

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІЖНАРОДНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

НАУКОВИЙ ВІСНИК МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Серія: Медицина

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

Випуск 4

Одеса
2013

Серію засновано у 2010 р.

Засновник — Міжнародний гуманітарний університет

*Друкується за рішенням Вченої ради Міжнародного гуманітарного університету
протокол № 2 от 19 ноября 2013 р.*

Видавнича рада:

С. В. Ківалов, д-р юрид. наук, проф., акад. АПН і НАПрН України – голова Ради; **А. Ф. Крижановський**, д-р юрид. наук, проф. – заступник голови Ради; **С. А. Андронаті**, акад. НАН України; **В. Д. Берназ**, д-р юрид. наук, проф.; **О. М. Головченко**, д-р екон. наук, проф.; **Д. А. Зайцев**, д-р техн. наук, проф.; **В. М. Запорожан**, акад. АМН України; **М. З. Згуровський**, акад. НАН України; **М. П. Коваленко**, д-р фіз.-мат. наук, проф. – заступник голови Ради; **О. О. Костусєв**, д-р екон. наук, проф.; **В. А. Кухаренко**, д-р філол. наук, проф.; **О. М. Образцова**, канд. філол. наук, доц.; **Г. П. Пекліна**, д-р мед. наук, проф.; **О. В. Токареєв**, засл. діяч мистецтв України; **В. О. Туляков**, д-р юрид. наук, проф.

Головний редактор – д-р мед. наук, проф. **Г. П. Пекліна**

Відповідальний секретар серії – канд. хім. наук, доц. **В. А. Бачеріков**

Редакційна колегія серії «Медицина»:

М. Г. Антіпов, канд. мед. наук, доцент, **В. А. Бочаров**, д-р мед. наук, проф., **Г. Е. Венгер**, д-р мед. наук, проф.; **І. В. Галина**, д-р мед. наук, проф.; **Л. О. Гоцуляк**, д-р біол. наук, проф.; **О. В. Деньга**, д-р мед. наук, проф.; **І. В. Єршова-Бабенко**, д-р філ. наук, проф.; **Л. П. Зубкова**, д-р мед. наук, проф.; **М. К. Кевра**, д-р мед. наук, проф. (Мінськ, Білорусь); **Л. М. Ковальова**, д-р мед. наук, проф.; **В. О. Колоденко**, д-р мед. наук, проф.; **С. М. Кушнір**, д-р мед. наук, проф. (Тверь, Росія); **А. О. Лобенко**, д-р мед. наук, проф., акад. АМН України; **Н. Г. Ніколаєва**, д-р мед. наук, проф.; **А. В. Павленко**, д-р мед. наук, проф.; **А. Пахлеванзаде**, д-р мед. наук, **В. В. Сердюк**, д-р мед. наук, проф.; **Ф. Я. Хорошилкина**, д-р мед. наук, проф. (Москва, Росія).

Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Медицина:
зб. наук. праць. – Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2013. – Вип. № 4. – 50 с.

*Повне або часткове передрукування матеріалів, виданих у збірнику
«Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету» допускається лише з письмового дозволу редакції.
При передрукуванні матеріалів посилання
на «Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету» обов'язкове.*

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 16814-5486Р від 01.06.2010

Адреса редакції:

Міжнародний гуманітарний університет, офіс 202,
вул. Фонтанська дорога 33, м. Одеса, 65009, Україна,
тел. +38 068 331 58 98, Веб-сайт: www.vestnik-medicine.mgu.od.ua
E-mail: editor@vestnik-medicine.mgu.od.ua

© Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету.

Серія: «Медицина», 2013

© Міжнародний гуманітарний університет, 2013

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Бакун О. В.,

*кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства
та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
Буковинського державного медичного університету*

Андрієць О. А.,

*доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства
та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
Буковинського державного медичного університету*

Ватаман Н. Ю.,

студентка

Буковинського державного медичного університету

Федоряк Р. Т.,

студентка

Буковинського державного медичного університету

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З ГІПОГАЛАКТІЄЮ

Анотація. Робота присвячена вивченню перебігу післяпологового періоду у породіль з гіпогалактією, яка спостерігається у 73,3%. Показано, що фітопрепарат «Ширафза» значно покращує лактацію та перебіг післяпологового періоду.

Ключові слова: гіпогалактія, післяпологовий період, фітопрепарати.

Постановка проблеми. Рациональне харчування передбачає, в першу чергу, вигодовування дітей першого року життя грудним молоком матері. Унікальність грудного молока полягає в тому, що це – найбільш здорова, оптимально збалансована природою їжа, яка легко засвоюється. Вона повністю задовольняє всі харчові і енергетичні потреби дитини від народження і не менше ніж до 5-6 місяців життя без будь-яких добавок [2]. Серед багатьох проблем грудного вигодовування самою частою є скарга матері на те, що у неї не вистачає молока. Гіпогалактія – це зниження секреторної діяльності молочних залоз в період лактації [1]. Розрізняють первинну і вторинну гіпогалактію. Первинна зумовлена анатомічними і функціональними особливостями молочних залоз, а також важкими захворюваннями матері, пов'язаними з екстрагенітальною патологією (цукровий діабет, зоб дифузний токсичний) зустрічається рідко, тільки у 4-10% жінок. А також серед причин гіпогалакції можна виділити наступні фактори: генетичний і ятрогенний. До останнього відносять випадки застосування у вагітних і породіль медикаментозних засобів, які активують і стимулюють пологову діяльність (естрогени, простагландини, окситоцин). В подальшому у породіль, які отримували ці препарати, в перші години і доби після пологів відсутня лактація чи вона проявляється в більш пізні терміни і є недостатньою [3].

Вторинна гіпогалактія може бути викликана ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду (пізні гестози вагітних, анемії вагітних, маткові кровотечі та ін.), а також порушення режиму, нераціональне харчування, психічні та фізичні перенавантаження, неправильна організація режиму годування новонародженого та техніка годування, захворювання молочних залоз (тріщи-

ни сосків, мастити). Вторинна гіпогалактія в більшій мірі тимчасовий стан. Якщо при первинній гіпогалакції ми маємо обмежені можливості лікування, то при вторинній гіпогалакції можливо при своєчасному лікуванні відновити лактацію. Для цього необхідно з'ясувати причину, яка викликала гіпогалактію [3, 4].

Можна виділити особливу групу жінок по розвитку первинної гіпогалакції – це жінки, які перенесли операцію кесаревого розтину. За годинами виникнення розрізняють ранню гіпогалактію. Вона проявляється в перші 10 днів після пологів. І пізню гіпогалактію, яка виникає після 10 днів [5].

Метою даної роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу післяпологового періоду та дослідити вплив фітопрепарату «Ширафза» на лактацію у породіль із зниженою лактаційною функцією.

Матеріал та методи дослідження. Нами обстежено 60 породіль, яких розподілили на дві групи: І – основна – 30 жінок із зниженою лактаційною функцією. ІІ – контрольна – 30 породіль із збереженою лактаційною функцією. У всіх жінок було вивчено анамнез життя, перенесені соматичні та гінекологічні захворювання, особливості менструальної і дітородної функцій, перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду. У новонароджених визначали стан при народженні, оцінку за шкалою Апгар, первинне зменшення маси тіла і ступінь її відновлення до четвертої-п'ятої доби життя, особливості перебігу періоду ранньої постнатальної адаптації. Лактаційну функцію у пацієнток оцінювали на четверту-п'яту добу післяпологового періоду на підставі клінічних спостережень за породіллями, добовою кількістю молока, що продукується, за введенням новонародженим прикорму сумішшю, а також за показниками втрати маси та її відновлення у дітей впродовж перших чотирьох-п'яти діб після народження. Нормальною лактацією вважали стан, за якого прикорми не вводилися, максимальна втрата маси тіла новонароджених не перевищувала 6%, відновлення початкової маси не менше 95% протягом раннього неонатального періоду.

При оцінці ступеня недостатності функції лактації використовували класифікацію С.Н. Гайдукова (1999): І

ступ. тяжкості – дефіцит молока не більше 25% від необхідної кількості, II ступ. – 50%, III ступ. – до 75%, IV ступ. – понад 75%. Для постановки діагнозу недостатності функції лактації (гіпогалактія) брали до уваги дані анамнезу, наявності екстрагенітальних захворювань, ускладнення перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері IBM з допомогою статистичної програми Excel, використовуючи методи варіаційної статистики. Достовірність відмінностей ознак встановлювали за допомогою t-критерію Ст'юдента. Різниця показників вважали достовірними при значенні $p < 0,05$.

Викладення основного матеріалу. При вивченні вікового складу встановлено, що більшість породілей обох груп були віком від 19 до 30 років: в основній групі – 25 (83,3%), у контрольній – 21 (70%) ($p > 0,05$). Середній вік породілей достовірно не відрізнявся ($25,8 \pm 4,2$ і $25,1 \pm 4,1$ року, відповідно).

Виявлено високу частоту соматичної патології: в основній групі – у 22 (73,3%), у контрольній – у 12 (40%) жінок ($p < 0,05$). Так, вдвічі частіше в основній групі реєструвалися захворювання серцево-судинної системи – у 8 (26,6%). Крім того, у жінок основної групи спостерігалася чітка тенденція до збільшення частоти захворювань дихальної системи – у 5 (16,6%), сечовидільної системи – у 11 (36,6%), шлунково-кишкового тракту – у 9 (30%). Частіше в основній групі реєструвалися і гострі респіраторні інфекції – в 4 (13,3%). Наявність гінекологічних захворювань в анамнезі розглядається як чинник ризику різних порушень репродуктивної системи, що призводить до гормональних зрушень, порушення дітородної функції з подальшими ускладненнями післяпологового періоду, а також впливає на становлення і тривалість лактації. Гінекологічні захворювання в анамнезі мали 23 (76,6%) жінок основної групи і 11 (36,6%) – контрольної ($p < 0,05$). Запальні захворювання жіночої статеві сфери в обох групах відмічалися приблизно з однаковою частотою. У той же час порушення менструальної функції достовірно частіше визначалися в основній групі – 21 (70%) жінки, порівняно з контрольною – у 4 (13,3%) ($p < 0,05$). В основній групі у структурі порушень менструальної функції звертає на себе увагу переважання таких нозологічних форм, як дисменорея – у 5 (16,6%), поліменорея – у 2 (6,6%), нерегулярні менструації – у 12 (40%) жінок. Лише в основній групі в анамнезі було виявлено такі порушення, як пізній менархе – у 1 (3,3%), гіпоменструальний синдром – у 1 (3,3%) пацієнтки.

При аналізі акушерського анамнезу слід зазначити, що кожна третя породілля як основної, так і контрольної групи, мала в анамнезі артіфіціальні аборти: 11 (36,6%) і 9 (30%), відповідно. У кожної другої жінки основної групи (16, 53,3%) були вказівки в анамнезі на невиношування вагітностей, здебільшого за рахунок самовільних абортів – у 12 (40%), а також на передчасні пологи – у 3 (10%). Неускладнений перебіг післяпологового періоду реєструвався значно рідше в основній групі породілей – у 4 (13,3%), ніж у контрольній – у 16 (53,3%). Нормальний перебіг післяпологового періоду в основній групі було відмічено у 4 породілей, що склало 13,3%, у контрольній – у 16 (53,3%).

Зниження функції лактації – у 22 (73,3%) жінок основної групи та у 4 (13,3%) – контрольної групи, субінволюція матки – у 4 (13,3%) жінок основної групи та у 1 (3,3%) жінок контрольної групи. Оскільки субінволюція матки відмічалася значно частіше в жінок основної групи, нами проаналізовано чинники, які сприяють виникненню цього ускладнення. У жінок основної групи значно частіше реєструвалися захворювання серцево-судинної системи: у 8 (26,6%), а у контрольній групі – у 4 (13,3%). Наявність запальних захворювань органів малого тазу в анамнезі можна розглядати як чинник, що впливає на інволюцію матки та зниження лактаційної функції в післяпологовому періоді. Так, хронічний сальпінгоофорит зареєстровано у більшості породілей обох груп: в основній групі – у 19 (63,3%), в контрольній – у 7 (23,3%) ($p < 0,05$). Половина породілей з субінволюцією матки вказували на наявність в анамнезі ерозії шийки матки – в основній групі – у 2 (50%). У жінок при зниженні функції лактації відмічається в анамнезі висока частота порушень менструального циклу і хронічного сальпінгоофориту: в основній групі – у 21 (70%) і 19 (63,3%), в контрольній – у 4 (13,3%) і 5 (16,6%), відповідно ($p < 0,05$). Невиношування вагітності в анамнезі як чинник розвитку гіпогалактії зареєстровано у 53,3% жінок основної групи.

При гіпогалактії у більшості породілей основної групи відмічалася загроза переривання вагітності – у 14 (46,6%), гестоз – у 10 (33,3%), анемія – у 27 (90%), плацентарна недостатність – у 12 (40%), у контрольній групі – у 16,6, 3,3, 53,3 та 6,6% спостережень, відповідно ($p < 0,05$). Найвагомішими інтранатальними чинниками для порушень лактаційної функції після пологів були аномалії пологової діяльності і крововтрата понад 500 мл, які реєструвалися в обох групах майже з однаковою частотою. Як в основній, так і в контрольній групі породілей нами не отримано достовірно значущих перинатальних чинників серед доношених новонароджених, які б впливали на становлення лактації в післяпологовому періоді. За даними ретроспективного аналізу виявлено, що у жінок з порушенням лактації повільніше збільшувалася маса тіла (лише до 5-ї доби відновлювали початкову масу тіла).

На становлення лактації в перші 5 діб після пологів впливає стан соматичного здоров'я жінки, її акушерсько-гінекологічний статус, акушерські ускладнення, які частіше реєструвалися в жінок основної групи, тому нами запропоновано відновлення лактаційної функції у даної групи пацієнток за допомогою використання препарату «Ширафза» – натуральний високоякісний засіб на основі рослинної сировини, який завдяки комплексному впливу на організм жінки, стимулюють усі ланки лактації, запобігає виникненню проблем зайвої ваги у годуючих матерів та підвищення рівня глюкози у крові. Дія «Ширафзи» обумовлена лікарськими рослинами, які входять до його складу. Фенхель звичайний містить суміш транс-анетолу з фенхоном, естраголом та іншими компонентами. Структурна схожість анетолу та катехоламіну може підтримувати естрогенну активність. Допамін має стимулюючу дію на лактацію, таким чином, анетол може привести до виділення молока, вступаючи в реакцію з допаміном на визначених проміжках рецепторів. Завдяки цьому зменшується стимулююча дія допаміну в процесі стимуляції на виділення молока. Біологічно активні речовини, що

входять до складу фенхеля звичайного, обумовлюють лактогонну дію у годуючих матерів, а також усувають прояви метеоризму, покращують травлення, зменшують спазми та рухливість тонкого кишечника. Кмин звичайний зумовлює збільшення кількості молока і його поживних властивостей. Пажитник кольоровий покращує кровотік у молочній залозі, стимулює лактацію і зумовлює збільшення харчової цінності молока. Кріп духмянний володіє заспокійливою та седативною діями, тому породіллі менше хвилюється, а протизапальна дія зумовлює зменшення ризику розвитку маститу. Алкалоїди кропу духмяного не тільки збільшують кількість і якість материнського молока, але й у взаємодії з іншими компонентами «Ширафзи», передаються з молоком матері, і тим самим запобігають виникненню метеоризму і знімають больові відчуття (кольки) у дитини, яка знаходиться на грудному вигодовуванні. Препарат приймали жінки основної групи, адже основною скаргою яких була недостатня продукція молока. Прийом препарату здійснювався з 4-ї доби післяпологового періоду по 1 капсулі тричі на день. Було відмічено у 25 породіль (83,3%), що уже на 5-6 добу прийому збільшувалася кількість молока, а також і якість, яка проявлялася у відсутності синдрому «сухих пелюшок», дитина активно смоктала груди матері, породіллі відчувала прилив молока, після годування дитина не плакала та була спокійною, а також новонароджені відновлювали не тільки початкову масу тіла, а й почали активно прибавляти у вазі.

Висновки:

1. У породіль з гіпогалакцією відмічається висока частота ускладнень післяпологового періоду (73,3%), що значно перевищує аналогічний показник у контрольній групі (40%).

2. Застосування препарату «Ширафза» сприяє покращенню лактаційної функції у породіль уже на 5 день післяпологового періоду.

Література:

1. Гутикова Л.В. Гипогалактия, развивающаяся на фоне перенесенного гестоза / Л.В. Гутикова, Р. Анисим, О. Кузнецов // Здоровье Российской Федерации. – 2007. – № 2. – С. 53-56.
2. Гутикова Л.В. Новые подходы к профилактике гипогалактий / Л.В. Гутикова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7. – № 3. – С. 43-46.
3. Медведь В.И. Медикаментозная терапия и лактация / В.И. Медведь, А.П. Виктор // Лечение та диагностика. – 2001. – № 2. – С. 54-58.
4. Паенок О.С. Особенности клинического течения послеродового периода и нарушений лактационной функции у женщин с диффузным нетоксичным зобом / О.С. Паенок // Педиатрия, акушерство та гинекология. – 2011. – № 1. – С. 70-73.
5. Профилактика гипогалактии у родильниц, перенесших абдоминальное родоразрешение / [И. Лахно, А. Машенко, В. Дудко и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 4. – С. 80-82.

Бакун О. В., Андриец О. А., Ватаман Н. Ю., Федоряк Р. Т. Течение послеродового периода у рожениц с гипогалактией

Аннотация. Работа посвящена изучению течения послеродового периода у рожениц с гипогалактией, которая наблюдается в 73,3%. Показано, что фитопрепарат «Ширафза» значительно улучшает лактацию и течение послеродового периода.

Ключевые слова: гипогалактия, послеродовой период, фитопрепараты.

Bakun O., Andriiets' O., Vataman N., Phedoryak R. The course of postpartum period in postpartum women with hypogalaktia

Summary. The course of postnatal period of women in childbirth with hypogalactia which is observed in 73,3% has been under study. The phytomedication «Shirafza» has been demonstrated to improve lactation and course of postnatal period significantly.

Key words: hypogalactia, postpartum period, phytomedicine.

*Богдан Т. В.,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 4
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця*
*Лизогуб В. Г.,
професор кафедри внутрішньої медицини № 4
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця*
*Калашченко С. І.,
студентка
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця*

ОМЕГА-3 ПОЛІНЕНАСИЧЕНІ ЖИРНІ КИСЛОТИ – ПРОФІЛАКТИЧНИЙ І ЛІКУВАЛЬНИЙ ЗАСІБ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Анотація. Проаналізовано сучасні літературні дані про вплив омега-3 поліненасичених жирних кислот (ПНЖК) на метаболізм ліпідів, гемодинамічні показники та коронарний кровообіг у хворих на ішемічну хворобу серця. Доведена протизапальна і антиатерогенна дія омега-3 ПНЖК, що дозволяє застосовувати їх в якості профілактичного і лікарського засобу.

Ключові слова: омега-3 ПНЖК, ішемічна хвороба серця, докозагексаєнова жирна кислота, ейкозапентаєнова жирна кислота.

Постановка проблеми. Протягом останніх десятиріч захворювання серцево-судинної системи продовжують залишатися основною причиною смертності населення в багатьох країнах світу. Серед причин смертності від серцево-судинних захворювань (ССЗ) на долю ішемічної хвороби серця (ІХС) припадає більше половини (майже 53%). Широке розповсюдження ІХС, яке досягло розмірів епідемії, тяжкі клінічні прояви і розвиток ускладнень, які призводять до ранньої втрати працездатності та розвитку інвалідності осіб працездатного віку, висунули проблему боротьби з ІХС в розряд ведучих не тільки кардіологічних і навіть медичних, а й соціальних проблем. У зв'язку з цим підвищений інтерес дослідників до цієї патології є цілком закономірним і обумовлений реальною можливістю впливу на перебіг захворювання, його прогноз та профілактику.

