роботи кафедри стала організація та проведення передатестаційних циклів для терапевтів, хірургів та неврологів – лікарів, які працюють у системі медико-соціальної служби.

Використовуючи свій досвід викладацької, наукової та практичної роботи, колектив кафедри медико-соціальної експертизи і реабілітації ФПО ДЗ «ДМА МОЗУ» буде плани на майбутнє. Продовжується робота над виданням спеціалізованої науково-практичної збірки «Актуальні питання медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів» з періодичністю видання двічі на рік. Основний акцент цього видання зроблений на співпраці з лікарями практичної ланки охорони здоров'я, лікарями-експертами, які на сторінках збірки мають можливість поділитися клінічним досвідом, неординарними випадками та нагальними питаннями в налагодженні співпраці експертних комісій та соціальних служб країни у вирішенні питань інвалідів. Підготовлений до друку і на початку 2014 року буде виданий I том «Довідника з питань медико-соціальної експертизи і реабілітації» - академічне видання, яке містить сучасні, відповідно до законодавчої бази України, підходи та критерії до визначення ознак інвалідності та можливості використання реабілітаційного потенціалу інвалідів відповідно до групи інвалідності. Перший том «Довідника» присвячений в основному питанням найбільш поширених терапевтичних інвалідизуючих захворювань. Наступний крок – робота над II

томом «Довідника з питань медико-соціальної експертизи і реабілітації» в хірургічній, травматологічній та онкологічній практиці лікарів-експертів та лікарів ЛКК.

Отже, зустрічаючи цю знаменну дату, колектив кафедри медико-соціальної експертизи і реабілітації ФПО ДЗ «ДМА МОЗУ» сповнений

планів та ідей і, не зупиняючись на досягнутому, продовжує натхненно працювати над проблемою якості надання висококваліфікованої допомоги хворим та інвалідам шляхом підвищення професійної кваліфікації лікарів практичної ланки охорони здоров'я.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Медико-соціальна експертиза тимчасової та стійкої непрацездатності / Л.Ю. Науменко, В.В. Чемирисов [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2011. – 126 с.
2. Науменко Л.Ю. Експертиза працездатності у практиці сімейного лікаря / Л.Ю. Науменко, В.М. Березовський, І.С. Борисова // Медичні перспективи. – 2013 - Т.18, №2, ч.1. – С. 153-155.
3. Нормативно-правовий довідник з питань реабілітації / Л.Ю. Науменко, В.В. Чемирисов [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2012. – 426 с.
4. Орієнтовні терміни тимчасової непрацездатності при основних нозологічних формах захворювань і травм/ Л.Ю. Науменко, В.В. Чемирисов [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2008. – 78с.
5. Основи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів. Ч.І / Л.Ю. Науменко, В.В. Чемирисов [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2013. – 327с.

6. Основи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів. Ч.ІІ / Л.Ю. Науменко, В.В. Чемирисов [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2013. – 318с.
7. Поживілова О.В. Запроваджено нову спеціальність: 14.01.38 «Загальна практика-сімейна медицина» [Електронний ресурс] – Доступ з мережі http://www.confcontact.com/20101224/5_pozhivil.php.
8. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини: Наказ МОЗ України: від 23.02.2001р. №72.// Зб. нормативно-директивних документів з охорони здоров'я України. – 2012. – №7. – С. 24-74.
9. Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування: Наказ МОЗ України: від 14.02.2012 р. № 110 // Зб. нормативно-директивних документів з охорони здоров'я України. – 2012. – № 7. – С. 40-44.



УДК 614.253.4:371.311:61:378.6

**Т.К. Маєропуло,
Т.М. Плеханова,
Н.М. Казицька,
Т.І. Степаненко**

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ КООПЕРАТИВНИХ ГРУП ПРИ ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра госпітальної педіатрії 2 та неонатології
(зав. – д. мед. н., проф. Ю.К. Більбот)

Ключові слова: медична освіта, сучасні інтерактивні технології, метод кооперативних груп
Key words: medical education, modern interactive technologies, method of co-operative groups

Реферат. В роботі описана сучасна інтерактивна методика в сфері післядипломної медичної освіти – метод кооперативних груп, який дозволяє підвищити мотивацію лікарів до процесу освіти, сприяє більш ефективному та глибокому засвоєнню матеріалу, формує розвинене клінічне мислення, розвиває почуття потреби в колективному співробітництві та відповідальності, сприяє розвитку особистісних якостей лікаря загальної практики.

Abstract. In the article modern interactive methodology of postgraduate medical education - method of co-operative groups, that allows to promote motivation of doctors to the process of education, stipulates more effective and deep mastering of material, forms developed clinical thinking, develops sense of requirement in a collective collaboration and responsibility, plays in favor of development of personality qualities of a general practitioner is described.

Підвищення якості післядипломної медичної освіти в Україні залишається однією з найва-

жливіших проблем [3, 6]. Пріоритетним напрямом у підготовці лікарів з фаху "Загальна

практика – сімейна медицина" є впровадження новітніх інтерактивних технологій навчання [1, 4, 7], яке дозволяє зацікавити та вмотивувати лі-

каря загальної практики – сімейної медицини та вивести його на якісно новий рівень клінічного мислення [1, 2, 7, 8, 9, 11].

Таблиця 1

Методичний сценарій впроваджувальної технології / методу за схемою:

Етапи та їх функції	Дії викладача	Дії лікарів-курсантів	Методичне забезпечення
1. Підготовчий	Оголошує тему заняття, приводить її мотиваційне обґрунтування; Називає цілі заняття, очікуваний результат; Розкриває сутність методу кооперативних груп, визначає його ефективність та важливість у вивченні теми; Організовує об'єднання курсантів до трьох груп (по 5 осіб у кожній); Розподіляє завдання та пояснює правила роботи у групах; Рекомендує послідовність дій у розв'язанні запропонованих клінічних ситуацій; Рекомендує джерела інформації для розв'язання клінічних ситуацій; Визначає строки розв'язання клінічної ситуації.	Знайомляться з темою та цілями заняття; Отримують необхідну для заняття інформацію з рекомендованих літературних та електронних джерел; Отримують правила роботи в групах та знайомляться з ними; Розподіляються на три групи; Отримують інструктивні карточки із завданнями; Розподіляють рішення окремих питань завдання всередині групи; Виконують рекомендовану послідовність дій щодо розв'язання запропонованих клінічних ситуацій; Обговорюють загальне рішення наданого завдання в кожній групі; Оформляють рішення завдання кожної групи на аркушах карт-схемах.	Список літератури до підготовки теми; Перелік інтернет-сайтів; Вхідний теоретичний матеріал; Інструктивні картки із завданнями ¹ ; Аркуші з чистими карт-схемами ² ; Термінологічний словник; Правила роботи в групах ³ .
2. Основний	Надає консультативну допомогу в ході вирішення завдання; Організує доповідь рішення завдання кожної групи; Спонукає курсантів груп-опонентів до постановки запитань та висловлювання власної думки щодо правильності наданого рішення; Провокує до дискусії та контролює її хід; Ставить запитання; Вносить пропозиції до зміни напрямку вирішення завдання при некоректному його вирішенні; Корегує, уточнює або пояснює отримані відповіді; Організує оформлення заключного рішення завдання, його висновків; Організовує обговорення результатів вивчення теми, визначає єдині підходи до діагностики та надання допомоги у різних вікових групах, і підводить до єдиного загального рішення в кооперативних групах.	Кожна група обирає доповідача, який наводить рішення групи та обґрунтовує його; Інші члени груп, які не доповідають, критично оцінюють надану інформацію та ставлять запитання; Курсанти доповідаючої групи відповідають на питання членів інших груп або викладача; Обговорюють рішення інших груп щодо наведеного клінічного завдання; Визначають загальні принципи та підходи до розрішення клінічних ситуацій у різних вікових групах із використанням однотипних методів діагностики та медичної допомоги.	Заповнені карт-схеми кожної групи лікарів-курсантів; Еталони карт-схем для кожної інструктивної картки із завданням; Додаткові довідкові дані: Клінічні протоколи з теми заняття; Наочні матеріали; Відеоматеріали; Питання до дискусії.
3. Підсумковий	Підводить підсумки заняття разом зі студентами; Аналізує роботу лікарів-курсантів по засвоєнню знань, вмінню працювати в групах та взаємодопомоги, вмінню вести дискусію та аргументувати свої позиції; Аналізує успішність вирішення клінічного завдання; Аналізує вміння щодо відповідей на запитання, їх лаконічність та аргументованість; Аналізує естетику оформлення результатів клінічного завдання; Аналізує успішність досягнення цілей заняття; Проводить індивідуальне оцінювання роботи учнів; Дає завдання до наступного заняття.	Доповідаючі лікарі-курсанти висловлюють заключне рішення завдання та оголошують висновки; Визначають нові проблеми в рамках наданої теми та можливості щодо перспектив подальшого її вивчення; Проводять самооцінку своїх знань, вміння роботи в групі, вміння у веденні дискусії.	Заповнені карт-схеми кожної групи; Таблиця кооперативного рішення поставлених завдань; Критерії оцінювання; Завдання до наступного заняття; Література

Примітки:

¹ Інструктивними картами-завданнями можуть бути:

- Клінічні ситуації: різні для кожної групи, але з однієї теми (різний вік, стать, ускладнюючі фактори та ін.); однакова клінічна ситуація з вирішенням її на різних рівнях надання медичної допомоги;
- Методи діагностики: оцінка їхньої інформативності та можливостей для якоїсь заданої патології;
- Алгоритми диференційної діагностики: можливість використання при одній патології, але в різних вікових групах (діти та дорослі);
- Схеми лікування: різні схеми лікування в одного хворого, або одна схема лікування при різних клінічних ситуаціях.

² Для отримання уніфікованого, загального рішення у всіх групах викладачу необхідно чітко сформулювати ціль завдання, конкретизувати рубіжні етапи. Тому для оформлення рішення групи необхідно розробити уніфіковані схеми відповіді (наприклад, маршрут пацієнта, карт-схема (рис.) надання медичної допомоги, алгоритм діагностики, алгоритм диференційної діагностики, схема лікування, схема реабілітації та ін.).

³ Правила роботи в групах:

- До групи входять 5 лікарів-курсантів;
- Група обирає лідера, обов'язками якого є розподіл розділів завдання між членами групи, організація пошуку інформації, координація отримання рішень з окремих розділів, узагальнення отриманої інформації та організація дискусії в групі для отримання загального рішення наданого завдання;
- Кожен член групи отримає свій розділ від загального завдання, виконує пошук інформації, формує власне рішення, пред'являє своє рішення для загальної дискусії в групі, критично оцінює рішення інших членів групи та висловлює свою точку зору, бере участь у дискусії для отримання загального рішення групи;
- Після формування остаточного загального рішення група оформлює свою відповідь у вигляді заповненої карт-схеми;
- Члени групи обирають спікера, який оголошує умови клінічного завдання, представляє заповнену карт-схему іншим групам та викладачеві, озвучує кожне рішення розділів та його обґрунтування, узагальнює доповідь, робить висновки, відповідає на запитання;
- Кожен член групи уважно слухає доповідь свого спікера, активно бере участь у дискусії, відповідає на запитання;
- Кожен лікар-курсант уважно слухає доповіді спікерів інших груп, ставить запитання, активно бере участь у дискусії щодо виявлення загальних принципів та підходів до вирішення клінічних ситуацій із використанням однотипних методів діагностики та медичної допомоги, тобто отримують загальне кооперативне рішення за тематикою заняття.

Однією з форм інтерактивних технологій є метод кооперативних груп, який припускає співпрацю лікарів-курсантів у групах та спонукає їх до взаємодії один з одним: залучає всіх без винятку в процес обговорення, вербалізації своїх думок, аргументації своїх висловлювань; дозволяє розвинути творче мислення, провести взаємонавчання та взаємовдосконалення, розвинути повагу до колег та альтернативних ідей і пропозицій (підходів) [9]. Експерименти показали, що групи з кооперативним типом відношень переважали над конкурентним, як за загальною атмосферою під час роботи, так і за якістю самої роботи.

Метод кооперативних груп дозволяє розвинути та вдосконалити міждисциплінарну горизонтальну об'єктну інтеграцію, яка так необхідна для підготовки та становлення лікаря – спеціаліста, для його розуміння процесів розвитку патології та її ефективного комплексного лікування [9, 10, 12]. Цей метод дуже вдало використовувати при синдромальному підході (наприклад, синдром жовтяниці, синдром абдомінального болю, гострий коронарний синдром тощо), веденні певної патології у хворих різних вікових груп (частота та етіологічні чинники в дітей і дорослих при одному синдромі однозначно різні), диференційної діагностики хірургічної та терапевтичної патології, використанню різних схем лікування при однаковій клінічній картині захворювання у пацієнтів з різною суттєвою патологією.

До освітніх цілей методу кооперативних груп належать: 1) формування вмінь аналізу нестандартних ситуацій, варіативності та гнучкості

клінічного мислення; 2) спонукання до розвитку вмінь щодо формулювання та відстоювання власної точки зору та критичної оцінки альтернативної клінічної думки; 3) формування здатності до активної співдружньої праці та сумісної пізнавальної діяльності; 4) спонукання до самостійної роботи: спроможності вести інформативний пошук, відбирати достовірні джерела інформації, адаптувати наявну інформацію до конкретної клінічної ситуації; 5) виховання особистих якостей медичного фахівця у спілкуванні з колегами, хворими, родичами хворого: комунікативності, емпатії, самокритичності, поваги до іншої людини.

Ілюстративний приклад використання методу в навчальному процесі підготовки сімейних лікарів наводимо в **методичному сценарії практичного заняття** (табл. 1).

На **підготовчому етапі** висвітлюється тема та цілі практичного заняття, відбувається розподіл лікарів-курсантів на групи. Кожна група отримує пакет методичних матеріалів, який складається з інструктивної картки-завдання, рекомендованої літератури (друковані та електронні джерела), уніфікованої картки-відповіді, рекомендацій по роботі над завданням (правила роботи в групі, інструкції по заповненню картки-відповіді та ін.). Визначаються строки виконання завдання. Варіантів завдань для роботи лікарів необмежена кількість, але головною рисою методу кооперативних груп є отримання наприкінці заняття одного комплексного колективного рішення, з яким згоден кожний лікар-курсант.

Основний етап заняття складається з оголошення/презентації кінцевого рішення кожної

групи у вигляді уніфікованої форми (Карт-схеми), обговорення цього рішення всіма лікарями, висловлення інших думок, постановки запитань самими курсантами та викладачем (уточнюючих, що наводять, заздалегідь підготовлених для створення дискусії), оголошення кінцевого загального рішення всіх членів груп. При отриманні неправильного або неповного кінцевого рішення в одній з груп – члени інших груп вмотивовані на відстоюванні своєї правильної відповіді, яка зараховується їм на наступному етапі. Отже, вихідним колективним продуктом основного етапу заняття є заповнені уніфіковані картки-відповіді.