У цьому аспекті проведено чимало досліджень про позитивний вплив омега-3 поліненасичених жирних кислот (ПНЖК) на серцево-судинну систему. Омега-3 ПНЖК мають плейотропний та кардіометаболічний ефекти, які є корисними в лікуванні та профілактиці ССЗ. Щоденне вживання 1 г омега-3 в складі риб'ячого жиру добре переноситься організмом та зменшує ризик виникнення кровотечі [9].

Епідеміологічні дослідження гренландських вчених на людях довели зворотній зв'язок між щоденним вживанням омега-3 ПНЖК та розвитком ССЗ, зокрема ІХС. Омега-3 ПНЖК здатні контролювати рівень ліпідів в крові та запальні зміни в кардіоміоцитах та ендотеліальних клітинах судин [12].

Викладення основного матеріалу. Омега-3 ПНЖК містяться в таких продуктах, як риб'ячий жир, рослини

(льон), дріжджі, водорості. Доведена користь вживання в щоденному раціоні морепродуктів: лосось, анчоуси, менхаден або криль. Ці продукти містять великий відсоток омега-3 ПНЖК [13].

Для хворих з потенційним розвитком ІХС доцільно вживати добавки з омега-3 ПНЖК для зниження ризику виникнення захворювання. Американська кардіологічна асоціація рекомендує вживання морепродуктів для зменшення серцевої аритмії, раптової смерті, виникнення атеросклерозу та зниження артеріального тиску [25].

Небезпека вживання добавок омега-3 ПНЖК виражена в зниженні агрегації тромбоцитів та збільшенні часу кровотечі [21].

Спостерігалось покращення серцевого викиду завдяки позитивному впливу омега-3 на систолічну та діастолічну функції лівого шлуночка. Експериментально доведено, що завдяки добавкам серцевий м'яз краще скорочується та розслабляється, знижується ризик виникнення гіпертрофії лівого шлуночка [14].

Головний ефект ліпідів ейкозапентаєнової кислоти (ЕПК) та докозагексаєнової кислоти (ДГК) – зниження незалежного рівня тригліцеридів в плазмі. Омега-3 ПНЖК мають можливість знижувати тригліцериди різними шляхами, в тому числі й підвищенням печінкового β-окислення і збільшенням внутрішньопечінкової деградації аполіпопротеїна, які разом зменшують секрецію ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) [16].

ЕПК і ДГК – хімічна форма омега-3 ПНЖК, яка найгірше засвоюється організмом людини. Низька біодоступність призводить до зниження біологічної активності та неефективності терапії [8].

Омега-3 ПНЖК можуть модулювати автономний контроль серцевого ритму, тому що омега-3 в великій кількості міститься в нервовій та серцевій тканинах. Цим можна пояснити здатність приймати участь в механізмах захисту організму людини від раптової серцевої смерті (РСС) [17].

Риб'ячий жир ефективно знижує частоту серцевих скорочень (ЧСС) під час значного фізичного навантаження. Цей ефект не залежить від рівня фізичної підготовки людини [18].

Враховуючи тісний зв'язок між підвищенням ЧСС і РСС пряма дія омега-3 ПНЖК на мембрани кардіоміоцитів для зниження ЧСС може стати основним фактором,

який має профілактичний ефект проти виникнення РСС і ІХС [5].

Омега-3 ПНЖК приймають участь не тільки в зміні властивостей клітинних мембран, але й в регуляції транскрипції генів. Для ефективного терапевтичного ефекту омега-3 ПНЖК мають поєднуватися з базовою терапією ІХС, яка рекомендована європейським товариством кардіологів [15].

Добавки з омега-3 ПНЖК використовують для збільшення стійкості міокарду до впливу ішемії-реперфузії, а також для попередження виникнення шлуночкових аритмій [3].

При вживанні статинів при ІХС, харчові добавки з омега-3 ПНЖК не мали значної ефективності в профілактиці [6].

Знижене вживання омега-3 ПНЖК або високе вживання фруктози призводить до розвитку метаболічного синдрому, стеатозу печінки, розвитку резистентності до інсуліну, збільшенню вразливості до когнітивної дисфункції, а також збільшення ризику виникнення ішемії [3].

Для профілактики ІХС рекомендують ввести в дієту кукурудзяне, соєве чи соняшникове масло, які містять омега-3 ПНЖК [11].

Серед пацієнтів з ІХС існує зворотній зв'язок між вихідним рівнем в крові омега-3 ПНЖК і швидкістю вкорочення теломера протягом 5 років [22].

Одним з можливих пояснень асоціації омега-3 ПНЖК з виснаженням теломера може бути в парадигмі окисного стресу [4].

Вчені виявили, що після 1 місяця лікування хворих з ІХС омега-3 ПНЖК збільшується рівень адипонектину в плазмі крові, в той час як рівень лептину зменшується [19].

Дослідження показують, що безафібрат краще інгібує системне запалення і покращує секреторну функцію лімфоцитів, ніж омега-3 ПНЖК. Корекція вмісту в крові ЛПДНЩ суттєво послаблює зв'язок між підвищенням циркулюючих рівнів тригліцеридів та підвищенням ризику виникнення ІХС [24].

ЕПК і ДГК мають протизапальну дію і відіграють важливу роль в запобіганні виникнення окисного стресу шляхом покращення клітинної функції завдяки змінам в експресії генів [10].

Дослідження зразків крові людей, які споживали ЕПК і ДГК, виявило зниження експресії генів, що приймали участь в запальних та атерогенних шляхах: синтез ейкозаноїдів, адипогенез, гіпоксія та ядерна транскрипція [7].

При виявленні потенційно модифікованих факторів (вживання фастфуду, куріння) можна визначити зв'язок між профілактикою ІХС та вживанням омега-3 ПНЖК. Ці характеристики необхідні для виявлення групи ризику, яка потребує введення в щоденний раціон добавок з омега-3 ПНЖК і змін способу життя [1].

Дефіцит омега-3 ПНЖК виділяють як фактор ризику виникнення ІХС. При цьому важливо враховувати, що вік початку уніполярних та біполярних пікових депресій в юнацькому віці припадає на 15-19 років, в той час як смерть внаслідок ІХС на 75-84 роки. З цього випливає, що церебральна гіперперфузія – це ранній прояв серцево-судинної недостатності [23].

Висновки. Чим вища доза ЕПК і ДГК, тим нижчий рівень тригліцеридів в крові. Однак в дослідженнях вчені не змогли встановити оптимальну дозу кислот, щоб отримати максимальний ефект при профілактиці ССЗ. Встановлено, що у хворих з помірною тригліцеридемією споживання

добавок до прийому їжі знизило рівень тригліцеридів в крові на 27% при дозі 3-4 г [2].

Література:

- Adam C. Salisbury, Amit P. Amin, William S. Harris, Paul S. Chan, MSc, Kensey L. Gosch, Michael W. Rich, James H. O'Keefe, Jrand John A. Spertus; Predictors of Omega-3 Index in Patients With Acute Myocardial Infarction; Mayo Clin. Proc. 2011 July; 86(7): 626-632.
- Ann C. Skulas-Ray, Penny M. Kris-Etherton, William S. Harris, John P. Vanden Heuvel, Paul R. Wagner, and Sheila G. West; Dose-response effects of omega-3 fatty acids on triglycerides, inflammation, and endothelial function in healthy persons with moderate hypertriglyceridemia; Am. J. Clin. Nutr. 2011 February; 93(2): 243-252.
- Artemis P. Simopoulos. Dietary Omega-3 Fatty Acid Deficiency and High Fructose intake in the Development of Metabolic Syndrome Brain, Metabolic Abnormalities, and Non-Alcoholic Fatty Liver Disease; Nutrients. 2013 August; 5(8): 2901-2923.
- Aviv A., Chen W., Gardner J.P., et al. Leukocyte telomere dynamics: longitudinal findings among young adults in the Bogalusa Heart Study. Am. J. Epidemiol. 2009;169(3):323-329.
- Billman G. E., Harris W. S. (2011). Effect of dietary omega-3 fatty acids on the heart rate and the heart rate variability responses to myocardial ischemia or submaximal exercise. Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. 300, H2288-H2299.10.1152/ajpheart.00140.2011.
- Bourgeois F.T., Murthy S., Mandl K.D. Outcome reporting among drug trials registered in ClinicalTrials.gov. Ann. Intern. Med. 2010;153:158-166.
- Bouwens M., van de Rest O., Dellschaft N., Bromhaer M.G., de Groot L.C., Geleijnse J.M., Muller M., Afman L.A. Fish-oil supplementation induces antiinflammatory gene expression profiles in human blood mononuclear cells. Am. J. Clin. Nutr. 2009;90:415-24.
- C. von Schack. Omega-3 Fatty Acids: Anti-Arrhythmic, Pro-Arrhythmic, or Both? Front Physiol. 2012; 3: 88.
- Daan Kromhout, Satoshi Yasuda, Johanna M. Geleijnse and Hiroaki Shimokawa. Fish oil and omega-3 fatty acids in cardiovascular disease: do they really work? Eur. Heart J. 2012. February; 33(4): 436-443.
- Danielle Swanson, Robert Block, Shaker A. Mousa. Omega-3 Fatty Acids EPA and DHA: Health Benefits Throughout Life; Adv. Nutr. 2012 January; 3(1): 1-7.
- Dolan L.C., Potter S.M., Burdock G.A. Evidence-based review on the effect of normal dietary consumption of fructose on development of hyperlipidemia and obesity in healthy, normal weight individuals. Crit. Rev. Food Sci. Nutr. 2010; 50:53-84.
- Donald B. Jump, Christopher M. Depner and Sasmita Tripathy. Omega-3 fatty acid supplementation and cardiovascular disease. J. Lipid Res. 2012 December; 53(12): 2525-2545.
- Geleijnse J. M., de Goede J., Brouwer I. A. 2010. Alpha-linolenic acid: is it essential to cardiovascular health? Curr. Atheroscler. Rep. 12: 359-367.
- Giacomo Levantesi, Maria Giuseppina Silletta and Roberto Marchioli; Uses and benefits of omega-3 ethyl esters in patients with cardiovascular disease. J. Multidiscip Healthc. 2010. 3: 79-96.
- Hildegunn Aarsetoey, Heidi Grundt, Ottar Nygaard, Dennis W. T. Nilsen. The Role of Long-Chain Marine N-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Cardiovascular Disease. Cardiol. Res. Pract. 2012; 2012: 303456
- Jennifer G. Robinson, Nkechinyere I. Joma and William Harris. Omega-3 fatty acids and cognitive function in women; Womens Health (Lond Engl). 2010 January; 6(1): 119-134.
- Jeppe Hagstrup Christensen. Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids and Heart Rate Variability; Front Physiol. 2011; 2: 84.
- Jing X. Kang. Reduction of heart rate by omega-3 fatty acids and the potential underlying mechanisms; Front Physiol. 2012; 3: 416.
- Magdalena Mostowik, Grzegorz Gajos, Jaroslaw Zalewski, Jadwiga Nessler, Anetta Undas. Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids Increase Plasma Adiponectin to Leptin Ratio in Stable Coronary Artery Disease; Cardiovasc Drugs Ther. 2013 August; 27(4): 289-295.
- Michel de Lorgeril, Patricia Salen, Pascal Defaye and Mikael Rabaeus. Recent findings on the health effects of omega-3 fatty acids and statins, and their interactions: do statins inhibit omega-3? BMC Med. 2013; 11: 5.

21. Nowak J.Z. Anti-inflammatory pro-resolving derivatives of omega-3 and omega-6 polyunsaturated fatty acids. *Postepy Hig Med. Dosw (Online)* 2010;64:115-32.
22. Ramin Farzaneh-Far, Jue Lin, Elissa S. Epel, William S. Harris, Elizabeth H. Blackburn and Mary A. Whooley. Association of Marine Omega-3 Fatty Acid Levels With Telomeric Aging in Patients With Coronary Heart Disease; *JAMA*. 2010 January 20; 303(3): 250.
23. Robert K. McNamara. Membrane Omega-3 Fatty Acid Deficiency as a Preventable Risk Factor for Comorbid Coronary Heart Disease in Major Depressive Disorder; *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2009; 362-795.
24. Robert Krysiak, Anna Gdula-Dymek and Boguslaw Okopien; The effect of bezafibrate and omega-3 fatty acids on lymphocyte cytokine release and systemic inflammation in patients with isolated hypertriglyceridemia; *Eur. J. Clin. Pharmacol*. 2011 November; 67(11): 1109-1117.
25. Soumia Peter, Sandeep Chopra, and Jubbin J. Jacob. A fish a day, keeps the cardiologist away! – A review of the effect of omega-3 fatty acids in the cardiovascular system. *Indian J. Endocrinol Metab*. 2013. May-Jun; 17(3): 422-429.

Богдан Т. В., Лизогуб В. Г., Калашченко С. И.
Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты – профилактическое и лечебное средство от ишемической болезни сердца

Аннотация. Проанализированы современные лите-

ратурные данные о влиянии омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) на метаболизм липидов, гемодинамические показатели и коронарное кровообращение у больных ишемической болезнью сердца. Доказано противовоспалительное и антиатерогенное действие омега-3 ПНЖК, что позволяет применять их в качестве профилактического и лечебного средства.

Ключевые слова: омега-3 ПНЖК, ишемическая болезнь сердца, докозагексаеновая жирная кислота, эйкозапентаеновая жирная кислота.

Bogdan T., Lizogub V., Kalashchenko S. Omega-3 polyunsaturated fatty acids – preventive and therapeutic agent for ischemic heart disease

Summary. Analysis of current literature data on the effect of omega-3 polyunsaturated fatty acids (PUFAs) on lipid metabolism, hemodynamic parameters and coronary blood flow in patients with coronary heart disease. Proven anti-inflammatory and antiatherogenic effect of omega-3 PUFAs, which allows their use as prophylactic and treatment products.

Key words: omega-3 PUFAs, coronary heart disease, docosahexaenoic fatty acid, eicosapentaenoic fatty acid.

*Грузинський О. В.,
кандидат медичних наук, лікар-хірург, ендоскопіст
Білоцерківської районної лікарні*

ГІГАНТСЬКІ ВИРАЗКИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ. ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Анотація. Виявлено та обґрунтовано характерні особливості ГВШ, зокрема те, що майже в усіх випадках вона зустрічається як ускладнена, часто спостерігають поєднання двох і більше ускладнень, найчастішими з них є пенетрація – понад 80,0%, здебільшого у підшлункову залозу – до 64,0%. Стеноз виходу зі шлунка зустрічається від 38,8 до 40,1% випадків. Малігнізація виразки спостерігається від 7,7 до 22,4%, а за локалізації в кардіальному відділі шлунка – до 18,4%.

Доведено, що найкращі результати одержували при виконанні резекції шлунка (РШ) по Більрот-1, при резекції шлунка по Більрот-2, кращі результати були при виконанні модифікації Бальфура, та по Ру.

Ключові слова: гігантська виразка, пенетрація, малігнізація, гастростаз органозберігаюча операція.

Постановка проблеми. Виразка шлунка на сьогодні є одним із найпоширеніших захворювань органів травлення, яке майже у 90% випадків уражає людей працездатного віку, нерідко призводить до стійкої втрати працездатності та інвалідності, а отже є невирішеною соціально-економічною проблемою.

Виразкові ураження слизової оболонки шлунка, розміри яких становлять від 3 см і більше, нині виділені в окрему клінічну групу – «гігантська виразка» (ГВШ), яка зустрічається у 17,1% хворих. Починаючи з 90-х років ХХ ст., спостерігається зростання кількості випадків цієї патології – від 19,3 до 28,1% хворих [1].

Мета роботи – розробка та обґрунтування критеріїв вибору обсягів і способу оперативного втручання у разі гігантських виразок шлунка з урахуванням наявності та вираженості диспластичних змін епітелію слизової оболонки шлунка.

Викладення основного матеріалу. Характерною особливістю ГВШ є те, що майже в усіх випадках вона зустрічається як ускладнена, часто спостерігають поєднання двох і більше ускладнень найчастішими з них є пенетрація – понад 80,0%, здебільшого у підшлункову залозу – до 64,0%. Стеноз виходу зі шлунка зустрічається від 38,8 до 40,1% випадків. Малігнізація виразки спостерігається від 7,7 до 22,4%, а за локалізації в кардіальному відділі шлунка – до 18,4%. Післяопераційні ускладнення ГВШ становлять 25,9%, летальність – 10,6%. Невтішні і віддалені результати хірургічного лікування. Так, демпінг-синдром зустрічався в 68,8% випадках; рефлюкс-гастрит – 40,4; синдром привідної петлі – 14,8; рецидив виразки – 8% [1; 2; 3].

З клінічних проявів характерних для ГВ значну увагу надають больовому синдрому, що характеризується високою інтенсивністю та стійкістю, який втратив цикліч-

ність, сезонність, зв'язок із вживанням їжі, не піддається консервативній противиразковій терапії. Іррадіація болю залежить від локалізації даного ураження та поширеності пенетраційного процесу на суміжні органи та системи. Характерним симптомом для ГВ є нудота, багаторазова блювота, різка втрата ваги, виснаження, гіпоальбумінемія. При даній патології досліджені патологічні зміни білкового обміну, електролітного балансу, розвиток кахектичних явищ. Ряд дослідників вивчаючи дану проблему, не знайшли особливих патогістологічних відмінностей ГВ від ВХ і майже одностайно відзначають, що даний патологічний процес розвивається на фоні виражених атрофічних процесів слизової оболонки (СО) [2; 4].

Незважаючи на те, що ГВШ зустрічаються, в основному, як ускладнені небезпечні для життя хворих, деякі автори пропагують консервативну тактику лікування, обґрунтовуючи свою думку успішними результатами після застосування Н2-блокаторів, блокаторів протонної помпи, антибактеріальних, антихелікобактерних препаратів. Застосування нових противиразкових фармакологічних препаратів значно знизило частоту хірургічних втручань при лікуванні ВХ проте багато лікарів як терапевтичного, так і хірургічного профілю вказують на значні труднощі за консервативного лікування ГГДВ. За деякими даними до 35% хворих з ГВ не піддавалися консервативному лікуванню [4].

Доведено, що протягом 1–5 років після терапевтичного лікування рецидиви захворювання становили від 50 до 80% [1, 2] випадків. Хворі з ГВ, які мали в анамнезі перфорацію, після консервативного лікування більш як у 51% випадків потребували активної хірургічної тактики. Є дані, що консервативний підхід до цієї патології, як правило, призводить до значної частоти ускладнень і летальності – 21,0% і більше [1].

Враховуючи, що ГГДВ зустрічаються як правило ускладненими вибір методу оперативного втручання є проблематичним. При виборі оперативного лікування необхідно враховувати строки консервативного лікування, вік хворого, супутню патологію, рівень кислотності, локалізацію виразки та інше, а при підозрі на малігнізацію виразки оперативне втручання проводити згідно всіх онкологічних принципів [6].

Оперативне лікування виразкової хвороби показане при:

- виразці шлунка або ДПК, що не заживає протягом 6 місяців, незважаючи на вірно підібране медикаментозне лікування;
- частих загострень захворювання, які не вдається попередити сучасними медикаментозними препаратами;
- рецидивуючих кровотеч, які виникають незважаючи на вірно побудоване курсове медикаментозне лікування;

– прогресуюче наростання явищ стенозу, після кожного загострення;
– кальозні і пенетруючі виразки, які погано піддаються консервативній терапії, при розмірах виразки більше 2 см [1; 4; 5].

Для вибору методу операції найчастіше використовують класифікацією Джонсона [1; 2].

1-й тип – виразки малої кривизни.

2-й тип – комбіновані виразки шлунка і ДПК.

3-й тип – виразки пілоричного відділу шлунка (до 3 см).

4-й тип – юктаезофагальне розташування виразки (до 2 см. від переходу стравоходу в шлунок).

5-й тип – медикаментозні виразки шлунка.