Основою підсумкового етапу заняття є оцінювання результату роботи кожного лікаря-курсанта у створенні колективного продукту за тематикою заняття та творчої роботи кожної групи. На наш погляд, необхідна обов'язкова візуалізація створення оцінки для кожного члена навчального процесу. Так, ми рекомендуємо використання таблиці кооперативного теоретичного рішення поставлених завдань (табл. 2) та критеріїв оцінки окремого курсанта.

Критерії оцінювання лікаря-курсанта загальної практики. Кожна оцінка складається з: 1) сума балів вірних відповідей, отриманих при вирішенні складних ситуаційних завдань (максимальна кількість балів = 80% загальної оцінки); 2) бонуси за якості лідера (5 балів); 3) бонуси за комунікабельність (5 балів); 4) бонуси за ораторське мистецтво (5 балів); 5) бонуси за вміння відстоювати свою точку зору (5 балів); 6) бонуси за вміння роботи в групі (5 балів).

Оцінка за вирішення складних ситуаційних завдань при наборі:

62–67 балів відповідає оцінці «задовільно»; 68–73 балів – «добре»; більше 74 балів – «відмінно». Кожний лікар-курсант максимально може отримати 100 балів.

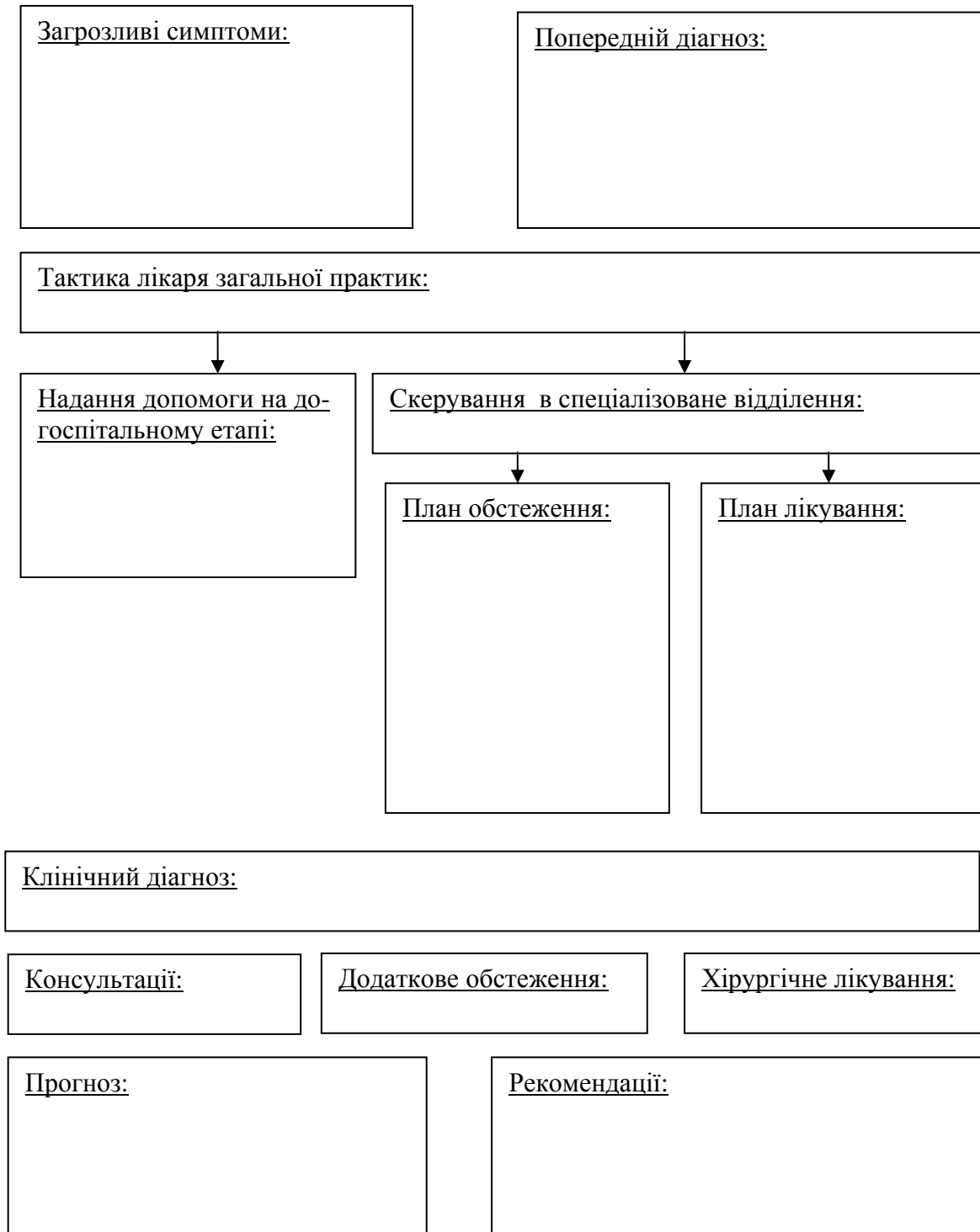
Висновки щодо педагогічної ефективності впровадженого методу: використання методики кооперативних груп, як сучасної технології післядипломної медичної освіти, дозволяє створити практичне заняття нестандартним, інноваційним, інтерактивним, приводить до кращого та глибшого засвоєння матеріалу, підвищує зацікавленість, розширює світогляд, креативність, створює почуття необхідності колективної співпраці та відповідальності, дозволяє сформувати професійні навички й уміння, сприяє формуванню особистої думки медичного фахівця, яка базується на сучасних загальноновизначених медичних технологіях, власному досвіді, особистісних якостях фахівця загальної практики.

Таблиця 2

Таблиця кооперативного рішення поставлених завдань

Клініко-діагностичні ознаки	Кількість зарахованих балів за правильну відповідь ¹	Відповіді груп ²		
		Група 1	Група 2	Група 3
Загрозливі симптоми		+	+	+
Маршрут пацієнта		+	+	+
Попередній діагноз		+	+	+
Необхідність у госпіталізації		+	+	+
Додаткові методи дослідження:		+	+	+
лабораторні		+	+	+
інструментальні		+	+	-
Догляд за хворим		+	+	+
Лікування		+	+	+
Консультація вузьких спеціалістів		+	+	+
Прогноз		+	+	+
Рекомендації		+	+	+

П р и м і т к и : ¹ Сума балів відповідає 80% максимальної кількості рейтингу (оцінка за теоретичні знання); ² Зарахована кількість балів за правильну відповідь



Карт-схема

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабак М.І. Формування особистості медика третього тисячоліття / М.І. Бабак // Медична освіта. – 2002. – № 1. – С. 49-50.

2. Василюк В.М. Основи клінічного мислення / В.М. Василюк, Н.В. Кравчук, В.В. Василюк // Медична освіта. – 2004. – № 3-4. – С. 33-36.