Так, для виразок що знаходяться вище кута шлунка, найбільш прийнятні резекційні методи [7]. При виразках шлунка 1-го типу та функціональній спроможності пілорусу показано виконання пілорозберігаючих резекцій по Макі-Шалімову, чи сегментарну резекцію шлунка зі збереженням іннервації антрального відділу. Виразки шлунка 2-3-го типів патогенетично тісно пов'язані з виразковою хворобою ДПК. У відповідності з цим і обумовлюється тактика хірургічного лікування при такій локалізації виразки. При виразках 4-го типу виникає необхідність виконання високої (субтотальної чи східчастої) резекції шлунка.

Доведено, що найкращі результати одержували при виконанні резекції шлунка (РШ) по Більрот-1, при резекції шлунка по Більрот-2, кращі результати були при виконанні модифікації Бальфура, та по Ру [6]. Помічено що при застосуванні останньої методики більш повільно відновлюється моторно-евакуаторна функція шлунка, що проявлялось частою блювотою, важкістю та болем в епігастрії, втратою ваги, порушенням водно-електролітного обміну. При медіогастральних виразках також можливе виконання економних резекцій, резекція шлунка по Макі-Шалімову з обов'язковим збереженням пілоруса. Основними принципами при цьому повинні лишатися повноцінне збереження іннервації та васкуляризації пілоричного жому видалення надлишку СО шлунка накладання гастропілоричного анастомозу проксимальніше на 2 см від пілоричного жому. В останній час при виразках шлунка, розташованих проксимальніше нерва Латарже, застосовують – сегментарну резекцію з видаленням інтермедіарної зони і малої кривизни шлунка з збереженням нерва Латарже та іннервації антрального відділу. Збереження іннервації антрального відділу та пілорусу є важливим профілактичним фактором який попереджає виникнення моторно-евакуаторних порушень (гастро-стаз, дуоденогастральний рефлюкс) в післяопераційному періоді [6].

Оперативне лікування ГВДПК має свої особливості. При пенетруючих виразках існують вагомні технічні труднощі як при виконанні екстєорізації виразки, так і при формуванні гастродуоденального чи гастроєюнального анастомозів. Для вибору більш ефективного методу оперативного втручання запропонована класифікація гігантських уражень ДПК: 1-тип – локалізація уражень в межах ампули ДПК, де можливе виконання органозберігаючих операцій, що включають один із видів ваготомії з дуодено- чи пілоропластиком [7]. 2 тип – заампульна локаліза-

ція виразок (нижче переходу повздожжних складок в поперечні), при якій пропонують резекційні методи лікування з обов'язковим видаленням виразкового дефекту. В даних випадках необхідно проводити дренування жовчного протоку чи мікрохолецистостомію при пенетрації виразки в підшлункову залозу більше ніж на 0,5 см чи при наявності амілази в сечі 256 од і більше [6]. У даній ситуації рекомендують застосовувати резекцію шлунка на виключення з демуккозацією СО антрального відділу шлунка. Деякі автори вважають за можливе виконання економних резекцій – східцева чи трубчатая, з формуванням поперечного гастроентероанастомозу та виведенням виразки за межі травного тракту [8].

При резекційних методах лікування пенетрація ускладнює ушивання кукси ДПК. Тому в багатьох статтях автори описують методи формування кукси ДПК та способи запобігання неспроможності швів. Як спосіб профілактики даного ускладнення, рекомендують виконувати мобілізацію ДПК по Кохеру, видалити ушкоджені тканини, відкритим способом ушивати куску ДПК окремими швами, застосовувати спеціальний клей, формувати гастроентероанастомоз по Б-2 на короткій петлі, перетонізувати куску ДПК круглою зв'язкою печінки або ділянкою сальника на ніжці.

При виконанні резекції шлунка по Більрот-1 закрити виразковий дефект задньою стінкою кукси шлунка, тампонувати кратер пенетруючої виразки часткою малого сальника та кускою ДПК або формувати термінолатеральний гастродуоденоанастомоз. Як один із способів захисту анастомозу, найнеобхіднішим є застосування для декомпресії ДПК в перші три доби трансазального проведення зонда за Трейцеву зв'язку. Включення ентєрального зондового харчування забезпечує зниження інтенсивності ліпопероксидації, підвищення активності антиоксидантної системи в ранні післяопераційні строки.

При застосуванні СПВ можливі порушення мікроциркуляції, секретії моторики, можливу ішемію та некроз малої кривизни шлунка. Спайковий процес при цьому замурує шлунок. Відзначають також високу частоту рецидивів захворювання від 4% до 10%. Проте хоч дана методика технічно важка при її застосуванні і потребує певних навиків у хірурга, але результати лікування значно кращі, ніж при резекційних методах оперативного втручання [3; 4; 7].

Що стосується консервативного лікування ГВ, то ряд авторів спостерігали позитивний ефект майже у 90,0% хворих проте, протягом від 1 до 5 років після терапевтичного лікування рецидиви захворювання становили від 50,0% до 80,0% випадків [2]. ГВ, що мали в анамнезі перфорацію, після консервативного лікування більше 51,0% потребували активної хірургічної тактики. Є дані що консервативний підхід до даної патології, як правило призводить до високої частоти ускладнень і летальності – 21,0% і більше. При хірургічному втручанні показник летальності коливається від 6,0% до 16,0% в екстрених випадках [2; 4], а при планових операціях значною мірою залежить від способу оперативного втручання. Так, при виконанні резекційних методів лікування летальність становила від 3,0% до 15,0%, причому даний показник був значно меншим при виконанні РШ по Б1 – 1,2%, при органозберігаючих операціях – від 0,9% до 1,5% [9].

При резекційних методах оперування в ранньому післяопераційному періоді частіше зустрічались післяопераційні ускладнення – від 10,0% до 30,0% випадків, такі як анастомози – 6, 0% , абсцеси черевної порожнини – 2, 0%, кровотечі, тромбоемболія легеневої артерії, нездатність анастомозу, панкреатит. При виконанні органозберігаючих операцій з ваготомією у даному періоді післяопераційні ускладнення зустрічались від 3,0% до 18,3% хворих. Найчастіше відзначали гастростаз, причиною якого вважається інтраопераційне пошкодження нерва Латерже, а також такі як кровотечі, нагноєння рани та інші.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отже, гігантські виразки шлунка є особливим видом виразок, що відрізняються своєрідним клінічним перебігом і у 88,2% випадків супроводжуються диспластичними змінами слизової оболонки шлунка різного ступеня вираженості. Найбільш поширеними ускладненнями цієї патології є пенетрація, кровотеча та перфорація.

Вибір методу та обсягів оперативного втручання за різних типів і органічних ускладнень виразок шлунка має базуватися на детальному цілеспрямованому морфометричному дослідженні виразкового дефекту, виразкової інфільтрації та віддаленої зони з визначенням прогностично несприятливої чи сприятливої гістологічної картини в до- та післяопераційному періодах.

Література:

1. Аруин Л.И. Клинико-морфологические особенности гигантских язв желудка / Л.И. Аруин, Д.С. Саркисов, В.А. Кубышкин // Оригинальные исследования в медицине. – 1994. – С. 13-19.
2. Грубник В.В. Хирургическое лечение больных с гигантской язвой желудка / В.В. Грубник, А.И. Зайчук, Ю.В. Грубник и др. // Клінічна хірургія. – 1992. – № 8. – С. 6-9.
3. Nishikant N Giant duodenal ulcer perforation: our experience / Nishikant N, Gujar, Mahaboob A //International Journal of Current Research 2013. – Vol. 5. – P. 1127-1130.
4. Mark R Versland, Eric Benjamin Newton. Giant duodenal ulcers / Mark R Versland, Thomas E Sepe //World J Gastroenterol, 2008. – 14(32). – P. 4995-4999.
5. Гоер Л.В. Лечение осложненных гигантских язв двенадцатиперстной кишки / Л.В. Гоер, М.И. Тутченко А.В. Соломко // Клиническая хирургия. – 1989. – С. 43-45.
6. Мамчич В.І. Вибір способу оперативного лікування хворих із гігантською виразкою шлунка / Мамчич В.І., Грузинський О.В. // Український медичний часопис. – 2011. – № 1(81). – С. 101-104.
7. Мамчич В.І. Гігантська виразка шлунка – шляхи вирішення проблеми / Мамчич В.І., Грузинський О.В., Шуляренко В.А. // Український медичний часопис. – 2011. – № 4(84). – С. 86-89.
8. Бойко В.В. Современные аспекты хирургического лечения ос-

ложненной язвенной болезни / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, М.П. Брусничина и др. // Харьковская хирургическая школа. – 2003. – № 1. – С. 60.

9. Графов А.К., Курочка И.Е. Хирургическое лечение гигантской язвы двенадцатиперстной кишки / А.К. Графов, И.Е. Курочка // Клінічна хірургія. – 1996. – № 8. – С. 8-10.
10. Саенко В.Ф. Тактика хирургического лечения язвенной болезни на современном этапе / В.Ф.Саенко, Б.С.Полинкевич, Ю.А. Диброва и др. // Клінічна хірургія.–2003. – 3. – С. 5-8.

Грузинский О. В. Гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Проблемы и пути их решения

Аннотация. Выявлены и обоснованы характерные особенности ГЯЖ, в частности то, что почти во всех случаях она встречается как осложненная, часто наблюдают сочетание двух и более осложнений, чаще всего встречается пенетрация более 80,0%, преимущественно в поджелудочную железу – до 64,0%. Стеноз выхода из желудка встречается от 38,8 до 40,1% случаев. Малигнизация язвы наблюдается от 7,7 до 22,4%, а по локализации в кардиальном отделе желудка – до 18,4%.

Доказано, что наилучшие результаты получали при выполнении резекции желудка (РЖ) по Бильрот-1, при резекции желудка по Бильрот-2, лучшие результаты были при выполнении модификации Бальфура, и по Ру.

Ключевые слова: гигантская язва, пенетрация, малигнизация, гастростаз органосохраняющие операции.

Gruzinskiy O. Huge gastric and duodenal intestinal. Problems and their solutions

Summary. Abstract GU characteristics are identified and justified, particularly the fact that in almost all cases it is found as a complicated, often a combination of two or more of these complications are observed, the most frequent one is penetration observed in more than 80,0%, mainly in the pancreas – up to 64,0%. Stenosis of the stomach exit the occurs in 38,8 to 40,1% of cases. Ulcers malignization is observed in 7,7 to 22,4%, and on localization in the cardia of the stomach – up to 18,4%.

It is proved that the best results are obtained when performing gastrectomy (GE) with Billroth-1, with Billroth-2, the best results were obtained under the performance of Balfour modification, and by Roux.

Key words: giant ulcer penetration, malignancy, gastrostasis, organsavin operation.

*Мордык А. В.,
доктор медицинских наук, заведующий кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

*Пузырева Л. В.,
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

*Ситникова С. В.,
аспирант кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
заместитель главного врача по лечебной работе
БУЗОО «КПТД № 4»*

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (обзор литературы)

Аннотация. Распространение ВИЧ-инфекции радикально изменяет эпидемиологию по туберкулезу. Основной проблемой больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, является нетипичное течение туберкулезного процесса на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, неспецифичность клинических симптомов, минимальность рентгенологических проявлений, быстрое прогрессирование туберкулеза. Основной причиной смерти больных ВИЧ-инфекцией явился генерализованный туберкулез (от 34,5% до 65,7%), что свидетельствует о необходимости увеличения коечного фонда противотуберкулезных диспансеров для оказания специализированной помощи данной группе больных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, заболеваемость, туберкулез.

Постановка проблемы. Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в настоящее время является одной из главных угроз здоровью населения земли и вполне справедливо названо «чумой XX века» [11].

В странах с высокой инфицированностью населения ВИЧ инфекцией более 40% больных туберкулезом оказываются также и ВИЧ-инфицированными [2; 10; 11; 13; 14; 17]. Только за 5 последних лет число больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, выросло более чем в 5 раз [9; 18; 20]. Обострение проблемы характерно не только для России [22; 23; 24], но признано ВОЗ «глобальной угрозой миру», так как в структуре смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний на туберкулез приходится более 80%, а среди больных ВИЧ-инфекцией доля пациентов, умирающих от туберкулеза, составляет в разных регионах мира от 30 до 70%. [3].

По последним материалам Европейского регионального бюро ВОЗ, заболеваемость туберкулезом в сочетании со СПИДом на 20% выше распространена среди наркоманов. Лица, инфицированные одновременно ВИЧ и туберкулезом, подвержены наиболее высокому риску. У них ежегодная вероятность развития туберкулеза состав-

ляет 5-10%, в то время как у остального населения подобная вероятность не превышает 10% на протяжении всей жизни. По прогнозам ВОЗ, заболеваемость туберкулезом может увеличиться в 3 раза, если 10% взрослого населения страны будет инфицировано ВИЧ [11].

Изложение основного материала. Распространение ВИЧ-инфекции внесло радикальные изменения в эпидемиологию туберкулеза. По мнению В.Ю. Мишина и О.П. Фроловой, именно эта инфекция стала одним из факторов нарастания эпидемии туберкулеза в мире [11; 19].

Коллектив ученых (М.Ю. Кожушко и И.В. Евстигнеев из Днепропетровской государственной медицинской академии) предлагают пациентов с сочетанными формами туберкулеза и ВИЧ-инфекции разделить на две группы:

- I группа – туберкулез развивается на поздних стадиях ВИЧ-инфекции как вторичное заболевание. ВИЧ-инфекция у этих больных определена как первичная;
- II группа включает больных, у которых туберкулез является первичным. Они находятся на учете в противотуберкулезных учреждениях и в дальнейшем у них выявляют ВИЧ-инфекцию [8]. Однако профессор В. Ю. Мишин предлагает к данной классификации добавить еще и третью группу – одновременное заражение туберкулезом и ВИЧ-инфекцией [11].

При сопоставлении заболеваемости туберкулезом и ВИЧ оказалось, что у ВИЧ-инфицированных туберкулез развивается чаще, чем у больных туберкулезом ВИЧ-инфицирование [9; 11]. В каждой из этих групп можно выделить определенные особенности клинического течения сочетанной инфекционной патологии [8].

В своих работах О.П. Фролова неоднократно указывает, что основной проблемой больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, является нетипичное течение туберкулезного процесса на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, которое характеризуется неспецифичностью клинических симптомов, минимальными рентгенологическими проявлениями, быстрым прогрессированием туберкулеза [19]. В условиях, когда иммунитет страдает под влия-

нием ВИЧ, микобактерии, не встречая препятствий, начинают активно размножаться в лимфатических узлах с последующим развитием в них продуктивных реакций. Отсюда возникают особенности клинического течения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, характеризующиеся преимущественно лимфогенным и лимфогематогенным распространением микобактерий. Туберкулезная инфекция начинает характеризоваться выраженной лимфотропностью, развитием экссудативных реакций и прогрессирующим течением. Снижение количества Т-хелперов изменяет взаимоотношение в системе клеточного иммунитета, имеющего основное значение при туберкулезе: нарушаются дифференциация макрофагов и формирование специфической грануляционной ткани [1; 4; 6]. Туберкулез, в свою очередь, неблагоприятно влияет на прогрессирование ВИЧ-инфекции. *In vitro* показано увеличение способности ВИЧ к репликации под действием антигенов микобактерий туберкулеза. Таким образом, в зависимости от периодов развития ВИЧ-инфекции и гистопатологических иммунных реакций при сочетанных формах выделяют 3 этапа развития туберкулеза

1. Ранний этап – гранулематозный, характеризуется продуктивным воспалением при относительно интактном клеточном иммунитете. Наиболее частая форма – локальный туберкулез легких.

2. Этап гипореактивности – умеренная иммунная супрессия характеризуется исчезновением гигантских клеток, снижением количества эпителиоидных клеток, Т-хелперов и активных макрофагов. Морфологически – расширение зоны казеозного некроза с увеличением в ней количества микобактерий. Клинически – распространенный туберкулез легких и внелегочные поражения.

3. Этап анергии – отсутствие специфической гранулематозной реакции. Вместо типичного отмечаются колликативный некроз с небольшим количеством микобактерий. Клинически – милиарный и диссеминированный туберкулез с полиорганными поражениями [5].

Клиническая картина и течение туберкулеза у больных ВИЧ инфекцией зависят от стадии ВИЧ инфекции и определяются глубиной Т клеточного иммунодефицита. На ранних стадиях ВИЧ (стадии 2 А) при отсутствии выраженного иммунодефицита туберкулез протекает без особенностей и эффективность его лечения существенно не отличается от таковой у не инфицированных ВИЧ граждан [20].

В стадии первичных проявлений, протекающей в форме острой инфекции (2Б, 2В), у лиц уже больных туберкулезом, может происходить его обострение, но диагностика и лечение туберкулеза в этот период не вызывают особых сложностей по сравнению с таковым у неинфицированных ВИЧ [20]. В случае выраженного иммунодефицита у лиц, уже больных туберкулезом, может происходить диссеминация процесса, что нередко приводит к генерализации туберкулеза и смертельному исходу [13; 15; 20].

На поздних стадиях ВИЧ инфекции (4Б, 4В, 4Б) в структуре форм туберкулеза преобладали диссеминированные процессы и туберкулез ВГЛУ. У 36% больных имеет место генерализация процесса, при этом чаще поражаются: легкие, селезенка, печень, почки, лимфоузлы, мозговая оболочка и мозговое вещество [13; 15; 20].

По данным А.М. Пантелеева, развитие генерализованного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных проходит несколько этапов: на первом этапе у больных происходит преимущественное поражение туберкулезом органов лимфатической системы: внутригрудных, мезентериальных и периферических лимфатических узлов. И только вторично, на следующем этапе, присоединяется гематогенная генерализация с типичной картиной острого милиарного туберкулеза с доминирующей картиной менингоэнцефалита. У больных же со снижением CD4 ниже 100 кл/мкл наиболее часто острый генерализованный туберкулез развивается первично, минуя лимфогенную стадию, быстро приводя к летальному исходу [15].

Снижение экссудативно-пролиферативных процессов приводит к тому, что полость распада рентгенологически определяется в 25% случаях. Бактериовыделение соответственно в 18-36%. Туберкулиновые пробы положительны только в 6,7% случаев [9, 13, 20].

В клинике преобладают симптомы выраженной интоксикации, мучительный кашель, не приносящий облегчения, скудная вязкая мокрота. У большинства больных в это время имеют место вторичные заболевания: кандидозный стоматит, кандидоз висцеральный, герпес рецидивирующий, манифестная цитомегаловирусная инфекция, саркома Калоши, токсоплазмоз, что так же затрудняет своевременную диагностику туберкулеза [20].

По результатам диссертационного исследования А.А. Поповой, у больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом до начала терапии отмечается снижение относительных и абсолютных показателей CD4-лимфоцитов в сравнении со значениями здоровых лиц и группой больных туберкулезом, однако при применении эффективной комплексной антиретровирусной и противотуберкулезной терапии отмечается увеличение уровня относительных и абсолютных значений CD4-лимфоцитов. Наиболее информативными показателями эффективности проводимой анти ретро вирусной терапии и противотуберкулезной терапии у больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом является увеличение доли CD8-лимфоцитов, несущих маркер CD57 и CD28 и снижение экспрессии CD38 CD8-лимфоцитами [16].

Группа ученых из 19 коллективов в США и Европе провели когортное исследование причин смерти у ВИЧ-инфицированных больных, принимающих антиретровирусную терапию, по результатам которых выявлено, что у 49,6% причиной смерти был признан СПИД [25]. Туберкулез был выявлен только у 8,2%. В Республике Башкортостане от туберкулеза умерло в 2012 г. 7,6% больных ВИЧ-инфекцией [7].

По данным профессора О.П. Фроловой, в Российской Федерации среди причин летальных исходов у ВИЧ-инфицированных туберкулез занимает первое место (34,5%) уже с 2006 г. [19]. Ученые из Санкт-Петербурга выявили, что основной причиной смерти у ВИЧ-инфицированных, не получающих антиретровирусную терапию, был генерализованный туберкулез у 65,7% [1]. Другими, более редкими заболеваниями были пневмоцистная пневмония, криптококкоз, токсоплазмоз головного мозга, генерализованный микоз, лимфома головного мозга, цитомегаловирусная инфекция. Наиболее частыми причинами смерти в группе больных, у которых ВИЧ-инфекция фигурировала в

качестве сопутствующего заболевания, были хронический вирусный гепатит в цирротической стадии (42,9%) и септический тромбоэндокардит, которые диагностировали преимущественно у социально дезадаптированных пациентов: больных алкоголизмом или потребителей наркотиков, вводимых внутривенно. При оценке краткосрочной летальности выяснилось, что от 21 до 29% больных в разные годы умерли на 1-3-и сутки с момента поступления, что было связано с крайне тяжёлым состоянием больных [1].

Лечение генерализованного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных является тяжело решаемой проблемой. Показатели летальности ВИЧ-инфицированных с внелегочным и генерализованным туберкулезом существенно превышают таковые у ВИЧ-инфицированных больных с легочной локализацией туберкулезного процесса. Применение до 5-6 противотуберкулезных препаратов в максимально переносимых дозах не дает положительного эффекта, приводя к летальному исходу за короткий промежуток времени. Средний срок пребывания таких больных от выявления генерализованного туберкулеза до развития летального исхода составляет 21 день. Однако присоединение к противотуберкулезной антиретровирусной терапии внушает определенные надежды на повышение эффективности лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных с генерализованными формами туберкулеза [15].

При организации раннего выявления туберкулеза у больных ВИЧ инфекцией нельзя ограничиваться только традиционным обследованием на туберкулез, так как на поздних стадиях ВИЧ-инфекции изменяется иммунопатогенез туберкулеза, в связи с чем верификация диагноза вызывает затруднение [10]. Со слов Ю.А. Никифоровой метод иммуноферментного анализа для определения противотуберкулезных антител не может быть рекомендован в качестве скрининга на туберкулез больных ВИЧ-инфекцией из-за повышенного антителообразования у больных ВИЧ-инфекцией [14].

Разрастание эпидемии ВИЧ-инфекции отражается и на ситуации с лекарственно-устойчивым туберкулезом, что также связано с нарушениями противотуберкулезного иммунитета. Высокая частота множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (устойчивость к самым эффективным противотуберкулезным препаратам изониазиду и рифампицину) четко и прямо коррелирует с распространенностью ВИЧ-инфекции. В настоящее время обе эти инфекции – туберкулез и ВИЧ – рассматриваются как спутники. Закономерность подобного сочетания объясняется прежде всего преимущественным распространением этих заболеваний среди одних и тех же контингентов: заключенных, наркоманов и асоциальных групп населения. Повышенной опасности подвержены также работники медицинских учреждений и обитатели приютов [11].

Болезнь, которую в 80-е годы прошлого столетия нарекли чумой XX века, именно сегодня приобретает масштабы реальной эпидемии. В стране в 2011-2012 гг. наиболее негативное влияние на динамику развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции оказывали регионы Приволжского, Уральского и Сибирского федеральных округов. Так, в Сибирском федеральном округе в 2010 г. показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 1,9 раз выше общерос-

сийской (78,1 на 100 тыс. населения). Одновременно с этим наблюдается рост первичной заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией детей от 0 до 14 лет, среди которых преобладают дети с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции (77%). Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией детей от 0 до 14 лет в 2010 г. составил 6,1 на 100 тыс., пораженность ВИЧ-инфекцией – 39,2 на 100 тыс. Каждый второй ребенок с ВИЧ-инфекцией в округе имеет ВИЧ-ассоциированные заболевания, среди которых туберкулез занимает четвертое место после бактериальных, вирусных инфекций и грибковых заболеваний. С 2009 г. среди причин смерти у детей с ВИЧ-инфекцией в СФО регистрировались цитомегаловирусная инфекция, пневмоцистная пневмония, грибковые заболевания и туберкулез [10; 21].

В своих работах О.П. Фролова указывает, что в складывающейся эпидемиологической ситуации врач фтизиатр всё чаще оказывает помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией, но работа с данным контингентом больных осложняется из-за непонимания терминов, используемых в документах по вопросам ВИЧ-инфекции, так как они не всегда соответствуют базисным понятиям курса патологической физиологии, пропедевтики внутренних болезней [19].

Профессор О.Б. Нечаева считает, что одновременно с положительной динамикой основных эпидемиологических показателей по туберкулезу, отмечается рост влияния ВИЧ-инфекции на заболеваемость и распространенность туберкулеза. ВИЧ-инфекция не позволит в перспективе снизить показатель заболеваемости туберкулезом до контрольных цифр (35 на 100 000 населения). К 2020 году в структуре впервые заболевших больных среди постоянного населения ВИЧ-инфекцию будут иметь в среднем по России до 30% больных туберкулезом. Показатель общей заболеваемости туберкулезом будет не менее 50 на 100 тыс. населения [12]. К 2020 году больных бактериовыделителей штаммов множественной лекарственной устойчивости достигнет 80%, что не позволит достичь показателя абациллирования контингентов до контрольных цифр (75%). Показатель абациллирования контингентов не сможет превысить 50% [12].

Выводы. Таким образом: в России, в том числе в Сибирском федеральном округе, регистрируют ежегодный прирост количества новых случаев ВИЧ-инфекции и туберкулеза и увеличение смертности, что свидетельствует о тяжести эпидемии и позволяет прогнозировать рост числа больных данной категории.

Основными причинами смерти ВИЧ-инфицированных в последнее время является генерализованный туберкулез. Отмечается высокий показатель краткосрочной летальности среди больных сочетанными формами, что свидетельствует о необходимости обеспечения мер по раннему выявлению ВИЧ-позитивных лиц и их диспансеризации. Необходимо увеличение коечного фонда для оказания специализированной противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным больным, нуждающимся в стационарном лечении.

Учитывая, что больной ВИЧ-инфекцией часто становится пациентом врача-фтизиатра, необходимо проведение обучающих семинаров специалистами СПИД-центра для повышения уровня квалификации.

Создавшаяся ситуация требует переосмысления стратегии борьбы с туберкулезом, включая его профилактику и необходимость вакцинации, а также соотношения между первичным заражением и реактивацией приобретенной ранее инфекции.

Литература:

1. Анализ причин смерти ВИЧ-инфицированных в 2008-2010 гг. по материалам клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина / А.Г. Рахманова, А.А. Яковлев, М.И. Дмитриева и др. // Казанский медицинский журнал, 2012. – Т. 93, № 3. – С. 522-526.
2. Анализ факторов, оказывающих влияние на эффективность лечения у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией / А. В. Мордык, О. Г. Иванова, Т. Л. Батищева и др. // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом : материалы Всероссийской науч.-практ. конф. – СПб., 2011. – С. 409-410.
3. Динамика смертности больных диссеминированным туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, по данным Краснодарского края / И.Ю. Бабаева, Н.Н. Дробот, Н.П. Шевченко и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 4. – С. 43-44.
4. Баласанянц Г.С., Греймер М.С. Особенности возбудителя при остро прогрессирующем туберкулезе легких / Г.С. Баласанянц, М.С. Греймер // Туберкулез и болезни легких. – 2003. – № 9. – С. 29-31.
5. Батыров Ф.А., Климов Г.В., Приказчикова А.В. Патогенез ВИЧ-инфекции и особенности рентгеносимптомики туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией / Ф.А. Батыров, Г.В. Климов, А.В. Приказчикова // Сб. научн. трудов к 100-летию туберк. б-цы № 6. – М., 2005. – С. 227-229.
6. Беляков Н.А., Рахманова А.Г. ВИЧ-медицина: руководство для врачей / Н.А. Беляков, А.Г. Рахманова. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – 749 с.
7. ВИЧ-инфекция в Республике Башкортостан: информационный бюллетень за 2012 г. / Р.Г. Яппаров, С.В. Зайцев, Г.Р. Габитова и др. – Уфа, 2013. – 38 с.
8. Кожушко М.Ю., Евстигнеев И.В. Клинические особенности туберкулеза у ВИЧ-инфицированных / М.Ю. Кожушко, И.В. Евстигнеев // Therapia. – 2010. – № 9 (50). – С. 11-17.
9. Контингент больных ВИЧ-инфекцией в противотуберкулезном стационаре / Ф.А. Батыров, О.П. Фролова, Г.Н. Жукова и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2003. – № 5. – С. 6-8.
10. Краснов В.А., Нарышкина С.Л. Проблема сочетанной инфекции (ВИЧ-инфекция и туберкулез) в Сибирском федеральном округе / В.А. Краснов, С.Л. Нарышкина // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом : материалы Всероссийской науч.-практ. конф. – СПб., 2011. – С. 379-381.
11. Мишин В.Ю. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных / В. Ю. Мишин // Consilium Medicum. – 2008. – Т. 10, № 10. – С. 23-27.
12. Нечаева О.Б. Ситуация по туберкулезу в Российской Федерации (основные показатели с 2007 по 2012 гг.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.mzrd.ru/param/fck_user_files/files/2012_tub_rf.pdf (дата обращения 28.12.2013 г.)
13. Никифорова Ю.А. Клинико-эпидемиологические проявления туберкулеза органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией в условиях двух сочетанных эпидемий : автореф. дис. ... на соискание степени канд. мед наук : спец. 14.02.02 – «Эпидемиология» / Юлия Александровна Никифорова; ГБОУ «Иркутская государственная медицинская академия постдипломного образования». – Иркутск. – 2013 г. – 22 с.
14. Пантелева Л.Г. Туберкулез органов дыхания и ВИЧ-инфекция в Ульяновской области / Л.Г. Пантелева, Б.М. Асанов, А.Н. Молофеев // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 5. – С. 98-99.
15. Пантелеев А.М. Комплексное лечение туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных с применением регионарной лимфотропной терапии : автореф. дис. ... на соискание степени канд. мед наук : спец. 14.00.10 – «Инфекционные болезни», 14.00.26 – «Фтизиатрия» / Александр Михайлович Пантелеев; ГБОУ ВПО «Санкт Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова». – СПб., 2005. – 24 с.
16. Попова А.А. Клинико-патогенетическое значение динамики иммунологических показателей у больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом : автореф. дис. ... на соискание степени канд. мед наук : спец. 14.01.09 – «Инфекционные болезни» / Анна Анатольевна Попова ; ГОУ «Российский Университет Дружбы Народов». – М. – 2010. – 22 с.
17. Туберкулез и ВИЧ-инфекция – социально значимые и взаимозависимые инфекции / Л.А. Шовкун, Н.Э. Романцева, Е.А. Гряинова и др. // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом : материалы Всероссийской науч.-практ. конф. – СПб., 2011. – С. 419-420.
18. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией в Уфе / И.Н. Аталипова, М.М. Азаматова, К.И. Гольянова и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 4. – С. 43.
19. Фролова О.П. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией: эпидемиологическая ситуация основные направления противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией / О.П. Фролова. – М. : Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ, 2010. – 20 с.
20. Чернов М.Т. Критерии оценки работы отделения диагностики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией / М.Т. Чернов, С.В. Смердин, О.П. Фролова // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 5. – С. 223-224.
21. Эпидемиология туберкулеза у детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции в Сибирском федеральном округе / Е.С. Довгополок, Г.А. Калачева, А.В. Мордык и др. / Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 6. – С. 47-49.
22. Impact of immigration and HIV infection on tuberculosis incidence in an area of low tuberculosis prevalence / I. Baussano, M. Bugiani, D. Gregori et al. // Epidemiology and Infection. – 2006. – Vol. 134, № 6. – P. 1353-1359.
23. Rekha B., Swaminathan S. Childhood tuberculosis – global epidemiology and the impact of HIV / B. Rekha, S. Swaminathan // Paediatr. Respir. Rev. – 2007. – Vol. 8, № 2. – P. 99-106.
24. Roca B. Presentation and outcome of tuberculous meningitis in adults in the province of Castellon, Spain: a retrospective study / B. Roca, N. Tornador, E. Tornador // Epidemiology and Infection. – 2008. – Vol. 136, № 11. – P. 1455-1462.
25. The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Causes of death in HIV-1-infected patients treated with antiretroviral therapy, 1996-2006: collaborative analysis of 13 HIV cohort studies. [Электронный ресурс] Clin Infect Dis 50: 1387-96, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20380565> (дата обращения 12.12.2013 г.).

Мордик А. В., Пузырева Л. В., Ситникова С. В.
Сучасні проблеми туберкульозу у ВІЛ-інфікованих хворих в Російській Федерації (огляд літератури)

Анотація. Поширення Віл-інфекції радикально змінило епідеміологію по туберкульозу. Основною проблемою хворих туберкульозом, поєднаним з ВІЛ-інфекцією, є нетипова течія туберкульозного процесу на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції, неспецифічність клінічних симптомів, мінімальність рентгенологічних проявів, швидкий прогрес туберкульозу. Головною причиною смерті хворих ВІЛ-інфекцією явився генералізований туберкульоз (від 34,5 до 65,7%), що свідчить про необхідність збільшення ліжкового фонду протитуберкульозних диспансерів для надання спеціалізованої допомоги цій групі хворих.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, захворюваність, туберкульоз.

Mordyk A., Puzyreva L., Sitnikov S. Modern problems of tuberculosis at the HIV-infected patients in the Russian Federation (the literature review)

Summary. HIV infection distribution considerably changes epidemiology on tuberculosis. The main problem of patients with tuberculosis, combined with HIV infection, is the atypical course of tubercular process at late stages of HIV infection, not specificity of clinical symptoms, a minimality of radiological manifestations, fast progressing of tuberculosis. The main reason for death at patients with HIV infection, was generalized tuberculosis (from 34,5% to 65,7%) that testifies to need of increase in beds of antitubercular clinics for rendering the specialized help to this group of patients.

Key words: HIV-an infection, incidence, tuberculosis.

Мордык А. В.,
доктор медицинских наук, заведующий кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Пузырева Л. В.,
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Турица А. А.,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цыганкова Е. А.,
ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (обзор литературы)

Аннотация. Увеличение заболеваемости и утяжеление структуры клинических форм туберкулеза у детей в возрасте от 0 до 3-х лет связано не только с повышенной восприимчивостью к туберкулезной инфекции, их анатомо-физиологическими особенностями, но и с массивностью первичного инфицирования микобактериями туберкулеза и трудностями ранней диагностики туберкулеза. Литературные данные о структуре клинических форм туберкулеза, доле осложненного течения туберкулеза у детей раннего возраста противоречивы.

Число работ, посвященных проблемам туберкулезной инфекции в возрастной категории от 0 до 3-х лет, немногочисленно, что обуславливает актуальность дальнейшего изучения клинических, эпидемиологических и иммунологических особенностей течения туберкулеза у детей раннего возраста.

Ключевые слова: туберкулез, туберкулез у детей раннего возраста, клинические особенности.

Постановка проблемы. В условиях неблагоприятной эпидемической ситуации по туберкулезу отмечается увеличение заболеваемости и утяжеление структуры клинических форм туберкулеза у детей раннего возраста. Это связано не только с повышенной восприимчивостью этой возрастной категории детей к туберкулезной инфекции, их анатомо-физиологическими особенностями, но и с массивностью первичного инфицирования МБТ, нередко лекарственно-устойчивыми, а также трудностями ранней диагностики туберкулеза [5; 18]. По мнению ряда авторов, дети от 0 до 3-х лет являются неблагополучной возрастной группой по уровню показателя смертности от туберкулеза [1; 9; 17; 21; 22].

Изложение основного материала. Показатель заболеваемости туберкулезом у детей от 0 до 3 лет в 1,5-2,0 раза выше, чем в других возрастных группах [14]. Диагностика туберкулеза затруднена, так как клиниче-

ские проявления в этот период не имеют специфических черт, а настороженность педиатров к данной патологии, как правило, снижена [4; 9; 15; 20]. Трудности и сложности в диагностике туберкулеза на первом году жизни и в раннем возрасте обусловлены сходством клинических проявлений туберкулеза и таких заболеваний, как ОРВИ, бронхит, пневмония, под маской которых протекает туберкулез в этом возрасте [14].

Роль массовой туберкулинодиагностики, как метода раннего выявления туберкулеза, у детей младше 3 лет невелика. Данное обстоятельство объясняется проведением первой плановой пробы Манту в возрасте 12 месяцев, отсутствием у маленьких детей достаточного количества туберкулиновых проб для оценки их в динамике, а также наличием недавней вакцинации против туберкулеза, обязательной на территории Российской Федерации, вследствие чего нередко инфекционная туберкулиновая аллергия расценивается как поствакцинальная [2; 9].

Круг контактов детей этой группы ограничен, что значительно повышает возможность обнаружения и определения значимости источников инфицирования. Дети до 3 лет с установленным источником заражения заболевают туберкулезом значительно чаще, чем все остальные дети этого возраста [5]. У больных туберкулезом детей в возрасте до года туберкулезный контакт выявляется в 100% случаев, от года до 3 лет – в 70-80% случаев [14]. Наиболее часто источником заражения туберкулезом детей являются члены семьи [7; 8; 9]. Заслуживает внимания нераспознанный туберкулез у близких родственников, у социально-дезадаптированных контингентов, так как в 50% случаев активный туберкулез у взрослых выявлен в связи с заболеванием ребенка [5].

Важнейшим фактором, влияющим на течение туберкулеза в раннем возрасте, является анатомическое и функциональное несовершенство лимфатической системы организма ребенка. Общий объем лимфоидной ткани у

детей первого года жизни невелик. В лимфатических узлах недостаточно развиты капсула и трабекулы, в лимфатических сосудах еще не сформирован клапанный аппарат. Несовершенство лимфатического аппарата является причиной генерализации инфекции в организме ребенка, что приводит к развитию милиарного туберкулеза и менингита [12; 16; 19; 21]. Генерализации специфического процесса также способствует несовершенство иммунной системы ребенка первых трех лет жизни [5; 18]. По данным эпидемиологических показателей генерализованные формы туберкулеза развиваются в раннем возрасте у каждого десятого заболевшего туберкулезом ребенка, а погибает каждый десятый ребенок из заболевших [3].

У детей раннего возраста податливая стенка трахеи и бронхов (в связи с плохо развитыми мышечными и эластическими волокнами и недоразвитостью хрящевых колец) легко сдавливается и подвергается разрушению лимфатическими узлами, пораженными туберкулезом [9; 12; 13]. Появление эрозивно-язвенного эндобронхита, свищей, экзофитного роста грануляций, опорожнение в просвет бронхов и аспирация казеозных масс приводят к нарушению бронхиальной проходимости вплоть до полной окклюзии воздухоносных путей. В силу слабости откашливания у детей этой возрастной категории большая часть казеозных масс аспирируется в дистальные отделы дыхательных путей. Возникают устойчивые ателектазы легочных долей и сегментов [9]. Также возникновению ателектазов способствуют недостаточная дифференцировка легочной паренхимы, бедность ее эластической и интерстициальной тканью, недостаточное количество сурфактанта [12; 13].

В структуре клинических форм туберкулеза у детей раннего возраста ведущее место занимает туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ) (65-70%), реже встречается первичный туберкулезный комплекс (25-30%), еще реже туберкулезная интоксикация (3-5%) и в единичных случаях диссеминированные и внелегочные формы туберкулеза. У значительного числа детей локальные формы туберкулеза протекают с осложнениями (40-45%), а маловыраженные формы отмечаются лишь у 10% больных от общего числа детей с локальными формами туберкулеза [5; 13].

Т. А. Севостьянова, Ф. А. Батыров, М. М. Чернова (2011) наблюдали 198 детей с туберкулезом органов дыхания в возрасте от 1 месяца до 3 лет в течение 11-ти месяцев в период 2008-2011 гг., из них ТВГЛУ диагностирован у 170 пациентов (85,9%), ПТК – у 28 (14,1%). У 156 детей (79%) регистрировались неосложненные формы, у 38 больных (19,1%) выявлено бронхолегочное поражение от 1 сегмента до доли легкого, у 4 (1,9%) – генерализованный туберкулез. В 37 случаях (19%) отмечалось двустороннее поражение внутригрудных лимфоузлов. Наиболее часто поражались лимфоузлы бронхопупмональной и трахеобронхиальной групп [16].