3. Джури́нский А.Н. Реформы зарубежной школы. Надежды и действительность / А.Н. Джури́нский. – М.: Знание, 1989. – 12 с.
4. Кондратюк В.Л. Основні тенденції розвитку систем освіти та освітніх технологій у світовій педагогічній практиці / В.Л. Кондратюк, М.М. Волос, І.І. Бабин // Відкритий урок. – 2002. – №5-6. – С.11-14.
5. Литвинова А.В. История становится ближе: задачник / А.В. Литвинова. – М.: Народное образование, 1996. – 43 с.
6. Медична освіта у світі та в Україні / Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосовець [та ін.]. – К.: Книга плюс, 2005. – 384 с.
7. Мухина С.А. Современные инновационные технологии обучения / С.А. Мухина, А.А. Соловьева. – М.: ГЭОТАР_Медиа, 2008. – 360 с.
8. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. / З.Н. Курлянд, Р.І. Хмелюк, А.В. Семенова [та ін.]; під ред. З.Н. Курлянд. – К.: Знання, 2007. – 495 с.
9. Підвищення ефективності викладання розділу «Лікування генералізованого парадонтиту» з використанням сучасних педагогічних технологій / А.В. Борисенко, К.С.Печковський, Н.А.Зелінська [та ін.] // Соврем. стоматология. – 2011. – №2. – С.149-152.
10. Пометун О. Інтерактивні технології навчання: теорія і практика / О. Пометун, Л. Пироженко. – К., 2002. – 136 с.
11. Психологія і педагогіка: підручник / під ред. С.Д. Максименка. – Вінниця: Нова Книга, 2007. – 368 с.
12. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання: наук.-метод. посіб./ О.І. Пометун, Л.В. Пироженко; за ред. О.І. Пометун. – К.: Вид-во А.С.Т., 2004. – 192 с.



УДК 614.253.2-055.001.12:614.258:378.147

**Н.Д. Чухрієнко,
О.І. Гайдук,
Н.С. Башкірова**

ДОСВІД КАФЕДРИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В РОЗРОБЦІ І ВПРОВАДЖЕННІ РОБОЧОЇ НАСКРІЗНОЇ ПРОГРАМИ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»: ІНТЕГРАЦІЯ З 33 КАФЕДР МЕДИЧНОЇ АКАДЕМІЇ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Н.Д. Чухрієнко)*

Ключові слова: сімейна медицина, викладання
Key words: family medicine, teaching

Реферат. В статтє освещается опыт разработки и внедрения Рабочей сквозной программы подготовки студентов медицинских факультетов и врачей-интернов с целью улучшения овладения навыками и методиками, необходимыми для работы на должностях врачей по специальности "Общая практика - семейная медицина" на 33 кафедрах ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Abstract. In this article experience in development and implementation of Working cross-cutting program of medical students and interns training aimed at improvement of skills and techniques mastering required in the work of doctors in the specialty "General practice - family medicine" at 33 departments of SI "Dnepropetrovsk Medical Academy of Healthcare Ministry of Ukraine", is covered.

У сучасних умовах серед структурних змін у наданні медичної допомоги в Україні пріоритет віддано первинній медико-санітарній допомозі. В умовах реформування охорони здоров'я практична спрямованість сучасної до- та післядипломної медичної освіти, в тому числі і підго-

товки лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», повинна забезпечувати її орієнтацію на реальне, практичне щоденне застосування здобутих знань та вмінь.

Важливим етапом процесу підготовки студентів і інтернів є виробничі практики та

відпрацювання вмінь, навичок та методик на практичних заняттях. Основним навчально-методичним документом, що забезпечує комплексний підхід до організації, системності, безперервності, послідовності навчання студентів і інтернів, є Типова наскрізна програма підготовки студентів медичних факультетів та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для роботи на посадах лікарів за спеціальністю “Загальна практика – сімейна медицина”. Типову наскрізну програму розроблено фахівцями Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, відрецензовано спеціалістами профільних кафедр Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика [2]. Підготовлений перелік практичних навичок та методик відповідає завданням щодо підготовки сімейного лікаря та специфіці його роботи [1, 4]. Метою Типової наскрізної програми є поліпшення засвоєння практичних навичок та практичних методик, які застосовуються в практичній діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини [3].

На виконання листа МОЗ України від 18.04.2011 р. №08.01-47/706 щодо впровадження у навчальний процес «Наскрізної програми» ректором ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» видано наказ № 130 від 20.03.2013 «Про впровадження в навчальну роботу «Наскрізної програми». На виконання наказу кафедрою сімейної медицини ФПО під керівництвом професора Чухрієнко Н.Д. було скоординовано роботу 33 кафедр академії, які взяли участь у розробці Робочої наскрізної програми підготовки студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для роботи на посадах лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» (далі – Робоча наскрізна програма).

Оскільки особливістю роботи лікаря загальної практики-сімейної медицини є її багатопрофільність, то і в розробці та впровадженні Робочої наскрізної програми задіяні кафедри, що забезпечують багатопрофільність підготовки студентів і інтернів (кафедра організації, управління та охорони здоров'я, кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, пропедевтики дитячих хвороб, факультетської та госпітальної терапії, факультетської та госпітальної педіатрії, кафедри хірургії (загальної, хірургії №1 та №2), кафедри

оториноларингології, офтальмології, нервових хвороб, реабілітології та ін.).

Робоча наскрізна програма, що була складена на підставі Типової наскрізної програми, як і класичні робочі навчальні програми, включає робочий навчальний план «наскрізної програми». Його обсяг становить 2045 годин, з яких 1631 година припадає на додипломну підготовку і 414 годин - на післядипломну підготовку. Переважно більшу частину годин відведено на практичні заняття (78,9%), меншу - на семінарські (12,2%) та незначну кількість годин (8,9%) – на лекційний матеріал. Значна частина часу для відпрацювання практичних навичок використовується на клінічних кафедрах, що проводять підготовку студентів 3-4 курсів, оскільки саме там закладаються базові знання пропедевтики та оволодіння практичними методиками роботи з пацієнтами. «Робочою наскрізною програмою» визначено ступінь оволодіння практичною навичкою залежно від курсу навчання студента чи лікаря-інтерна і ранжується він таким чином: позначається одним «+» - ознайомлений, «++» - засвоїв, «+++» - оволодів.

Кожна з 33 кафедр академії для «Робочої наскрізної програми» детально розробила перелік практичних навичок, якими має оволодіти студент чи інтерн, визначила рівень оволодіння навичкою і кількість часу для відпрацювання кожної навички саме на їх кафедрі, представила необхідну літературу з методикою виконання та обов'язкове обладнання для виконання окремої практичної навички.

Співробітники кафедр у межах роботи предметної комісії «Сімейна медицина» неодноразово брали участь в обговоренні всіх питань, що стосуються «Робочої наскрізної програми», зокрема і питання міжкафедральної інтеграції (як вертикальної, так і горизонтальної), метою якої є поліпшення оволодіння практичними навичками роботи студентів і інтернів з пацієнтами, діагностичними та лікувальними процедурами.

Розподіл між кафедрами певних навичок для відпрацювання, забезпечення удосконалення рівня їх засвоєння студентом і інтерном у процесі навчання на різних кафедрах є підставою для оволодіння молодими лікарями практичними навичками, відповідно до програми підготовки спеціаліста за фахом «Загальна практика-сімейна медицина».

Таким чином, у сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я практична спрямованість сучасної до- та післядипломної медичної освіти надасть можливість ефективної підготовки сімейних лікарів високої кваліфікації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лисенко Г.І. Шляхи оптимізації підготовки сімейних лікарів / Лисенко Г.І., О.Б.Ященко, Л.В. Хіміон [та ін.] // Матеріали наук.-практ. конф. «Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні», м. Чернівці, 13–14 квітня 2005 р. – Чернівці, 2005. – С. 24.