По данным И. А. Сиренко, С. А. Шматько, О. Ю. Марченко (2003) у детей раннего возраста чаще диагностируется первичный туберкулезный комплекс (44,7%), чем ТВГЛУ (26,3%), в 5,3% случаев отмечается диссеминированный туберкулез легких, в 23,7% - внелегочные локализации (10,5% - кости и суставы, 7,9% - кожа и подкожная клетчатка, 5,3% - центральная нервная система). Ослож-

ненное течение туберкулеза органов дыхания отмечалось в 37,5% случаев [9].

По данным Ю. В. Михайловой (2009), у детей раннего возраста в структуре внелегочного туберкулеза преобладает туберкулез костей и суставов (65,9%), значительное место занимает туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы (12,1%) [10].

Частота осложненного течения локальных форм первичного туберкулеза у детей до 3 лет больше, чем у детей дошкольного и школьного возраста [2; 3; 4; 21]. Причинами развития осложненного течения специфического процесса могут быть: отсутствие вакцинации БЦЖ, несвоевременное выявление источника инфекции, отсутствие химиопрофилактики у детей из контактов, несвоевременная диагностика специфического процесса [9; 15]. Наиболее частые осложнения: бронхолегочные поражения, гематогенная диссеминация в легкие и мозговые оболочки, распад легочной ткани [14]. Крайне редко встречается такое грозное осложнение как казеозная пневмония [11; 12; 13; 15]. Клиническое течение осложненных форм туберкулеза у детей характеризуется выраженной симптоматикой, торпидным течением заболевания, формированием остаточных изменений к концу основного курса противотуберкулезной терапии [6; 12; 13].

Выводы. Таким образом, анализ литературных данных выявил, что в современных условиях структура клинических форм туберкулеза, доля осложненного течения специфического процесса у детей раннего возраста различна. У детей первых трех лет жизни имеют место только первичные формы туберкулеза. По мнению одних авторов, чаще встречается туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, специфическим процессом поражается несколько групп лимфатических узлов; чем меньше возраст ребенка, тем чаще ТВГЛУ сопровождается осложнениями и генерализацией специфического процесса. Однако, по мнению других авторов, наиболее частой формой является первичный туберкулезный комплекс, что может вызывать сомнения в правильности диагностики и не распознавании осложнений ТВГЛУ, таких как бронхолегочное поражение. Число работ, посвященных проблемам туберкулезной инфекции в возрастной категории от 0 до 3-х лет, немногочисленно, что обуславливает актуальность изучения клинических, эпидемиологических и иммунологических особенностей течения туберкулеза у детей раннего возраста.

Литература:

1. Аксенова В.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей и подростков в России / В.А. Аксенова, Н.И. Клевно, Т.А. Севостьянова // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 4. – С. 22.
2. Барышникова Л.А. Туберкулез у детей различного возраста: вакцинация, химиопрофилактика, особенности выявления, клинического течения / Л.А. Барышникова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 6. – С. 16-19.
3. Батыров Ф.А. Генерализованная туберкулезная инфекция у детей раннего возраста / Ф.А. Батыров, О.К. Киселевич, И.В. Широшов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 1. – С. 45-48.
4. Богданова Е.В. Сложности диагностики туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у ребенка раннего возраста / Е.В. Богданова, О.К. Киселевич, Л.Ф. Мухамедшина // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. – № 1. – С. 58-61.
5. Васильева Е.Б. Анализ клинко-эпидемиологических особенностей туберкулезной инфекции у детей раннего возраста / Е.Б. Васильева, Л.В. Клочкова // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 4. – С. 80-81.

6. Место бронхоскопии в диагностике и лечении бронхолегочных поражений у детей раннего возраста с первичной туберкулезной инфекцией / В.Х. Сосюра, А.Я. Шермевская, И.В. Шишов и др. // Российский медицинский журнал. – 2008. – № 6. – С. 19-21.
7. Микиртичан Г.Л. Медико-социальная характеристика семьи ребенка, больного туберкулезом / Г.Л. Микиртичан, О.А. Джарман // Проблемы туберкулеза. – 2005. – № 7. – С. 28-31.
8. Овсянкина Е.С. Актуальные проблемы противотуберкулезной помощи детям и подросткам / Е.С. Овсянкина // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 1. – С. 3-4.
9. Особенности туберкулеза у детей раннего возраста / И.А. Сиренко, С.А. Шматько, О.Ю. Марченко и др. // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 1. – С. 30-32.
10. Распространение туберкулеза среди детей и подростков в Российской Федерации (анализ данных официальной статистики) / Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, Е.И. Скачкова и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 1. – С. 5-10.
11. Случай казеозной пневмонии у ребенка грудного возраста / А.В. Мосина, М. Э. Лозовская, О. И. Король и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – № 9. – С. 50-53.
12. Туберкулез у детей и подростков: руководство / под ред. О.И. Король, М.Э. Лозовской. – СПб. : Питер, 2005. – 432 с.;
13. Туберкулез у детей и подростков: руководство для врачей / под ред. Е.Н. Янченко, М.С. Греймер. – СПб. : «Гиппократ», 1999. – 336 с.
14. Туберкулез у детей и подростков : учеб. пособие / под ред. В.А. Аксеновой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 272 с.
15. Туберкулез у детей и подростков : учеб. пособие / под ред. Л.Б. Худзик, Е.Я. Потаповой, Е. Н. Александровой. – М. : Медицина, 2004. – 368 с.
16. Характеристика поражений лимфатической системы у детей раннего возраста, больных внутригрудным туберкулезом / Т.А. Севостьянова, Ф.А. Батыров, М.М. Чернова и др. // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом : материалы Всероссийской науч.-практ. конф. – СПб., 2011. – С. 374-376.
17. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди детей и подростков в Московской области / Е.В. Фомина, В.А. Аксенова, Л.И. Горковенко и др. // Туберкулез сегодня: материалы VIII Российского съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 226-227.
18. Юсубова А.Н. Состояние микробиоценоза кишечника у детей раннего и дошкольного возраста, больных туберкулезом: автореф. дис. на соискание степени канд. мед наук : спец. 14.00.26 – «Фтизиатрия» / Анна Николаевна Юсубова; ГУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза РАМН». – М., 2009. – 19 с.
19. Lighter Jennifer. Diagnosing childhood tuberculosis: traditional and innovative modalities / Jennifer Lighter, Mona Rigau // Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. – 2009. – Vol. 39, P. 61-88.
20. Prolonged in-hospital exposure to an infant with active pulmonary tuberculosis / M.L. Ciofi Degli Atti, G. Castelli Gattinara, G. Ciliento et al. // Epidemiology and Infection. – 2011. – Vol. 139, № 1. – P. 139-142.
21. Tuberculosis immunology in children: diagnostic and therapeutic challenges and opportunities / D.A. Lewinsohn, M.L. Gennaro, L. Scholvinck et al. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2004. – Vol. 8, № 5. – P. 658-674.
22. Tuberculosis in children and adults: two distinct genetic diseases / A. Alcais, C. Fieschi, L. Abel et al. // J. Exp. Med. – 2005. – Vol. 202, № 12. – P. 1617-1621.

Мордик А. В., Пузирева Л. В., Туріца А. А., Циганкова Е. А. Клінічні особливості туберкульозу су дітей раннього віку (огляд літератури)

Анотація. Збільшення захворюваності і обважнює структури клінічних форм туберкульозу у дітей у віці від 0 до 3-х років пов'язане не лише з підвищеною сприйнятливостю до туберкульозної інфекції, їх анатомо-фізіологічними особливостями, але і з масивністю первинного інфікування мікобактеріями туберкульозу і труднощами ранньої діагностики туберкульозу. Літературні дані про структуру клінічних форм туберкульозу, довше ускладненого перебігу туберкульозу у дітей раннього віку суперечливі.

Число робіт, присвячених проблемам туберкульозної інфекції у віковій категорії від 0 до 3-х років, нечисленно, що обумовлює актуальність подальшого вивчення клінічних, епідеміологічних і імунологічних особливостей перебігу туберкульозу у дітей раннього віку.

Ключові слова: туберкульоз, туберкульоз у дітей раннього віку, клінічні особливості.

Mordyk A., Puzyreva L., Turitsa A., Tsygankova E. Clinical features of tuberculosis of a sou of children of early age (literature review)

Summary. The increase in incidence and weighting of structure of clinical forms of tuberculosis at children aged from 0 till 3 years is connected not only with the raised susceptibility to a tubercular infection, their anatomophysiological features, but also with massiveness of primary infection by tuberculosis mikobakteriya and difficulties of early diagnostics of tuberculosis. Literary data on structure of clinical forms of tuberculosis, share of the complicated course of tuberculosis at children of early age are inconsistent.

The number of the works devoted to problems of a tubercular infection in an age category from 0 till 3 years, isn't numerous that causes relevance of further studying of clinical, epidemiological and immunological features of a course of tuberculosis at children of early age.

Key words: tuberculosis, tuberculosis at children of early age, clinical features.

Олійник Д. І.,
учень гімназії № 1

Чернівецького обласного відділення Малої академії наук України

Лаврів Л. П.,

кандидат медичних наук,

асистент кафедри анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

Буковинського державного медичного університету

ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ТА ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ, ПРИВУШНОЇ ПРОТОКИ ТА ЖИРОВОГО ТІЛА ЩОКИ В ПЛОДІВ

Анотація. На 28 плодах людини 130,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини за допомогою методів звичайного і тонкого препарування під контролем бінокулярної лупи, макромікроскопії, морфометрії та 3-D реконструкції вивчено варіантну анатомію і топографо-анатомічні особливості привушної залози, її вивідної протоки та жирового тіла щоки.

Ключові слова: привушна залоза, привушна протока, жирове тіло щоки, пренатальний онтогенез, людина.

Постановка проблеми. Одним з нових напрямів медичної науки, який об'єднує під свою егіду дослідників і практиків як клінічних, так і фундаментальних спеціальностей, є перинатальна медицина. Зрозуміло, що проблема зниження перинатальної захворюваності й смертності не може бути повністю вирішена без поглибленого вивчення періоду ембріогенезу і раннього фетогенезу [1]. Привушна залоза (ПЗ), привушно-жувальна та щічна ділянки є об'єктами пильної уваги науковців [2-4], які висвітлюють розрізнені дані про особливості їх морфогенезу. Разом з тим відомості щодо типової і варіантної анатомії ПЗ, органів та структур привушно-жувальної та щічної ділянок, становлення їх корелятивних взаємовідношень упродовж перинатального періоду розвитку людини залишаються недостатньо вивченими [5]. Дискусійними та суперечливими є дані про синтопію ПЗ та гістогенез складових привушно-жувальної й щічної ділянок. Власне, складність топографо-анатомічних взаємовідношень та складність гістогенезу їх компонентів у перинатальному періоді онтогенезу людини зумовлюють потребу подальшого їх анатомічного та гістологічного дослідження. Вивчення топографії ПЗ, привушної протоки, жирового тіла щоки, м'язів, судин та гілок лицевого нерва в плодовому періоді онтогенезу людини потребує з'ясування їхньої варіантної анатомії та вивчення змін морфометричних показників, що дозволить розробляти нові оперативні доступи до важливих анатомічних структур ділянки лица в перинатальній хірургії [6].

Робота є фрагментом планової комплексної НДР Буковинського державного медичного університету «Закономірності перинатальної анатомії та ембріотопографії. Визначення статеві-вікових особливостей будови і топографоанатомічних взаємовідношень органів та структур в онтогенезі людини» (№ державної реєстрації 0110U003078).

Мета дослідження – вивчити варіантну анатомію та топографо-анатомічні особливості ПЗ, привушної протоки та жирового тіла щоки у плодів людини.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження виконано на 28 плодах 130,0-375,0 мм тім'яно-куприкової

довжини (ТКД). Матеріал одержували з акушерсько-гінекологічних відділень лікувальних закладів м. Чернівці та області. Згідно з Договором (2012 р.) про наукову співпрацю, плоди масою понад 500,0 г вивчали безпосередньо в Чернівецькій обласній комунальній медичній установі «Патологоанатомічне бюро». У ході дослідження використовували методи: тонкого препарування під контролем бінокулярної лупи; макро- та мікроскопії; морфометрії, комп'ютерного 3-D реконструювання. Найбільш демонстративні випадки фотодокументовано цифровим фотоапаратом CMOS камерою для мікроскопів «Т 100 SCIENCELAB 10,0 MPix» з мікрометром. Усі дослідження проведені з дотриманням основних біоетичних положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2008 рр.), а також наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р.

Викладення основного матеріалу. Встановлено, що ПЗ у плодів людини (130,0-375,0 мм ТКД) розташована в глибокій западині позаду гілки нижньої щелепи, в занижнощелепній ямці. Шкіра ділянки рухома, підшкірна жирова клітковина та поверхнева фасція особливо добре виражені. Привушна залоза вкрита власною фасцією, поверх та під якою розміщені лімфатичні вузли. Всередину від фасції відходять сполучнотканинні перетинки. Привушно-жувальна фасція в передньо-нижніх відділах потовщується, утворюючи шило-нижньощелепну зв'язку, яка відділяє ПЗ від піднижньощелепної залози (рис. 1).

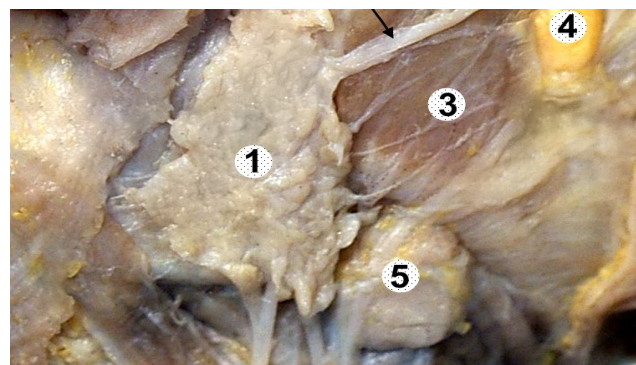


Рис. 1. Привушна залоза плода людини 180,0 мм ТКД. Макрофотографія. Зб. 4х:

1 – права привушна слинна залоза; 2 – привушна протока; 3 – жувальний м'яз; 4 – жирове тіло щоки (Біша); 5 – піднижньощелепна слинна залоза.

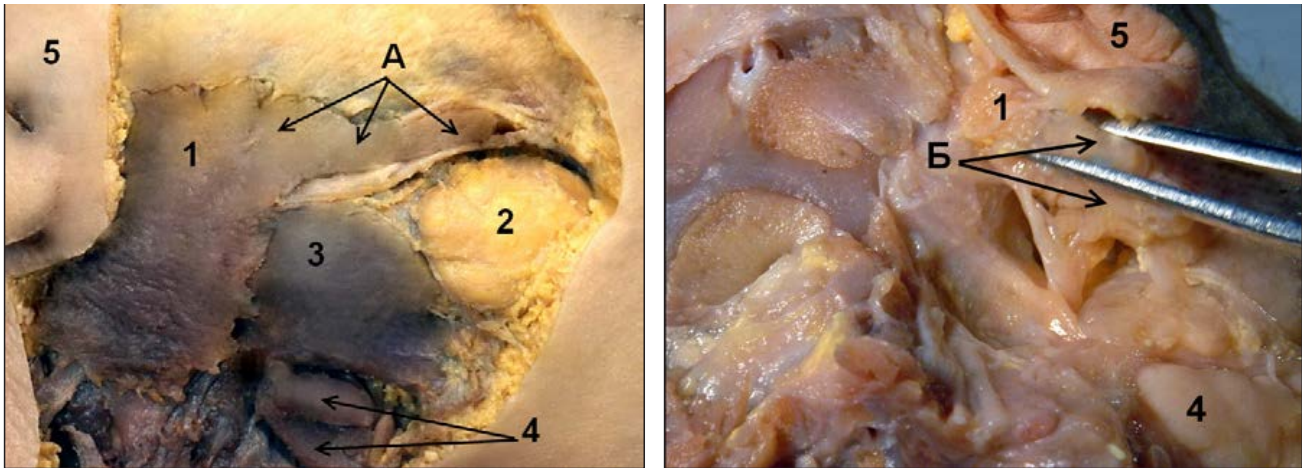


Рис. 2. Привушна залоза з вираженими відростками в плодів людини:

А – виличним (плід 200,0 мм ТКД; вид справа); Б – глотковим (плід 218,0 мм ТКД; вид зліва). Макрофото. Зб. 4,0х:
1 – привушна залоза; 2 – жирове тіло щоки; 3 – жувальний м'яз; 4 – піднижньощелепна слинна залоза; 5 – вушна раковина.

Більша частина залози розміщена між нижньою щелепою та груднинно-ключично-соскоподібним м'язом, проникаючи в глибину між цими структурами. Верхнім краєм залоза прилягає до хрящової частини зовнішнього слухового ходу. Внизу прикриває заднє черевце двочеревцевого м'яза. Спереду – покриває нижню щелепу та жувальний м'яз. Медіально залоза прилягає до шилоподібного відростка та його м'язів, які відділяють її від внутрішньої яремної вени, внутрішньої сонної артерії та латеральної стінки глотки.

У різних плодів ПЗ переважно має незначно виражені відростки – скроневи, виличний та глотковий. У деяких плодів відростки ПЗ були доволі виражені (рис. 2).

У плодів ПЗ цілком відповідає стінкам свого ложа та має на всіх препаратах неправильну, важко з чим зрівняти форму (рис. 3): овальну, листоподібну, підковоподібну, трикутну, неправильного чотирикутника тощо.

На наш погляд нічого дивного в такому різноманітті немає. Оскільки форма ПЗ неправильна, то і важко зрівняти на з будь-якою геометричною фігурою.

Із приведених варіантів опису форми залози нам найбільш практичним бачиться опис її як тристоронньої піраміди, оберненої основою до виличної дуги, а верхівкою вниз – до кута нижньої щелепи (рис. 4).

Крізь тканину ПЗ проходить низка структур, серед яких (ззовні всередину): лицевий нерв; занижньощелепна вена, яка утворюється від злиття поверхневої скроневої та верхньощелепної вен; зовнішня сонна артерія, вушно-скроневи нерв. Напрямок привушної протоки (рис. 5, А) – дугоподібний, опуклістю вверх, пройшовши по зовнішній поверхні жувального м'яза, протока ПЗ стикається з верхнім кінцем жирового тіла щоки та проникає крізь щічний м'яз у присінок рота, де відкривається в вигляді сосочка привушної протоки.

Протока ПЗ (рис. 5, Б) утворюється від злиття двох позаорганих часточкових гілок, які, в свою чергу, утворюються злиттям кількох верхніх та нижніх часточкових проток, що безпосередньо виходять із тканини залози, пронизуючи її капсулу. В інших випадках привушна протока формується глибоко в речовині залози, йде косо-вверх-вентрально, приймає на своєму шляху (зверху і знизу) від 3 до 11 вивідних проток часток залози. Проекція привушної протоки на шкіру обличчя з обох боків проходить лінією від козелка вушної раковини до кута рота. Стінка привушної протоки в плодів складається зі сполучної тканини, багатой еластичними волокнами і епітелієм, що вистилає просвіт протоки. Епітелій складається з двох шарів – глибокого кубічного і поверхневого циліндричного.