2. Матеріали Всеукр. наук. навч.-метод. конф. «Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичному навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації» (12–13 травня 2011 року, м. Тернопіль). – Тернопіль: ТДМУ, 2011. – 566 с.

3. Наскрізна програма підготовки студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів для оволодіння практичними навичками та методиками, необхідними для роботи на посадах лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». – К., 2011. – 16 с.

4. Стародуб Є.М. Особливості підготовки сімейних лікарів на післядипломному етапі / Є.М. Стародуб, О.Є. Самогальська, Н.І. Ярема [та ін.] // Матеріали наук.-практ. конф. «Підготовка сімейних лікарів та моделі впровадження сімейної медицини в Україні», м.Чернівці, 13–14 квітня 2005р. –Чернівці, 2005.–С.47.



УДК 614.253.2:616-039.74:378.147

**О.М. Клизуненко,
О.Ю. Муризіна,
В.В. Єхалов**

ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ З МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО
(зав. – д. мед.н., проф. О.М. Клизуненко)*

Ключові слова: сімейна медицина, невідкладні стани, самостійна підготовка, мотивація, післядипломна освіта, інтернатура

Key words: family medicine, emergency medicine, self work, motivation, internship, postgraduate education

Реферат. В статті представлені методи проведення самостійної роботи для інтернів общей практики на практичних заняттях модуля «Резусцитация и интенсивная терапия» и «Неотложные состояния. Крок 3». Выделены уровни базовой подготовки – средний, высокий и низкий, оцениваемое методом входного контроля модуля. Представлены особенности педагогических приёмов обучения на каждом уровне. Определено соответствие уровня базовой подготовки уровню саморганизации интерна. Предложены педагогические условия проведения самостійной работы в клинике - совместное творчество и индивидуальная помощь преподавателя в освоении клинических элементов модуля и правильном публичном представлении интерном результатов своей работы. Представлена действенность влияния педагогических условий на повышение уровня активного профессионального поиска, самоорганизации интерна и мотивации к дальнейшему саморазвитию. Обоснована эффективность реализации программы интернатуры по специальности «Семейная медицина» по результатам государственного экзамена «Крок 3».

Abstract. In the article methods of conducting individual work for intern-general practitioners at practical classes on module “Resuscitation and intensive therapy” and “Emergency state”, Krok3” are presented. Levels of fundamental preparation – middle, high and low assessed by method of module entry control are distinguished. Peculiarities of instructional techniques at every level are presented. Appropriateness of level of fundamental preparation to that of self-organization of an intern was defined. Instructional background for conducting individual work in clinic – common creative work and individual help in mastering clinical elements of module and correct presentation of intern’s work in class. Efficacy of pedagogic conditions created for training interns-general practitioners on increase of active professional search, selfrealization and motivation to further development is presented. Efficacy of realization of internship program on specialty “family doctor” by the results of state exam “Krok 3” is justified.

При підготовці лікарів-інтернів різних спеціальностей до ліцензійного іспиту КРОК-3 за

модулем «Невідкладні стани» одним з провідних принципів є «підготованість ґрунту». Для його

реалізації найважливішим є організація самостійної підготовки. Безперервна освіта забезпечує певний зв'язок між окремими етапами освітньої траєкторії, постійна самоосвіта стає необхідною умовою в реалізації індивідуальних переваг у галузі спеціальних медичних знань. Мова йде не тільки про професійне вдосконалення, але і про якісно-індивідуальний прогрес інтерна, який забезпечує високий ступінь суб'єктної активності, обґрунтовано самостійний вибір рішень, прагнення до підвищення загальномедичної та етичної компетентності та духовної культури, що стає способом самоорганізації особи [1].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами представлені результати самостійного, постійного за частотою, суцільного за обсягом охоплення, безпосереднього за способом отримання інформації, спостереження процесу навчання з медицини невідкладних станів інтернів загальної практики. Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО впродовж останніх років проводила підготовку до ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок-3. Загальна лікарська підготовка» в межах питань невідкладних станів, їх діагностики, невідкладних заходів та інтенсивної терапії в п'ятих профілях іспиту: хірургічному, терапевтичному, педіатричному, акушерсько-гінекологічному та інфекційному в межах 72 навчальних годин (загальне педнавантаження за модулем – 156 годин). Методика організації цих занять була висвітлена у наших попередніх роботах [2, 3]. Упродовж останніх двох років, відповідно до нової програми інтернатури 2012 року, до занять на нашій кафедрі був доданий навчальний модуль «Реаніматологія та інтенсивна терапія» обсягом 72 години, структурований за принципами різнопричинних порушень усіх вітальних функцій, які вперше одночасно розглядаються в дорослих та дітей, а також інтенсивної терапії гострих отруень, радіаційних уражень організму. Заняття проводилися за класичною методикою з посиленням щоденної клінічної роботи в умовах відділень реанімації та інтенсивної терапії. Облік цієї роботи здійснювали за допомогою щоденника, розробленого профільною кафедрою (завідувач – проф. Н.Д. Чухрієнко). Інтерни відображали вірний діагноз, клінічні протоколи МОЗ, застосовані препарати. Нами розроблена та удосконалюється індивідуальна карта щоденного клінічного ведення пацієнта як дидактичний засіб нових форм організації навчання у вищій школі – індивідуальні завдання та індивідуальні заняття. Наприкінці кожного модуля ми проводили відповідний до навчальної програми

контроль. Сурогатною точкою ефективності наших занять на 1 році інтернатури були результати складання МЛІ «Крок-3».

Метою нашої педагогічної роботи з цього напрямку є задіяти та посилити особистісно-розвивальний потенціал лікаря-інтерна через всебічне відпрацювання засобами клінічного й аудиторного навчання загальних і професійних навичок - самостійного прийняття рішення, здатності приймати на себе відповідальність, що можливо за умови удосконалення рівня власної організації і викладача, й інтерна, цілеспрямованої мотивації та ціннісного відношення до обраної професійної діяльності. Педагогічною задачею для всіх викладачів нашої кафедри обох циклів визначено – на ґрунті всебічного аналізу безперервно удосконалювати методику інтенсивного навчання із застосуванням методів активного навчання. Друкованих робіт, що висвітлюють проблеми опрацювання аудиторної клінічної самостійної роботи з невідкладних станів саме в питаннях прикладного характеру, в інтернів сімейної медицини ми не знайшли.

Об'єкт дослідження - процес засвоєння сучасних знань і вмінь з медицини невідкладних станів інтернами загальної практики.

Предмет дослідження - педагогічні умови виконання інтернами клінічної та аудиторної самостійної роботи в клініці інтенсивної терапії та невідкладних станів.

Мета статті - визначити ефективність проведених занять за первинною сурогатною точкою – результатами МЛІ «Крок-3», проаналізувати вплив внесення удосконалень до особистої аудиторної самостійної роботи інтерна, спираючись на результати контролю.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз успішності виявив, що певний рівень знань і лікарських вмінь поєднувався з відповідними навичками власної самоорганізації лікарів-інтернів, що дозволило нам сформулювати такі групи спостереження. Основна група – це середній рівень базових знань, що дозволяє здійснювати навчання на репродуктивно-пізнавальному рівні (за В.П. Беспалько) з перевагою тієї чи іншої складової. На цьому рівні різною мірою відбувається аналіз ситуації, планування своєї діяльності, пошук і знаходження нового знання, можливо рішення нетипових евристичних завдань не тільки в стандартних, але і в ускладнених умовах. Проте існує потреба впливу викладача на посилення самоорганізації інтерна. Особливо виділяються інтерни з високим самостійним рівнем професійної підготовки, де переважають висока мотивація та професійна активність,

навчання здійснюється на пізнавально-пошуковому рівні, у деяких осіб – на творчо-дослідницькому рівні. Саме вони в освітньому середовищі ВНЗ активно й наполегливо формують у себе необхідні професійно важливі якості. Також є інтерни, у яких недостатній самостійний рівень професійної організації, самоосвітні вміння – на низькому рівні, є труднощі з організацією всього процесу власного навчання. Ці інтерни вимагають від викладача значних зусиль з організації їх роботи під час і аудиторної, і особливо клінічної частини заняття, постійної мотивації кожної дії.