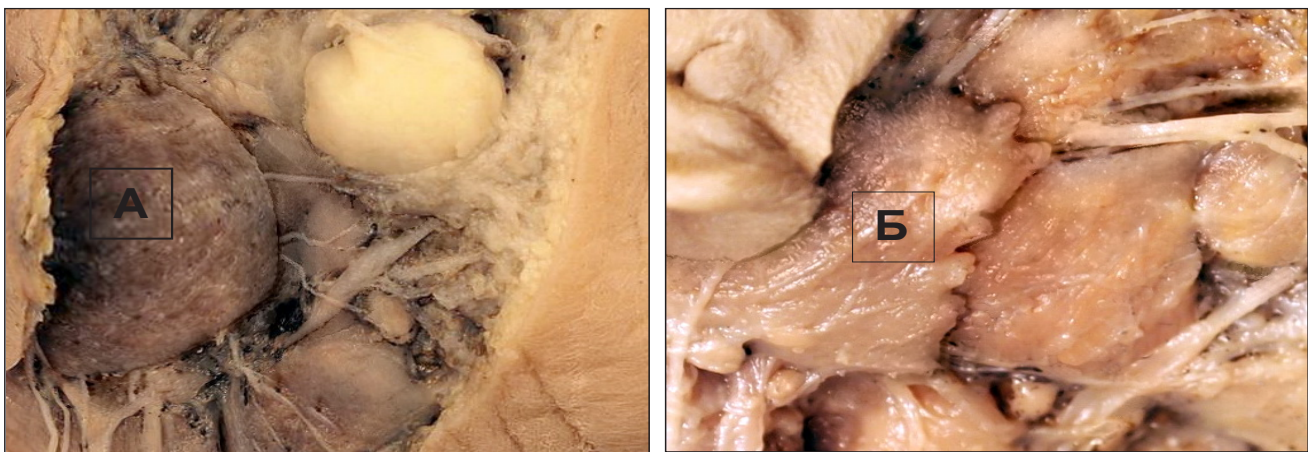
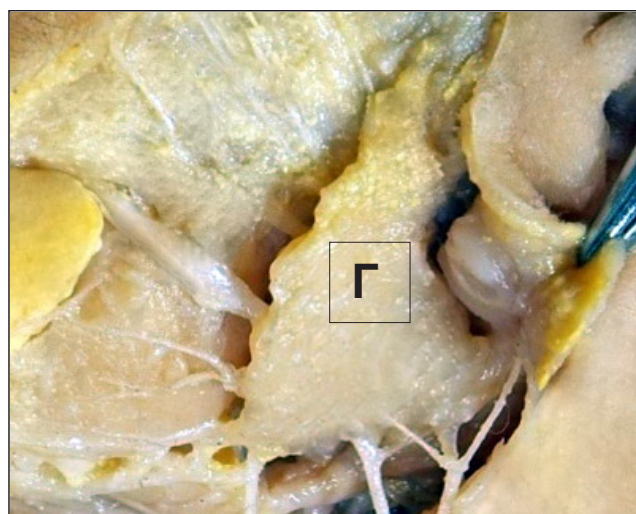
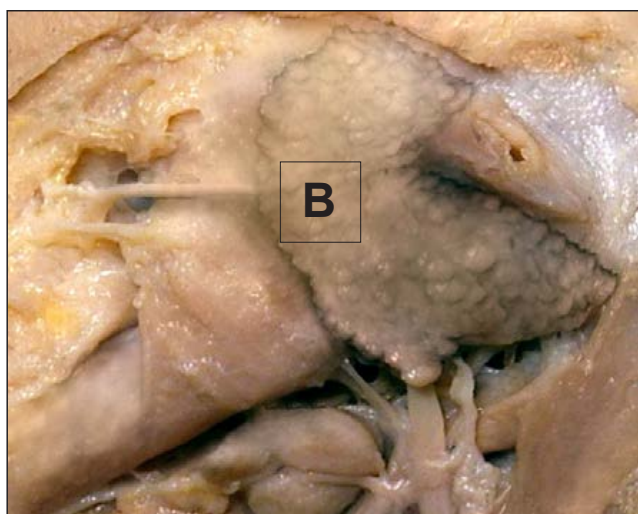


Рис. 3. Варіанти форми привушної залози плодів 130,0-375,0 мм тім'яно-куприкової довжини. Макрофотографія. Зб. 4,0х:

А – овальна; Б – листоподібна; В – підковоподібна; Г – трикутна; Д – неправильного чотирикутника.



Упродовж третього триместру виявлено ряд анатомічних варіантів як у співвідношенні жирового тіла щоки із привушною протокою, так і безпосередньо самих варіантів його форми. Привушна протока – або пронизує жирове тіло щоки, або оминає його.

Із варіантів форми жирового тіла щоки впродовж 7-10 місяців внутрішньоутробного розвитку ми спостерігали овальну, трикутну, двочасточкову, тричасточкову форми та в вигляді зімкнених основами пірамід (рис. 6, А-Д).

Привушна протока (утворена злиттям двох гілок II-го порядку, що, у свою чергу, формуються внаслідок злиття кількох верхніх та нижніх часточкових проток) виходить із тканини привушної слинної залози переважно на межі верхньої і середньої третин переднього її краю. У плодів упродовж 5-10 місяців внутрішньоут-

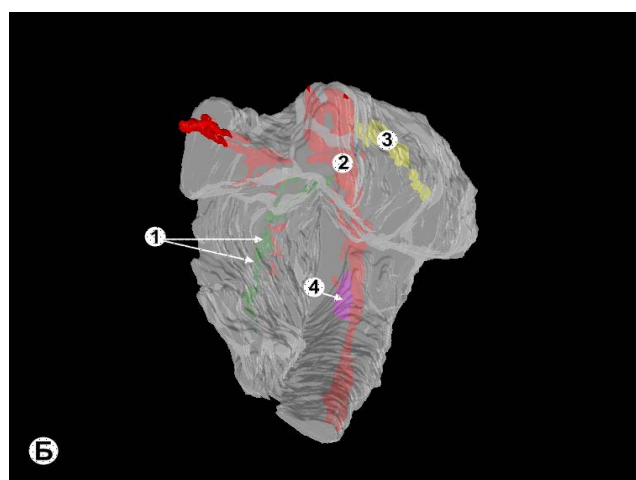
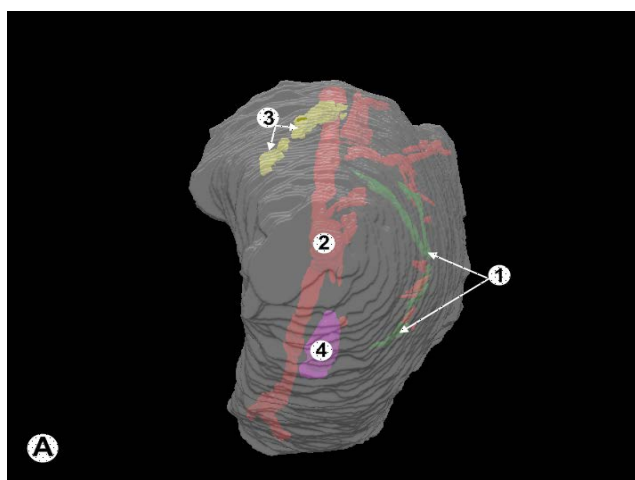


Рис. 4. Комп'ютерна 3-D реконструкція правої ПСЗ плода 285,0 мм ТКД (8-й місяць). Зб. 8х.

(А) – фронтальна поверхня залози; (Б) – медіальна поверхня;

1 – головна вивідна протока привушної залози з галузженням на протоки II-IV порядків; 2 – зовнішня сонна артерія; 3 – занижньощелепна вена; 4 – лімфатичний вузол.

робного розвитку чітко визначилось топографічне розміщення та спрямування позазалозистого ходу привушної протоки, яка практично завжди прилягала до зовнішньої поверхні власне жувального м'яза з огинанням його переднього краю та лягала у більшості випадків на верхньомедіальну поверхню жирового тіла щоки (Біша); далі – пронизувала щічний м'яз та відкривалась у присінок порожнини рота на слизовій обо-

лонці щоки. Довжина та зовнішній діаметр позазалозистої частини привушної протоки із віком змінюються.

Висновки. Будові привушної залози в плодів людини властива значна анатомічна мінливість, що проявляється різновидами форми (овальна, листоподібна, підковоподібна, трикутна, неправильного чотирикутника), розташування та синтопії. Протока привушної залози утворюється від злиття двох позаорганих ча-

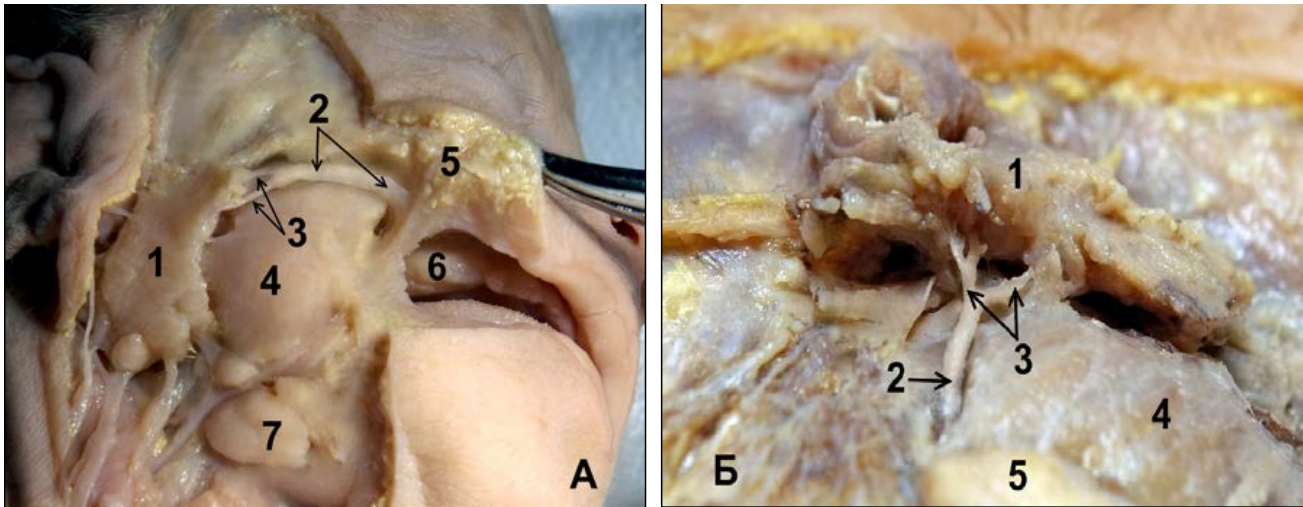


Рис. 5. Вивідні протоки привушної залози в плодів людини:

А – плід 225,0 мм ТКД; Б – плід 230,0 мм ТКД.
Макрофото. 3б. (А) = 4,0х; (Б) = 5,5х: 1 – привушна залоза; 2 – привушна протока; 3 – часточкові протоки; 4 – жувальний м'яз; 5 – жирове тіло щоки; 6 – верхня щелепа; 7 – піднижньощелепна слинна залоза.

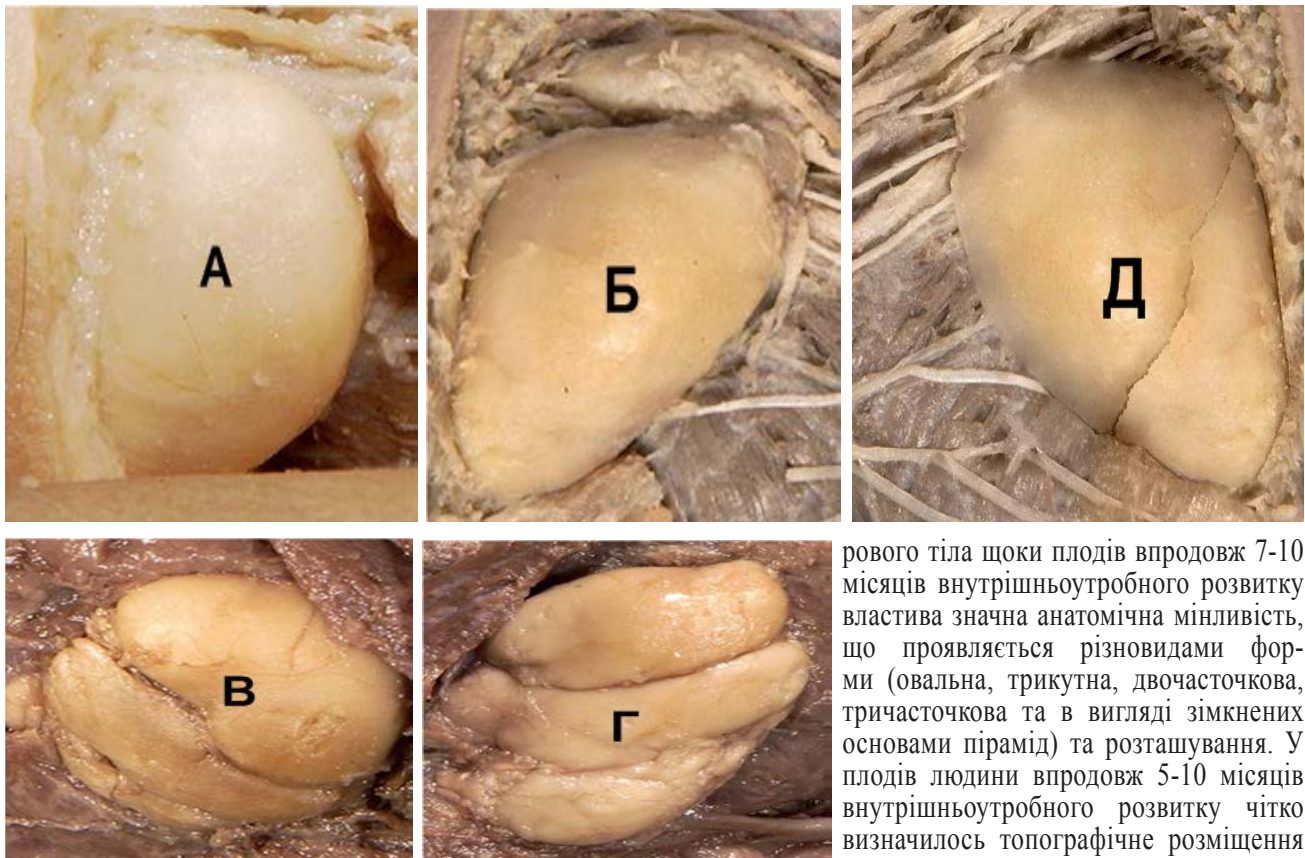


Рис. 6. Варіанти форми (А-Д) жирового тіла щоки упродовж плодового періоду розвитку (7-10 місяці). Макрофотографії. 3б. 4х :

А – овальна; Б – трикутна; В – двочасточкова;
Г – тричасточкова; Д – у вигляді зімкнених основ пирамід.

сточкових гілок, які (в свою чергу) утворюються злиттям кількох верхніх та нижніх часточкових проток, що безпосередньо виходять із тканини залози, пронизуючи її капсулу. У плодів людини виявлено ряд анатомічних варіантів як у співвідношенні жирового тіла щоки із привушною протокою, так і безпосередньо самих варіантів його форми. Привушна протока – або пронизує жирове тіло щоки, або оминає його. Будові жи-

рового тіла щоки плодів впродовж 7-10 місяців внутрішньоутробного розвитку властива значна анатомічна мінливість, що проявляється різновидами форми (овальна, трикутна, двочасточкова, тричасточкова та в вигляді зімкнених основ пирамід) та розташування. У плодів людини впродовж 5-10 місяців внутрішньоутробного розвитку чітко визначилось топографічне розміщення та спрямування позазалозистого ходу привушної протоки в межах щічної ділянки. Практично завжди привушна протока прилягала до зовнішньої поверхні власне жувального м'яза з огляданням його переднього краю та у більшості випадків лягала на верхньомедіальну поверхню жирового тіла щоки (Біша).

Перспективи подальших досліджень. Вважаємо за доцільне в подальших дослідженнях з'ясувати проєкційну анатомію, особливості синтопії і просторової будови жирового тіла щоки та кінцевого відділу привушної протоки в плодів людини.

Література:

1. Ахтемійчук Ю. Т. Перинатальна анатомія як напрям наукових досліджень / Ю. Т. Ахтемійчук // Анатомо-хірургічні аспекти дитячої гастроентерології: матеріали 2-го наук. симпозіуму (Чернівці, 21 травня 2010 р.). – Чернівці, 2010. – С. 5-7.
2. Лаврів Л. П. Морфологічні передумови розвитку природжених вад привушної слинної залози / Л. П. Лаврів, І. Ю. Олійник // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – Т. 11, № 1 (39). – С. 91-94.
3. Слободян О. М. Сучасні відомості про будову привушно-жувальної ділянки в перинатальному періоді онтогенезу / О. М. Слободян, А. І. Калинчук // Вісн. проблем біол. і мед. – 2011. – Вип. 2, Т. 1. – С. 42-45.
4. Марценяк І. В. Сучасні уявлення про анатомію щічної ділянки людини та перспективи її дослідження / І. В. Марценяк // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2012. – № 2 (19). – С. 278-281.
5. Исследование закономерностей морфометрических параметров органов и структур в перинатальном периоде онтогенеза / [Ахтемійчук Ю. Т., Слободян А. Н., Проняев Д. В., Семьянин И. А.] // Морфология. – 2010. – Т. 137, № 4. – С. 22.
6. Ахтемійчук Ю. Т. Актуальність наукових досліджень у галузі перинатальної анатомії / Ю. Т. Ахтемійчук // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2012. – Т. II, № 1 (3). – С. 15-21.
7. Лаврів Л. П. Морфогенез привушної слинної залози у плодів людини 9-го місяця внутрішньоутробного розвитку / Л. П. Лаврів, І. Ю. Олійник // Клін. анат. та операт. хірургія. – 2012. – Т. 11, № 3(41). – С. 58-61.

Олійник Д. И., Лаврив Л. П. Вариантная анатомия и топографоанатомические особенности околоушной железы человека, околоушной протоки и жирового тела щеки у плодов

Аннотация. На 28 плодах человека 130,0-375,0 мм теменно-копчиковой длины с помощью методов обычного и тонкого препарирования под контролем бинокулярной лупы, макромикроскопии, морфометрии и 3-D реконструкции изучены вариантная анатомия и топографо-анатомические особенности околоушной железы, ее выводного протока и жирового тела щеки.

Ключевые слова: околоушная железа, околоушный проток, жировое тело щеки, пренатальный онтогенез, человек.

Oliinyk D., Lavriv L. Variant anatomy and topographic anatomical features of parotid gland, parotid duct human and sucking pad in fetuses

Summary. On 28 human fetuses 130,0-375,0 mm parietal-coccygeal length using conventional methods and fine dissection under a binocular microscope control, makromikroskopy, morphometry and 3-D reconstruction of the studied variant anatomy and topographic-anatomic features of the parotid gland and its excretory duct and sucking pad.

Key words: parotid gland, parotid duct, sucking pad, prenatal ontogenesis, human.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Васкес Абанто Х. Э.,
кандидат медицинских наук,
врач отделения неотложной медицинской помощи
Оболонского района г. Киева
Коммунальное некоммерческое предприятие № 3
(Центр первичной медико-санитарной помощи № 2)

Васкес Абанто А. Э.,
студентка
Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца

БИОЭТИКА И ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧА

Аннотация. Медицина не относится к разряду точных наук и вполне допустимы разные пути достижения одной цели. Этические принципы и коллегиальность позволяют врачебному сообществу сплотиться и выступить единым фронтом на благо пациента, принять наиболее оптимальное решение, рассмотреть ситуацию с различных сторон.

Ключевые слова: медицина, биоэтика, коллегиальность, этические принципы, медицинские взаимоотношения.

Постановка проблемы. Медицина как биосоциальная наука осмысливается как набор принципов, интегративная роль которой выражается в непрерывном обучении, современном здравоохранении и высокоморальной медико-практической и научно-исследовательской работе.

В процессе деятельности любого врача биоэтика включает в себя: систему ценностей работника здравоохранения, социальные аспекты здоровья, его применение в биомедицинских исследованиях и исследованиях, связанных с поведением человека, аспекты, связанные с окружающей средой (жизнь животных и растений) [15].

Изложение основного материала. Принципы биоэтики в медицине основаны на взаимосвязи между профессионалом здравоохранения и личностью (больным или здоровым), семьей и обществом. В последиplomной работе и постоянной подготовке медиков требуется связать теорию с практикой, качество которых для населения имеет решающее значение.

В лечебно-профилактическом и диагностическом процессе рекомендуется множество разнообразных методов и средств, иногда, как это не казалось парадоксальным, прямо противоположны друг другу. В клинической практике наряду с новейшими средствами могут применяться и старые, кажущиеся на первый взгляд малоэффективными, но в индивидуальной практике того или иного специалиста результативными. Каждый специалист вправе определить приоритетность решения вопросов о здоровье своего пациента [2, с. 116].

Авторитет, умение мобилизовать скрытые силы организма, поднять дух, вселить уверенность в благополучный исход болезненного состояния чрезвычайно важны.

Исследования, периодически проведенные в разных странах, показывают важность этических ценностей в медицинской работе и непрерывного образования медиков, что должно проявляться в логическом и практическом применении теоретических основ в сфере

образования студентов-медиков [1]. По нашему твердому мнению, хорошее расположение пациента к своему врачу – это уже примерно 50% успеха в том или ином воздействии на лечебно-профилактический процесс.

Неолиберализм поощряет приватизацию услуг в области здравоохранения и сокращения государственного бюджета на социальные программы. Независимо от государственной или негосударственной сферы медицинского обслуживания, высокие моральные и этические принципы должны преобладать над всеми другими любыми элементами [10].

Процесс дальнейшего, неопределенно долгого обучения профессионала здравоохранения базируется в первую очередь на проблемах, связанных со здоровьем населения [6]. Данный процесс закрепляется дальше на отношениях теории и практики, связи между профессиональной деятельностью и практическим применением принципов биоэтики, индивидуальной ответственности, научном мировоззрении [11].

Врач любой специальности как квалифицированный профессионал призван [4]:

- оптимально владеть возможностями научно-технического прогресса,
- иметь активную коммуникацию с населением, пропагандируя здоровый образ жизни,
- быть педагогом,
- стремиться к научно-исследовательским работам.

Базовые этические принципы в практической деятельности врача – это принцип автономии, милосердия и справедливости.

Принцип автономии – это качество, которое позволяет человеку выбрать то, что хорошо и что плохо, это способность выработать свои критерии, думать в пределах своих правил и принципов.

Специалисты в области здравоохранения должны формироваться и действовать по принципу уважения личной и коллективной автономии преимущественно направленного на обеспечение биопсихосоциального баланса человека.

В идеале этот принцип должен отражаться в следующем:

- Отказ от меркантильных интересов в сфере здравоохранения;
- Командная работа для активного обмена критериями;
- Положительное отношение к непрерывному профессиональному, научно-техническому и педагогическому совершенствованию;
- Социальные интересы пациента или испытуемого должны быть выше своих собственных.

Принцип милосердия основан на доверии между врачами и пациентами, которые согласованно направляют свои действия, во имя лучших взаимных интересов – в интересах здоровья самих пациентов.

Этот принцип способствует созданию баланса между рисками и положительными эффектами, как результат принятых решений. На уровне первичной медико-санитарной помощи это значит: «Предоставлять качественные и своевременные услуги, коллективно оказанные командной работой службы здравоохранения» [17].

Принцип милосердия должен основываться на: предотвращении вреда, противодействии ущербу, содействии добру.

В связи со злоупотреблением диагностических технологий могут иметь место следующие проблемы: использование неоправданных исследований, использование малообъективных тестов, чрезмерное количество ненужных исследований [3, с. 15].

Необходимо бороться для того, чтобы искоренить злоупотребление технологиями с самого начала формирования и укрепления будущего профессионала здравоохранения как такового, подчеркивая важность правильного сбора анамнеза и полноценного физикального обследования. Именно анамнез и физикальное обследование остаются основой научного мышления врача, что позволит рационально использовать новейшие технологии [3, с. 14].

Принцип справедливости предполагает, что люди должны получать одинаковое внимание, гарантированное распределение равного обеспечения медицинских услуг, независимо от расы, профессии, социального положения и места жительства [12].

Здоровье в любой стране является правом народа и обязанностью государства, закрепленными Конституцией и международными нормативно-правовыми документами.

Корпоративная этика в медицине

История развития человечества показывает, что исключительно все стадии сопровождались преобладанием процессов объединения людей между собой в социальные группы по различным признакам (от признаков семейного родства до признаков производственных отношений – собственности, интересов) [8].

Развитие общественных и производственных отношений привело к появлению разнообразных механизмов, а также форм подобных объединений (один обособленно живущий человек погибнет, а группа людей, действующая сообща, выживет). Дальнейшее совершенствование данных отношений подтвердило необходимость объединения, которая сохраняется и по сей день. Таким образом, люди, объединенные общностью целей, интересов и иных факторов, вступали и вступают между собой в корпоративные отношения (корпоративный, от лат. «согроте» – связывать, взаимосвязывать, объединять).

Содержание любой профессиональной этики складывается из общего и частного. Общие принципы профессиональной этики, базирующиеся на общечеловеческих нормах морали, предполагают: профессиональную солидарность (иногда перерождающуюся в корпоративность), особое понимание долга и чести, особую форму ответственности, обусловленную предметом и родом деятельности [13].

Биоэтика также включает вдохновляющие принципы профессиональных взаимоотношений профессионалов

здравоохранения: уважение, снисходительность, преданность, коллегиальная взаимопомощь [18].

На сегодняшний день широко распространены профессиональные коллегиальные корпорации, в т. ч. медицинские, в структурах которых отношения подчинения минимизированы, зато преобладают товарищеские связи, отношения подопечности. Объединения медицинских работников, призванных служить своему делу.

Профессиональные медицинские корпорации (в испаноязычных странах главная неправительственная медицинская ассоциация страны часто называется медицинской коллегией, Colegio Medico) учреждают формальный и неформальный контроль за деятельностью членов группы с целью защиты пациентов от врачебных ошибок. В случае необходимости корпорация обладает правом исключения врача из сообщества. Другим механизмом осуществления профессионального контроля является создание этического кодекса группы. Корпорация должна гарантировать то, что врачи будут придерживаться этических требований в своей ежедневной практике [9].

Согласно данным социологических исследований создание системы ценностей корпорации постоянно заботит более половины руководителей. В то же время не менее 80% медицинских корпораций приняли этические кодексы поведения для своих сотрудников. Основу таких кодексов составляет регуляция отношений внутри корпорации. Этические кодексы призваны воспитать лояльных и честных сотрудников, предотвратить возможный ущерб репутации и сформировать образ корпорации в общественном мнении как социально ответственной организации. Такие кодексы и составляют тот тип этики организации, который определяется как корпоративная этика [8].

Корпоративная этика в медицине отражает нормы поведения медицинской корпорации (коллектива, группы, сообщества и т. д.) по отношению к большинству субъектов внешней и внутренней среды процесса медицинской деятельности. То есть члены корпорации, будучи включенными в другие социальные группы: семью, церковь и т. п., берут на себя обязательство следовать моральным и этическим нормам, воспрещающим подобное поведение. Тем самым формируется двойной стандарт поведения – внутри медицинского сообщества и вне его. Чаще всего они сведены в более или менее четкие правила профессионального поведения и предусматривают как собственно моральные, духовные, так и административные санкции [14].

Таким образом, корпоративную этику можно определить как свод формальных и неформальных правил поведения преимущественно для внутренней регуляции сообщества людей. Представителям медицинской профессии в силу специфики работы особенно необходимы, помимо профессиональных знаний, этические знания и следование им. Специфика будет заключаться в таком поведении, на основе таких теоретико-этических положений и морально-правовых норм, которые в процессе профессиональной медицинской деятельности охватили бы всю область возникающих ситуаций и проблем, связанных с жизнью и здоровьем людей.

Корпоративная этика в медицине остается одной из важных составляющих профессиональной деятельности не только отдельных специалистов и коллектива, но и врачевания как социального института и общества в целом.

Коллегиальность медицинских взаимоотношений

Профессионал здравоохранения, как никто другой, обязан соблюдать коллегиальность. Взаимная вежливость, товарищество, умение критиковать конструктивно и уважительно, умение прислушаться к мнению другого, украшают его и поднимают его авторитет в глазах пациентов и сообщества. В этом контексте являются важными моральными ценностями такие понятия, как: ответственность, справедливость и честность, свободный выбор, конфиденциальность, «я не могу все знать», «непрерывно и неопределенно долго надо совершенствовать свои знания» и т. д.

В медицине при одной и той же болезни к диагностике и лечению ведут множество путей, поэтому редко бывает так, чтобы все шло по одной и той же дороге, – каждый выбирает свою, и в этом нет ничего плохого. Наоборот, это подчеркивает особенность индивидуального подхода медика, в частности врача, мнение которого не привязано к мнению других [3, с. 14-15].

В жизни порой встречаешься с недопониманием такого явления не только пациентами и их родственниками, не только молодыми, но и очень опытными старшими коллегами. Такие коллеги, просмотрев документы пребывания больных у других врачей, прямо заявляют: «И что это за диагноз?», «Зачем все эти обследования назначили», «Да нет у вас ничего этого», «Ну и лечение проводили, я вам скажу!». Этим же они еще больше вызывают недоверие к медицине со стороны простых людей, которым просто можно было подчеркнуть: «Это всего лишь мое профессиональное мнение или заключение (ничего страшного нет в том, что оно другое)» или «У каждого врача свой подход и профессиональное рассуждение».

Более того, в профессиональных беседах с такими коллегами единственно, чем они могут обосновать свое несогласие с другими мнениями – это своим «большим опытом» или «у нас раньше было так».

Нет врача, который бы не ошибался, хотя и это заключение может быть очень относительным, в строгой зависимости от того, кто и как оценивает действие врача. Этические принципы и коллегиальность в этой связи позволяют врачебному сообществу сплотиться и выступить единым фронтом на благо пациента, принять наиболее оптимальное решение, рассмотреть ситуацию с различных сторон. Другими словами, в медицине важна «командная работа».

Курьезный случай был описан в выпуске сентября 2013 года одной украинской газеты, когда корреспондент обратился в разные медицинские учреждения столицы с целью проверить привязанность врачей к определенным аптекам и заодно – компетентность медиков.

Рассуждения и заключения корреспондента, конечно, простительны – он не профессионал здравоохранения, но невозможно не реагировать на заключения эксперта Минздрава, к которому корреспондент обратился. Последний, от которого, как выясняется, и зависит медицинская реформа страны (как члена экспертной группы), с уверенностью утверждает: «Это правильно! ...При таких симптомах ничего из этого не нужно!» Другой представитель медицины в связи данной корреспондентской проверкой говорит: «...Нужно хотя бы пару раз пообщаться с медиком и спросить рекомендации знакомых или же почитать отзывы в Интернете», «...Лекарства тоже можно сначала перепроверить в Интернете» [7].

В результате подобных непрофессиональных «проверок» (а в последние годы каждый гражданин считает себя вправе категорически рассуждать в медицинских вопросах и «экспертных» оценках возможно не практикующих медиков) сегодняшние конфликты в медицинской среде могут только расти. С одной стороны, все это вселяет уверенность населения в необходимости проконтролировать профессиональные действия медиков, одновременно увеличивая их степень недоверия к медицине вообще, а с другой стороны – подавляет еще больше и без того униженный медицинский авторитет.

Даже если оставить в стороне морально-этическую оценку таких заявлений, можно себе представить тот вред, который они наносят пациенту и медицине в целом.

Всем давно известны такие исследования, как ЭКГ, УЗИ, компьютерная и магнитно-резонансная томографии, общий и биохимический анализы крови, анализ крови на инфекции, на гепатиты, на гормоны и т. д. Известны они уже много лет, но чаще назначаются медиками в зависимости от конкретных жалоб пациента, с учётом индивидуальных врачебных критериев (см. документ Всемирной медицинской ассоциации «Декларация относительно независимости и профессиональной свободы врачей»), и почти никогда в комплексе [5, с. 84-92]. Большую роль в этом играют и особенности здравоохранения отдельных стран, где врачи работают по специализированному подходу, с привлечением других специалистов и методов исследования, теряя тем самым мысль индивидуального подхода. В результате полученные данные разрозненны, попадают к разным специалистам (зачастую необоснованно) чаще всего со значительным временным интервалом, и представить истинную клиническую картину заболевания очень непросто. Пациенты возвращаются уставшими и запутанными, с множеством диагнозов (часто носящих только слабый субъективный характер в зависимости от уровня квалификации и специализации привлеченного медика), с желанием больше «не попадать к врачам». Отсюда и ошибочные диагнозы, которые приписываются врачами год за годом (назначая и, соответственно, не совсем обоснованное лечение, а иногда и явно перегружая организм лекарственными средствами), добиваясь в т. ч. и хронизации патологических процессов. В некоторых случаях отдельные мнительные пациенты приходят терроризированными до крайности, нуждаясь как минимум в длительной психосоматической помощи [3, с. 14-15].

В последнее время, к сожалению, коммерциализация медицины приводит к постепенному исчезновению понятия «коллегиальности». Борьба ведется уже не за пациента, а за клиента.

Сказанное выше кажется ясным и не нуждается в повторении и разъяснении. Однако практика показывает, что это далеко не так. Порой встречаешься с такими проявлениями отсутствия коллегиальности и бестактности некоторых медиков, что невольно думаешь о необходимости еще и еще раз вернуться к этому вопросу. В другой статье «Разные стороны одной медицины сегодня» мы вкратце раскрываем эти вопросы и с точки зрения коррупции.

Выводы. В рамках данной статьи медикам делается акцент на соблюдении этики и деонтологии, с учетом международных документов в области здравоохранения [16]. Широкое внедрение Интернета в жизнь людей и медицинскую деятельность, активное использование виртуальных ресурсов с лечебно-консультативной и санитарно-просве-

тительной целью заставляет многих врачей переживать за происходящее в этом современном информационном пространстве. В этой связи нами разработан «**Кодекс медика в режиме онлайн (online)**», который приводится ниже (www.medic-info.org).

Кодекс медика в режиме «online»

Врачу (или любому другому специалисту области здравоохранения), посещающему наш Веб-Сайт, рекомендуется:

1. Действовать согласно этическим принципам мирового медицинского сообщества независимо от места-пространства (медицинский кабинет, лечебно-профилактическое учреждение или Веб-Сайт) своей деятельности. Посещайте официальные сайты Всемирной медицинской ассоциации (ВМА/ВМА) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ/WHO).

2. Знать основы медицинского законодательства той страны, где он находится, а также следить за его изменениями.

3. Руководствоваться, как минимум, основным принципом медицинской деятельности «Не навреди!», заботиться прежде всего о здоровье и безопасности пациента и самого себя.

4. Ограничиваться при обращении пациента от того, чтобы отрицательно комментировать рекомендации других медицинских специалистов, делая при этом акцент на то, что каждый профессионал имеет право на своё мнение и подход к решению тех или иных проблем здоровья.

5. Внимательно и уважительно изучать, при предъявлении ему, лабораторно-инструментальные заключения и заключения других медицинских специалистов, с целью дополнения-подтверждения своих сомнений, а не для простого повторения и переписывания данных.

6. Предварительно уточнить у обратившегося к нему то, не проходит ли пациент курс лечения у другого медицинского специалиста, а если да, то объяснить ему, что нецелесообразно выполнять одновременно рекомендации разных специалистов, тем более если речь идёт об одной и той же проблеме. Сам пациент решает – рекомендации какого специалиста выполнять.

7. Давать свои советы и рекомендации с учётом индивидуального подхода и предпочтительно при непосредственном общении с пациентом.

8. Давать свои советы и рекомендации без непосредственного общения с пациентом только относительного характера, при этом указывая то, что желательна очная консультация.

9. Выражать свое мнение по препаратам или процедурам при обращении к нему, преимущественно если он самостоятельно проверил их эффективность и безопасность (или наоборот, неэффективность и небезопасность) на практике, в процессе своей медицинской деятельности.

10. Постоянно учиться на собственном опыте и на основе информации, предложенной мировой медицинской общностью, своей эрудиции и потребности общества.

Литература:

1. Банных С.В., Евтушенко А.Я. Биоэтические аспекты становления личности врача-исследователя в системе высшего медицинского образования // *Фундаментальные исследования*. – 2006. – № 6 – С. 64-64.
2. Васкес Абанто А.Э., Васкес Абанто Х.Э. К международному дню защиты прав человека (10.12.2013) – права медика // Журнал «Молодой ученый». Медицина та практика: актуальні пи-

тання. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Вінниця, 6-7 грудня 2013 року). – Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2013. – С. 116.

3. Васкес Абанто Х.Э. Вопросы диагностики и лечения заболеваний // Газета «Новости медицины и фармации». – 2012. – № 9(415). – С. 14-15.
4. Васкес Абанто Х.Э. Какую систему здравоохранения выберет Украина? // Журнал «World of Medicine and Biology / Мир медицины и биологии». м. Полтава, 4(41) 2013. – С. 99-104.
5. Васкес Абанто Х.Э. Реформирование здравоохранения и права медика // Современная медицина: актуальные вопросы. № 11 (25) : сборник статей по материалам XXV международной научно-практической конференции (18 ноября 2013 г.). – Новосибирск : Изд. «СибАК» – С. 84-92.
6. Васкес Э., Кресный Д. Медико-социальные аспекты здоровья населения // К. : Изд-во Европ. ун-та, 2003. – С. 490.
7. Вячеслав Веремий. Как нам ставили диагнозы // Газета «Вести», от 04.09.2013. С. 7.
8. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социс. – 2005. – № 1. – С. 66-77.
9. Международное здравоохранение / Том 2 (1) 2011 / Издательство ООО «МедНаука».
10. Москаленко В.Ф. Концептуальные подходы к формированию современной профилактической стратегии в здравоохранении: от профилактики медицинской к профилактике социальной. – М. : ГЭОТАРМедиа, 2011. – С. 240.
11. Álvarez Sintes. Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas, 2008.
12. Amaro, Cano María del Carmen. Bioética. Rev. Cubana de MGI. Ecimed. La habana. 2003.19(6).
13. Callahan Daniel. Europe and the United States: Contrast and Convergence in Health Care // *Medicine and Philosophy* 33, no. 3 (2008): 280-293.
14. Carl H Coleman, Marie-Charlotte Bouësseau, Andreas Reis. Вклад этики в общественное здравоохранение // Бюллетень ВОЗ. Выпуск 86, номер 8, август 2008 г. С. 577-656.
15. Connor, SS, Fuenzalida-Puelman, HL. Introducción. En Bioética, Temas y perspectivas. Washington DC: OPS 1990, IX-XII (publicación científica no. 527).
16. D.Kresny, E.Vaskes (Ukraine, Peru). Introduccion to modern sytem of public health // Abstracts of the International Scientific and practical Conference dedicated to the 10th anniversary of Turkmenistan Neutrally and 10th anniversary of State Programme of President of Turkmenistan Saparmurat Turkmenbasy The Great «Health», 2005. – С. 274-275.
17. Salas, Perea Ramón. Principios y enfoques de la Bioética en la educación médica. Revista cubana Educación Médica Superior. 1997.10 (1).
18. Yolanda Delgado Ramos, Justo Kuok Loo, Ernesto González González. Aspectos Bioéticos en la formación del Médico General Básico // Formacion en Ciencias de la Salud, Etica, Bioetica. Etica medica. Etica en Enfermeria. Publicado: 7/09/2010.

Васкес Абанто Х. Е., Васкес Абанто А. Е. Біоетика та практична діяльність лікаря

Анотація. Медицина не відноситься до розряду точних наук і цілком припустимі різні шляхи досягнення однієї мети. Етичні принципи і колегіальність дозволять лікарському співтовариству згуртуватися і виступити єдиним фронтом на благо пацієнта, прийняти найбільш оптимальне рішення, розглянути ситуацію з різних сторін.

Ключові слова: медицина, біоетика, колегіальність, етичні принципи, медичні взаємини.

Vasquez Abanto J., Vasquez Abanto A. Bioethics and Practical Physician

Summary. Medicine does not belong to the category of the exact sciences and quite acceptable different ways to achieve the same goal. Ethics and collegiality allow the medical community to unite and speak with one voice for the benefit of the patient, to the best solution, consider the situation from different perspectives.

Key words: medicine, bioethics, collegiality, ethics, medical relationships.

Качур О. Ю.,

*Перший заступник Міністра охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України*

СТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Анотація. Наведено стратегію реформи системи охорони здоров'я України. Показано, що система має реформуватися комплексно за рівнями її надання. Пріоритетним напрямком реформи є впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Реформі підлягає вторинна медична допомога, яка полягає у створенні госпітальних округів з формуванням лікарень нового типу: лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, лікарні відновного лікування та хоспіси.