На початку заняття ми здійснюємо контроль знань і вмінь лікарів-інтернів за традиційними та новітніми методиками в межах виділеного часу. Достатній рівень підготовки є необхідною умовою для здійснення самостійної роботи. Ми пропонуємо до рішення тестові задачі (база «Крок 3»), спочатку відповідно до окремої вітальної системи, яка визначена темою заняття, далі - задачі, що включають порушення декількох систем. При цьому активно звертаємо увагу на навчальні елементи наступної теми, також включаємо декілька завдань з попередньої теми, в яких найчастіше зустрічаються помилки. Надалі здійснюємо публічне обговорення. Такий спосіб контролю, що дозволяє перш за все підсилити базовий рівень знань, розроблений доцентом Д.М. Станіним.

Запропоновані нами педагогічні умови включали: співтворчість інтерна і викладача у процесі організації аудиторної і проведення клінічної частини заняття. Розуміючи внутрішній стан інтерна, рівень його знань та одночасно «незнань», викладачі допомагали опрацювати лікарські вміння з діагностики синдромокомплекса, який визначає невідкладний або критичний стан хворого, пояснювали, як клінічно розпізнати предиктори порушення вітальних функцій і одразу невідкладні заходи, що необхідно здійснити в певних умовах, допомагали розшифрувати ЕКГ та зрозуміти її.

Ми застосовуємо методику малих груп у процесі реальної клінічної практики. Для навчальної курації в одну групу (2 особи) поєднуємо інтернів з однаковим рівнем підготовки, що надає можливість диференціювати складність завдань, при цьому забезпечити засвоєння й оволодіння усіх навчальних елементів модуля усіма інтернами. Однак саме цей розподіл виявився найбільш ефективним для опанування вміннями і навичками в інтернів із середнім і низьким рівнем підготовки. Використовували індивідуальний контроль знань у межах кожної

групи. Викладач пояснював помилки й допомагав первісно клінічно представити історію хвороби всередині кожної групи, або при певних умовах і індивідуально. Тільки потім проводили розширений клінічний розбір. Ми спостерігали, що при середньому й невисокому рівні знань лікарі-інтерни більш активно і наполегливо проявляють себе саме в індивідуальній роботі, самостійно проводять професійний пошук, ставлять питання та активно представляють свою точку зору, обґрунтовують свої дії. Це посилює їх пізнавальний рівень, допомагає самостійно прийняти рішення і все більше адаптуватися до особистої діяльності, створює в них ситуацію професійного успіху і значущості обраної професії, що сприяє мотивованій реалізації цільової установки на подальшому професійно-особистісному розвитку. Також ми спостерігали, що в деяких інтернів з високим рівнем підготовки у разі виникнення труднощів при відповіді на більш складні питання (проте в межах їх компетентності), де вони не могли себе успішно представити, виникало певне незадоволення. Дуже коректно ми допомагали інтернам осмислити власну поведінку, що сприяло подальшому розвитку рефлексивних навичок у майбутніх лікарів.

Головним і водночас болючим питанням є реальне клінічне опанування лікарськими вміннями та навичками, які необхідно практично відробляти в умовах клінічного відділення в позааудиторні години, добровільно витрачаючи на це свій особистий час. Навчання з медицини невідкладних станів вимагає обов'язкової активної участі викладача під час усієї аудиторної клінічної роботи інтерна. Опанування лікарськими вміннями в медицині невідкладних станів, незалежно від теоретичного рівня підготовки, в усіх групах навчання можливо тільки одразу поряд із бригадою, яка надає допомогу (практичне засвоєння дій), а тільки потім покроково у складі команди.

Результат іспиту «Крок 3» за субтестами з невідкладних станів у інтернів загальної практики становив у 2012 році – 72% (загальний тест-71,7%, 44 лікарі), у 2013 – 81,8 % (79,5%, 100 осіб), у 2014 – 84 % (82,7%, 126 осіб). Це відобразило досягнення більш високого рівня підготовки при значному збільшенні кількості інтернів, які навчаються.

Порівняння отриманих на цьому етапі дослідження практичних результатів із сучасними теоретичними положеннями щодо аудиторної самостійної роботи інтернів забезпечують обґрунтованість і достовірність нашого

наукового звіту за даними проведеного дослідження.

ПІДСУМОК

Зіставлення результатів впровадження педагогічних прийомів на кафедральному рівні виявило, що вони не більш вагомі, ніж їх реалізація на рівні усього факультету післядипломної освіти, що доводить рівномірно високий рівень усіх субтестів «Крок 3» у 2014 році у всій кількості (126 осіб) інтернів загальної практики.

Саме у цієї спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина» в освітньому середовищі Дніпропетровської медичної академії вдалося реалізувати інтегровану систему навчання з певних дисциплін, структурованих у наскрізній програмі зі спеціальності. Спільними зусиллями профільних кафедр (завідувачі – проф. Н.Д. Чухрієнко, проф. В.А. Потабашній) і суміжних кафедр вдалося підвищити підготовку інтернів загальної практики відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики, що на проміжному рівні підтвердили результати конт-

ролю за якістю підготовки лікарів з питань надання допомоги при невідкладних станах «Крок-3».

Перспективою подальшого дослідження є удосконалення дидактичних матеріалів для особистої клінічної роботи інтерна і визначення ефективності засвоєння необхідних навчальних елементів модуля.

ВИСНОВКИ

1. Самостійна підготовка є однією з найважливіших умов підготовки фахівців в інтернатурі, успішність якої залежить від покрокового дотримання умови «від мотивації до індивідуальної творчості».

2. Якість самостійної підготовки інтернів значною мірою залежить від здатності викладача нівелювати «негативні мотивації».

3. Запровадження організаційних методів до самостійної підготовки лікарів-інтернів за модулем «Невідкладні стани» оптимізує навчальний процес та підвищує якісні показники навчання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зинкевич Е.Р. Развитие педагогического мышления врачей-преподавателей медицинских ВУЗов в условиях непрерывного образования / Е.Р. Зинкевич // Человек и образование. – 2012. – № 1 (30). – С. 103-107.

2. Компетентнісний підхід до формування сучасного рівня вмінь з медицини невідкладних станів у сімейних лікарів / О.Ю. Муризіна, О.М. Клигуненко,

В.В. Єхалов [та ін.] // Медичні перспективи. – 2013. – Т. XVIII, № 2, ч 1. – С. 149–153.

3. Принципы подготовки врачей-интернов разных специальностей по циклу «Неотложные состояния» / В.В. Ехалов, В.И. Слива, Д.М. Станин [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2011. – № 4 (35). – С. 126–128.



УДК 614.253.2-055:371.14

**Ю.К. Ботьбот,
Т.К. Мавропуло,
Т.М. Плеханова,
Н.М. Казицька,
Т.І. Степаненко**

*ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"
кафедра госпітальної педіатрії 2 та неонатології
(зав. – д. мед. н., проф. Ю.К. Ботьбот)*

Одним з першочергових завдань для галузі охорони здоров'я з метою продовження реформи є підготовка та перепідготовка медичних кадрів для первинної ланки. Формування штату молодих лікарів загальної практики не встигає за

потребами отримання досвідчених, обізнаних, психологічно підготовлених спеціалістів на місцях. Тому в сучасних умовах система надання медичної допомоги населенню змушена видавати досвідчених фахівців з рідів терапевтів,

педіатрів, лікарів вузьких спеціальностей на перекваліфікацію задля отримання спеціаліста першої ланки надання медичної допомоги населенню. Так, на первинну спеціалізацію за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» потрапляють досвідчені лікарі, які мають великий стаж роботи в системі охорони здоров'я, але вимушені освоювати зовсім іншу спеціальність у віці, коли внутрішня динаміка набутого та втраченого вже достатньо сформована, плинний інтелект поступово перетворений на кристалізований, відзначається переважання консерватизму в мисленні та негативізм до отримання нових ідей, принципів та навичок.

Для фахівців молодого віку притаманним є операційно-динамічний інтелект, пов'язаний з пошуком та переробкою інформації, розв'язанням різних завдань, визначенням більш раціональних (можливо й радикальних) шляхів. Процеси навчання і розвитку людей зрілого віку більше орієнтуються на кристалізований предметно-змістовний інтелект. Люди у віці зберігають свою працездатність, інтелектуальний потенціал, компетентність, а їх активність, в тому числі й оволодіння новими знаннями, великою мірою пов'язані насамперед з власним вибором людини.

Вища школа повинна бути здатна обслуговувати різні вікові групи фахівців. Вказані аспекти свідчать про те, що розвиваюче навчання

при отриманні нової спеціальності людей зрілого віку вимагає особливої організації навчального процесу, яка повинна мати специфічний мотиваційний зміст. Вибір, надання переваги тим чи іншим формам навчання визначається їх функціональною ефективністю, доцільністю, потребам та можливостям тих, хто навчається. Найбільш ефективною формою для навчання людей у віці ми вважаємо груповий тренінг, який дозволяє кожному з учасників навчального процесу вільно спілкуватися, оцінювати знання та дії інших, спиратися не тільки на свій, але й на досвід колег (також досвідчених фахівців), працювати у власному темпі та не вимагає конкретного оцінювання або інших контрольних процедур, які можуть знизити мотиваційну спрямованість у навчанні. Першочерговою прикладною ланкою в освоєнні нової спеціальності має стати інтерпретація особистого досвіду кожного лікаря-курсанта: розповіді про власні клінічні спостереження, медичні випадки, вирішення організаційних ситуацій. Створення людям зрілого віку можливості розповідати зацікавленим співбесідникам про власний досвід стосовно кожної навчальної теми може сприяти орієнтації на міждисциплінарне навчання, переосмисленню, інтеграції та трансляції клінічного досвіду, активізації прийняття нової інформації, отримати якісний рівень взаємопроникнення та взаємозбагачення навчальних дисциплін.



УДК 614.253.2/.38:378.147

**Т.К. Мавропуло,
Т.М. Плеханова,
Т.І. Степаненко,
Н.М. Казицька,
М.К. Золотарьова***

УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ З ПРАВОВИХ ПИТАНЬ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра госпітальної педіатрії 2 та неонатології
(зав. – д. мед. н., проф. Ю.К. Більбот)
ДВНЗ «Криворізьський Національний університет»**

Особливе місце в підготовці будь-якого лікаря, який працює з дітьми різних вікових груп (сімейний лікар, педіатр, неонатолог), займають питання взаємовідносин з батьками дітей-пацієнтів. Відсутність взаємодії є одним з головних чинників виникнення конфліктних ситуацій, що

ускладнюють роботу лікаря, зумовлюють значне моральне навантаження. Психологічним механізмом формування поведінки батьків є «страх за дитину», що цілком природньо та зрозуміло. Але щонайменше відхилення від результатів лікування дитини, яких очікують батьки, може

призводити до виникнення конфліктних ситуацій з лікарем. Вирішення таких конфліктів досить часто переходить у правову площину внаслідок подання скарг, звернень до різного роду органів, установ, подання судових позовів.

Особливо гостро постає проблема фактичної правової незахищеності лікаря, який сумлінно виконує свій професійний обов'язок, від необгрунтованих претензій. Разом з тим спостерігається відсутність вкоріненої традиції лікарів захищати порушені права та охоронювані законом інтереси за допомогою юридичних засобів. Необхідно при цьому відмітити, що лікар також повинен захищати інтереси дитини, яка не може самостійно прийняти рішення, якщо очевидно, що інтереси його життя і здоров'я байдужі оточуючим чи недостатньо ними усвідомлюються. Отже, не можливо говорити про наявність ефективних організаційно-правових механізмів, які б сприяли лікарю «стати на сторожі» інтересів хворої дитини, у випадку, коли прийняті відповідні рішення або допущена бездіяльність батьків фактично ставлять під загрозу здоров'я та благополуччя дитини. Такі обставини негативно впливають на імідж професії лікаря.

На цей час при підготовці лікарів мало уваги приділяється питанням правових знань та вирішення конфліктних ситуацій у професійній діяльності. Необізнаність лікарів з питаннями вирішення професійних конфліктів призводить до гучних справ, які висвітлюються в засобах масової інформації не з професійної точки зору, а з побутової, що дозволяє широким верствам населення по-своєму трактувати ситуацію та

формує негативний імідж не тільки конкретного лікаря, але й медичного закладу в цілому.

Вирішення (врегулювання) конфліктів з батьками дітей-пацієнтів може відбуватися: по-перше, на досудовому врегулюванні конфлікту; по-друге, судовому захисті честі, гідності та ділової репутації лікаря.

В аспекті досудового вирішення конфліктів закон надає широкий спектр варіантів для захисту прав батьків дитини-пацієнта: звернення (подання скарги) до керівника закладу охорони здоров'я, місцевих органів управління охороною здоров'я, громадських організацій, правоохоронних органів тощо. Для лікаря ж єдиним, посправжньому ефективним способом досудового врегулювання конфлікту з батьками є проведення переговорів. Раніше відносини між пацієнтом та лікарем розглядалися більше в площині медичної етики та деонтології. Але на сьогоднішній день із зростанням актуальності проблеми захисту прав пацієнта такі відносини набувають все більш правового аспекту.

Всі ці питання повинні входити до програми підготовки та перепідготовки лікарів сімейної медицини, лікарів-педіатрів. Такі програми повинні містити як лекції із залученням фахівців-юристів, так і тренінги з правових знань та методик вирішення конфліктних ситуацій при професійній діяльності на рівні досудового врегулювання конфліктів, необхідно приділяти увагу питанням етики та деонтології у роботі лікаря, що дає змогу запобігти виникненню конфліктів та сформувати довіру до лікаря.



УДК 616.1/9:159.9:378.147:614.253.4-054.6

*Н.В. Мишина,
Н.К. Мишина*

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ НА КЛІНІЧНІЙ КАФЕДРІ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра пропедевтики дитячих хвороб
(зав. – д. мед. н., проф. С.І. Ільченко)*

Ключові слова: іноземні студенти, адаптація, спілкування, навчальні навички та вміння
Key words: foreign students, adaptation, communication, skills and experience

Реферат. В статті приведені дані про особливості адаптації іноземних студентів, навчаючись на клінічній кафедрі вищої медичної школи, до нових умов життя та навчання. Особливу увагу приділено

трудностям в образовательных условиях, учебной деятельности, что обусловлено необходимостью достижения высокого уровня владения языком общения, в том числе с больными детьми, и приобретения профессионально значимых знаний, навыков и умений. На кафедре пропедевтики детских болезней, одной из первых клинических кафедр, особенно важна коммуникативная компетентность к восприятию учебной информации. Результаты анкетирования показали наличие определённых трудностей социально-педагогического и психологического характера.

Abstract. In this article data about special aspects of adaptation of foreign students, studying at the clinical department of higher medical school to new conditions of studies and living conditions are presented. Special focus is on the difficulties with adaptation to conditions of education, educational process, which are due to the necessity of reaching a high level of communication, including communication with ill kids and acquiring professionally-important knowledge, skills and experience. Communicative competence to understanding learned material for students who study at the department of propaedeutics of children's diseases are issues of central importance. Results of a questionnaire survey showed presence of certain difficulties of socially – pedagogical and psychological character.

Згідно зі статистикою, у сучасному світі приблизно двоє зі ста, які навчаються у вищій школі, є іноземними студентами. Україна, її вища медична школа, Дніпропетровська медична академія мають певне соціальне замовлення на підготовку конкурентно спроможних іноземних спеціалістів, зумовлене входженням у міжнародний освітній простір.

Пріоритетним завданням вивчення процесів адаптації іноземних студентів виступають загальні і специфічні проблеми іноземних студентів. До загальних проблем належать визначення свого місця в житті, реалізація власного потенціалу тощо, а до специфічних – використання накопиченого досвіду, в тому числі освітнього, при поверненні до батьківщини. У вітчизняній літературі адаптація іноземних студентів розглядається в контексті труднощів включення іноземних студентів у навчальний процес і виявлення шляхів оптимізації, психолого-педагогічної і дидактичної адаптації на основі вивчення контингенту іноземних студентів [1, 2].

Педагогічний аспект адаптації пов'язаний, насамперед, із засвоєнням студентами-іноземцями норм та понять професійного середовища, пристосування до характеру, змісту й умов організації навчального процесу у вищій медичній школі, формуванню навичок самостійної навчальної і наукової діяльності.

Перед педагогічною спільнотою вітчизняного ВНЗ, медичного ВНЗ постає необхідність пошуку такого змісту, форм і методів навчально-виховної роботи, за допомогою якої викладачі

зможуть попереджати, пом'якшувати та ліквідувати негативні наслідки дезадаптації, прискорювати процес соціально-психологічної і педагогічної адаптації студентів [3]. Студенти-іноземці, які приїжджають до нашого ВНЗ, під час більше вмотивовані до навчання, і це треба вміло використовувати.

У ході нашого дослідження було проведено анкетування студентів 3 курсу з метою виявлення проблем соціальної, психологічної і педагогічної адаптації. Так, навчання у вищій медичній школі було складним для майже 80% студенток, і лише для 25,7% студентів, побутові умови були складними однаково – 80-85% як для студентів, так і для студенток, практично 80% було складно спілкуватися з українцями, а також з хворими дітьми під час занять, але і з студентами своїх груп також – до 10-12%. Студенти-іноземці в 100% потребують спілкування з земляками, це пом'якшує труднощі адаптації, цінують свободу і незалежність свого теперішнього існування 90% студентів і тільки 10% студенток. Головною проблемою 90% іноземців називають побут.

ПІДСУМОК

Соціально-психологічна і педагогічна адаптація іноземних студентів до навчання у вищій медичній школі, тим більше на клінічній кафедрі має низку труднощів. Це пов'язано з великим потоком навчальної інформації, а також з проблемами у спілкуванні, в тому числі з хворими дітьми під час консультації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Арсеньев Д.Г. Социально-психологические и физиологические проблемы адаптации иностранных студентов / Д.Г. Арсеньев. – СПб., 2003. – 160 с.
2. Глазков Э.А. Адаптация иностранных студентов к условиям жизни и учебы / Э.А. Глазков //

Буковин. мед. вісник. – 2012. – Т. 16. № 2. – С. 149-151.

3. Королинская С.В. Некоторые проблемы адаптации иностранных студентов английского отделения НФУ / С.В. Королинская // Физическое воспитание студентов. – 2011. – № 14. – С.48-51.

УДК 614.253.2-055:378.147

І.В. Василевська

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Н.Д. Чухрієнко)*

Особливості підготовки лікаря загальної практики-сімейної медицини багато в чому визначаються специфікою самої сімейної медицини і її сучасного стану в нашому суспільстві.

Нині в процесі модернізації охорони здоров'я і підготовки сімейних лікарів у рамках вторинної спеціалізації з базових спеціальностей «Терапія», «Педіатрія» і вузьких спеціальностей при прийомі курсантів на навчання ми стикаємося з їх світоглядною кризою - станом, коли сталий світогляд піддається змінам, а новий ще не сформований. У такій ситуації перед навчальними кафедрами, особливо базовою «Сімейної медицини» стоїть завдання відновити світоглядну цілісність особи і заповнити позитивним сприйняттям нової спеціальності.

Впродовж усього періоду навчання ми робимо акценти на тому, що сімейний лікар має особливий статус завдяки довготривалому контакту з усіма членами сім'ї, і на тому, що він як особистість привносить до своєї роботи відповідно до свого індивідуального світогляду. Інакше кажучи, результат роботи сімейного лікаря багато в чому залежить не лише від виконання чисто протокольних медичних обов'язків відповідно до діючої нормативної бази, але й від особистих дій, які він виконує окрім цього.

Таким чином, ми робимо акценти на тому, що на ефективність роботи сімейного лікаря має вплив те, наскільки він сам здатний виконувати необхідні дії задля покращення стану здоров'я своїх пацієнтів, оскільки саме вчинки є мірилом світоглядної зрілості лікаря і є його орієнтирами при виборі особистої поведінки. Ми намагаємося

довести, що саме переконання і погляди сімейного лікаря не тільки на робочому місці, а й у звичайному житті активно сприймаються людьми і здатні змінювати особливо стійкі психологічні установки. Переконання і принципи вплетені в саму тканину людського життя і часто їх вплив на вчинки буває набагато сильніший, ніж вплив знань і емоцій разом узятих. Тому при розборі кожної теми ми значну увагу приділяємо формуванню нового світоглядного напрямку з профілактики розвитку захворювань через формування здорового способу життя і раціонального харчування особисто для кожного курсанта. Так, наприклад, наявність шкідливої звички «тютюнопаління» у сімейного лікаря або членів його сім'ї значною мірою міняла його світогляд і ми в процесі навчання методично працюємо з цією проблемою, отримуючи видимі позитивні зміни.

Ми відзначаємо, що норми і цінності життя курсанта є важливим компонентом світогляду майбутнього сімейного лікаря і саме людські вчинки утворюють його практичний рівень. Сімейний лікар повинен формуватися через усвідомлення гуманістичного світогляду, спиратись на визнані цінності будь-якої людської особистості, незалежно від його соціального статусу, віку, наявності соматичної або психічної патології.

Позитивний світогляд сімейного лікаря дає цілісну систему цінностей, ідеалів, прийомів, зразків для життя упорядковує найкоротші шляхи досягнення цілей формування здорового способу життя у підопічних.