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформа, структурна перебудова.

Постановка проблеми. В Україні започаткована комплексна реформа системи охорони здоров'я з метою забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою [4, 5] пілотне відпрацювання якої проводиться в пілотних регіонах [6]. Реформою передбачено пріоритетне впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [2, 8] та реформа вторинної медичної допомоги зі створення за принципом інтенсивності надання медичної стаціонарної допомоги: лікарень нового типу [1]. Також впроваджуються сучасні економічні механізми діяльності закладів охорони здоров'я [3, 7].

Мета роботи: проаналізувати та представити стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я України

Матеріали та методи, що використані в ході виконання роботи: системного підходу, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання, біблесементичний. В ході виконання роботи використано дані особистих досліджень, дані наукових публікацій та власний досвід організації роботи.

Викладення основного матеріалу. Система охорони здоров'я в Україні потребує послідовних та глибоких інституціональних та структурних перетворень, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб медичній допомозі. Провідними напрямками перетворень в системі охорони здоров'я України визначені: підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я; підвищення якості медичної допомоги; підвищення доступності ліків; запровадження соціального медичного страхування; запровадження професійного менеджменту. В своїй роботі ми зупинимося на такій складовій реформи як підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я. Центральна роль в реалізації цього напрямку належить структурній реорганізації системи у відповідності до потреб населення у різних видах медичної допомоги.

На первинному рівні при проведенні реформи в структурному плані передбачено:

- проведення чіткого розмежування первинної та вторинної медичної допомоги;

- створення мережі закладів первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини в сільській місцевості головним чином на 2 лікаря, в міській – на 4 лікаря, та їх устаткування відповідно до затверджених табелів оснащення з різними моделями для міської та сільської місцевості.

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів первинної медико-санітарної допомоги планується створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги. До складу Центрів – закладів з правами юридичної особи – входять лікарські амбулаторії та фельдшерсько-акушерські пункти, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району, або міста чисельністю від 30 до 100 тис. осіб.

До функцій Центру входить: заключення договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги, планування, координація діяльності закладів первинної медико-санітарної допомоги, що входять до складу Центру, забезпечення якості медичної допомоги, облік та звітність, фінансовий менеджмент, визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників.

Виходячи з даних доказового менеджменту та найкращого світового досвіду з метою покращання якості *вторинної медичної допомоги* з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг пропонується диференціація лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається, на:

- лікарні інтенсивної допомоги – для надання цілодобової медичної допомоги хворих лікування хворих з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення мише лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, високовартісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики;

- для проведення планового лікування – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування;

- лікарні відновного лікування – для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілі-

тації інвалідів, потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів тощо);

- хоспіси – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим, потребують спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широке залучення волонтерів;

- для медико-соціальної допомоги – забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, цей заклад потребує мінімального діагностичного та лікувального обладнання, обслуговування забезпечується переважно сестринським персоналом.

Головна роль надається багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах світу складають близько 90% всіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше ніж 120-200 тис. населення і виконувати не менш, ніж 3000 оперативних втручань та приймати не менш ніж 400 пологів на рік.

Проведення зазначених перетворень може бути здійснено при існуючому адміністративно-територіальному розподілі шляхом створення госпітальних округів, що об'єднують заклади охорони здоров'я декількох сільських районів або міст та районів в залежності від щільності та характеру розселення населення, з врахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг.

Структура госпітального округу включає: багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування (організується на базі потужних центральних районних або міських лікарень); лікарні для відновного лікування – відповідно до потреби; хоспіс – один на округ; заклади медико-соціальної допомоги/ сестринського догляду (всі зазначені типи закладів організуються на базі центральних районних, районних або міських лікарень, які не задіяні як лікарні для інтенсивного лікування); лікарні для планового лікування хронічних хворих в кожному сільському адміністративному районі, місті без районного поділу або в районі міста з районним поділом (організуються на базі центральних районних, районних або міських лікарень, що не задіяні як лікарні для інтенсивного або відновного лікування, хоспісної допомоги). Забезпечення діагностичних досліджень для потреб первинної ланки та планова амбулаторна спеціалізована допомога будуть надаватися поліклінічними відділеннями лікарень планового лікування або консультативно-діагностичними поліклініками. В гострих випадках амбулаторна спеціалізована допомога буде надаватися спеціалістами лікарень для надання інтенсивної допомоги.

Планується поступове, виражене об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів.

Передбачається наступний порядок надходження пацієнтів до структур вторинної медичної допомоги:

- до лікарень інтенсивного лікування – доставка санітарним транспортом, або самозвернення пацієнтів;

- до стаціонарів та поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих - за скеруванням лікаря первинної ланки;

- до лікарень відновного лікування - за скеруванням лікаря первинної ланки; лікарів лікарень інтенсивного ліку-

вання, лікарів –спеціалістів поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих, лікарів закладів третинного рівня за погодженням з лікарями первинної ланки

- до лікарень медико-соціальної допомоги та хоспісів – за скеруванням лікаря первинної ланки.

Всі типи закладів охорони здоров'я повинні бути переоснащені відповідно до визначених функцій. Проведені розрахунки показують, що витрати на дооснащення лише підрозділів інтенсивної терапії при запропонованій моделі організації вторинної допомоги на 27,4% менше, ніж затрати на відповідне дооснащення всієї існуючої мережі. Не говорячи вже про те, що концентрація інтенсивної допомоги дозволить покращити її якість за рахунок підвищення кваліфікаційного рівня медичних працівників через збільшення обсягу втручань.

Управління закладами вторинного рівня, що входять до складу госпітального округу, буде покладатися або виключно на обласне управління охорони здоров'я, або частина управлінських функцій, що стосуються координації діяльності закладів всередині округу, делегується об'єднанням цих закладів у вигляді корпорацій. Оптимальний варіант управління буде визначено після проведення апробації в пілотних регіонах.

Існує багато проблем у функціонуванні швидкої та невідкладної допомоги, основними з яких є значна частка роботи, що невластива функціям швидкої допомоги, зокрема виїзди до хронічних хворих, виїзди з метою введення знеболювальних препаратів онкологічним хворим, велика тривалість прибуття, непрофільність виїздів спеціалізованих бригад. В рамках запланованих реформ передбачається:

- розділити функції швидкої та невідкладної допомоги і передати невідкладну допомогу як функцію на первинний рівень;

- звільнити служби швидкої допомоги щодо проведення знеболювання онкологічним хворим вдома і передати це завдання на первинний рівень шляхом отримання ліцензій структурами первинної допомоги на введення наркотичних препаратів та забезпечення первинної ланки сучасними знеболювальними засобами неопіоїдного характеру;

- станції швидкої допомоги ввести до складу госпітального округу, їх потужність та кількість підстанцій та пунктів тимчасового базування бригад швидкої допомоги формувати таким чином, щоб забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби – часу прибуття до хворого/ постраждалого в межах 10 хвилин в місті, 20 хвилин в сільській місцевості;

- створення на рівні області єдиної диспетчерської служби;

- забезпечити надання швидкої допомоги переважно фельдшерськими бригадами, оснащеними та навченими до використання відповідних клінічних протоколів.

Умовами для проведення структурних реформ державного сектору охорони здоров'я первинного рівня медичної допомоги є:

- розмежування первинного та вторинного рівнів медичної допомоги;

- об'єднання фінансових ресурсів для надання первинної медико-санітарної допомоги на районному/міському рівнях;

- вільний вибір лікаря загальної практики-сімейного лікаря, який визначає медичний маршрут пацієнта.

Умовами для проведення структурних реформ державного сектору охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги є:

- об'єднання фінансових ресурсів для надання вторинної допомоги на обласному рівні, що дозволить раціоналізувати планування мережі закладів, усунути не виправдану фрагментацію системи охорони здоров'я та створити реальні управлінські механізми для вирішення проблем реструктуризації мережі закладів регіональної охорони здоров'я, зокрема функціональної диференціації стаціонарів в залежності від інтенсивності надання госпітальної допомоги.

– Умовами для проведення структурних реформ державного сектору охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги є:

- перегляд і підвищення вимог до ліцензування та акредитації, здійснення деформалізації цих процесів;

- передача в оперативне управління ресурсів всіх закладів охорони здоров'я первинного рівня на районний/міський, вторинного – на обласний рівень.

Все це потребує відповідних змін до чинної законодавчої бази України з питань охорони здоров'я.

Для виконання запланованих реформ необхідно створити чітку систему управління перетвореннями:

- визначення стратегії та методичного її забезпечення в цілому та по окремим напрямках покладається на Міністерство охорони здоров'я України;

- перевірка дієвості та ефективності запропонованих підходів планується на двох пілотних, самодостатніх територіях з точки зору надання медичної допомоги, обласних;

- перевірка результативності та ефективності запропонованої моделі, внесення коректив до неї за результатами апробації;

- широке запровадження апробованих підходів до реформування системи охорони здоров'я на всій території України з моніторингом процесів перетворень і результатів;

- проведення широкої роз'яснювальної роботи та інформування щодо мети, завдань, сутності та результатів системних перетворень серед всіх верств населення;

- залучення професійних медичних асоціацій, координаційних рад при органах управління охороною здоров'я, наглядових рад при медичних закладах до прийняття рішень щодо перетворень на відповідних рівнях;

- професійна підготовка керівників органів та закладів охорони здоров'я в сфері менеджменту у відповідності до сучасних вимог.

Висновки. Стратегія реформи системи охорони здоров'я України передбачає проведення структурних змін за рівнями надання медичної допомоги. Пріоритетним напрямком реформи є впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Реформа вторинної медичної допомоги передбачає створення госпітальних округів з формуванням лікарень нового типу: лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, лікарні відновного лікування та хоспіси.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням та аналізом проведення структурних змін в охороні здоров'я.

Література:

1. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5-23.
2. Матюха Л.Ф. Наукове обґрунтування системи організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. – Рукопис : автореф. дис. ... на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина та 14.01.38 – загальна практика-сімейна медицина.
3. Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури) / М. В. Шевченко, О. О. Заглада, Л. А. Карамзіна, В. Я. Бойко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 58-64.
4. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Комітет з економічних реформ при Президенті України 2010. – 87 с. : Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>: Назва з екрану.
5. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 7 липня 2011 р. № 3611-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.
8. Слабкий Г. О. Реформування системи охорони здоров'я : механізми формування первинної медичної допомоги на сучасному етапі / Г. О. Слабкий, Н. П. Крижина // Журнал сімейного лікаря та сімейної медсестри. – 2011. – № 5. – С. 3-6.

Качур А. Ю. Структурные изменения системы здравоохранения Украины

Аннотация. В статье приведена стратегия реформы системы здравоохранения Украины. Показано, что система должна реформироваться комплексно по уровням ее оказания. Приоритетным направлением реформы является внедрение первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины. Реформированию подлежит вторичная медицинская помощь, которая заключается в создании госпитальных округов с формированием больниц нового типа: больницы интенсивного лечения, больницы планового лечения, больницы восстановительного лечения и хосписы.

Ключевые слова: система здравоохранения, реформа, структурная перестройка.

Kachur O. Structural changes in Health Service system of Ukraine

Summary. This article shows the strategy of reforms in Health Service system of Ukraine. It is demonstrated that the system is to be reformed as complex according to the levels of medical aid. Priority is given to introduction of primary medical-and-sanitary aid on the background of family medicine. The second level of medical aid is also to be reformed that includes creation of hospital circuits with hospitals of new type: intensive therapy hospitals, planned therapy hospitals, rehabilitation hospitals and hospices.

Key words: Health Service system, reform, structural changes.

*Слабкий Г. О.,
доктор медичних наук, професор, професор кафедри організації вищої освіти,
управління охорони здоров'я та епідеміології
Донецького національного медичного університету імені Максима Горького*

*Шишацька Н. Ф.,
лікар акушер-гінеколог
Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання*

МАТРИЦЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Анотація. Наведено матрицю прав пацієнтів, яку розроблено, базуючись на нормах «Європейської Хартії прав пацієнтів». Розроблена матриця прав пацієнтів складається із 14 прав, 175 індикаторів та 125 субіндикаторів, які детально розкривають кожне право пацієнта в закладі охорони здоров'я. Показано, що чинне законодавство України забезпечує практично всі права пацієнтів, які встановлено Європейською Хартією.

Ключові слова: права пацієнтів, міжнародні документи, матриця.

Постановка проблеми. Питання забезпечення прав пацієнтів турбують такі поважні в світі міжнародні організації, як Організація Об'єднаних Націй, Рада Європи, Всесвітня Медична Асоціація, Всесвітня Психіатрична Асоціація тощо [4-6].

Країни Європи за останні декілька десятиліть здійснили ряд важливих заходів, які спрямовані на розвиток прав пацієнтів та розробили європейські стандарти, що стали орієнтиром для реформи систем охорони здоров'я в країнах Європейського континенту [1; 7].

Впровадження на правовому рівні в країнах Європи стандартів прав пацієнтів має важливе значення для України, яка проходить етап реформування системи охорони здоров'я. Імплементация положень «Декларації про розвиток прав пацієнтів в Європі» та «Європейської Хартії прав пацієнтів» в законодавство України дозволить значно підняти довіру до медичних працівників населення та підвищити ефективність діяльності системи охорони здоров'я в цілому [2; 3; 8].

Мета роботи: представити матрицю прав пацієнтів у відповідності до міжнародних документів.

Матеріали та методи, що використані в ході виконання роботи: міжнародні акти з питань забезпечення прав пацієнтів, які вивчалися та аналізувалися з застосуванням контент-аналізу, бібліосемантичного методу та структурно-логічного аналізу.

Викладення основного матеріалу. Під час розробки матриці пацієнтів відповідно до 14 (табл.) прав пацієнтів, які визначено Європейською хартією прав пацієнтів, розроблено набір із 175 індикаторів. Крім того окремі індикатори мали свої власні складові-субіндикатори. Їх використання дає більш детальну картину для оцінки виконання конкретного права пацієнта в закладі охорони здоров'я. Кількість запропонованих субіндикаторів склала 125. Таким чином, загальна кількість показників, яка включена до матриці прав пацієнтів становить 300.

Таблиця

№№	Право пацієнта
1.	Право на отримання профілактичної допомоги
2.	Право на доступ до медичної допомоги
3.	Право на інформацію
4.	Право на отримання згоди при отриманні медичної допомоги
5.	Право на вільний вибір
6.	Право на повагу до приватного життя та конфіденційності.
7.	Право на повагу часу пацієнта
8.	Право на стандарти якості
9.	Право на безпеку
10.	Право на інновації
11.	Право на запобігання непотрібних страждань і болю
12.	Право на індивідуальний підхід
13.	Право на пред'явлення скарг
14.	Право на компенсацію

Далі визначено складові-індикатори кожного із прав пацієнтів. Наводимо основні із них.

1. *Право на отримання профілактичної допомоги:* проведення з метою профілактики (не у зв'язку з будь-яким захворюванням) протягом останніх 12 місяців наступних медичних досліджень: флюорографія грудної клітки, вимірювання артеріального тиску, ЕКГ, аналіз крові, аналіз сечі, огляд лікаря-офтальмолога, онкологічний огляд у гінеколога, огляд проктолога); запрошення за останні 12 місяців відвідати заклад охорони здоров'я з метою проходження профілактичного огляду; інформування медичними працівниками за останні 12 місяців про методи профілактики захворювань; наявність у лікарні наочних інформаційних матеріалів про профілактику захворювань; проведення громадських інформаційних профілактичних компаній на рівні області/міста; профілактичні програми, які в даний час виконуються на адміністративній території.

Право на доступ до медичної допомоги: факти відмови в наданні медичної допомоги через відсутність такого виду медичної допомоги в місті/області/державі; наявність в лікарні будь-яких адміністративних перешкод

для отримання медичної допомоги; наявність економічних перешкод для доступу до медичної допомоги; факти оплати медичної допомоги в державних і комунальних лікувальних установах; наявність вільного доступу до лікувальних установ для осіб з обмеженими фізичними можливостями; наявність дорожніх знаків з вказівкою проїзду до лікувального закладу; можливість, вільного в'їзду на територію лікувального закладу на особистому транспорті; наявність скарг і заяв у зв'язку з відсутністю державного фінансування будь-яких медичних послуг, які необхідні громадянам (послуги, за які пацієнта повинні сплатити, і які не відшкодовуються); факти вимушених поїздок пацієнтів в інші міста або країни для отримання медичної допомоги, яка не надається за місцем їх проживання; скарги у зв'язку з адміністративними та/або економічними перешкодами для доступу до медичних послуг; факти відмов громадянам в отриманні медичної допомоги через відсутність такого виду і медичної допомоги в місті/області/державі.

Право на інформацію: наявність в закладах охорони здоров'я доступної інформації про права пацієнтів; виконання лікарями процедури інформування пацієнтів про сутність та можливі наслідки при призначенні маніпуляцій, складних медичних дослідженнях, операціях; наявність в головному вестибюлі лікарні столу довідок; наявність у лікарні свого веб-сайту; доступність для пацієнтів інформації, що дозволяє порівнювати медичні послуги, які надають лікарні міста – так званий рейтинг лікарень; наявність встановлених термінів надання пацієнтам їх медичної документації (копій, виписок, епікризів, довідок та ін.); наявність обмежень для отримання пацієнтами копій своєї медичної документації.

Право на висловлювання згоди при отриманні медичної допомоги: факти проведення медичних маніпуляцій та процедур в лікувальних установах без згоди пацієнта або його законних представників; існування інформаційних листів для пацієнтів з конкретним захворюванням або для конкретної процедури; існування в лікарнях стандартизованих форм для отримання інформованої згоди пацієнта при проведенні інвазивних діагностичних досліджень; існування в лікарнях стандартизованих форм для отримання інформованої згоди пацієнта при проведенні хірургічних операцій.

Право на вільний вибір: можливість самостійно обирати лікувальний заклад, лікуючого лікаря для обстеження та подальшого лікування; наявність організаційних перешкод для реалізації права на вільний вибір; фінансові перешкоди для отримання медичної допомоги в лікувальному закладі (різноманітні збори в державних лікарнях, в т. ч. «примусова благодійність»); наявність наказів, листів, інструкцій, які ускладнюють свободу вибору медичних послуг.

Право на повагу до приватного життя та конфіденційності: факти розголошення особистої медичної інформації в лікувальних установах; наявність одномісних палат для догляду за пацієнтами, які перебувають у важкому стані; можливість доступу сторонніх осіб до історій хвороби або амбулаторних карток пацієнтів.

Право на повагу часу пацієнта: наявність амбулаторних діагностичних або терапевтичних процедур, отримання яких пацієнтам необхідно чекати більше 7 днів; наявність можливості записатися по телефону для отримання процедур, щодо яких існує черговість; наявність різних маршрутів надходження пацієнтів до лікарні; наявність встановленого часу очікування при прийомі лікарем в поліклініці; існування можливості вибору зручного для пацієнта часу відвідування лікаря або лікарні.

мання процедур, щодо яких існує черговість; наявність різних маршрутів надходження пацієнтів до лікарні; наявність встановленого часу очікування при прийомі лікарем в поліклініці; існування можливості вибору зручного для пацієнта часу відвідування лікаря або лікарні.

Право на стандарти якості: використання в лікарнях стандартів (протоколів) медичної допомоги; наявність індикаторів контролю якості медичної допомоги; здійснення контролю якості медичної допомоги за участю громадськості та організацій пацієнтів; наявність санкцій за порушення стандартів (протоколів) – (за даними протоколів нарад і наказів в лікарні); проведення анкетування з метою визначення задоволеності пацієнтів; існування в лікарнях системи управління якістю медичної допомоги; задоволеність громадян умовами перебування в лікувальних установах.

Право на безпеку: наявність у лікарні системи реєстрації та звітності про медичні помилки; наявність у лікарні протоколів з контролю за внутрішньо лікарняними інфекціями; існування чітко визначених шляхів евакуації для інвалідів-колясочників; випадки постановки пацієнтам неправильних діагнозів в лікарнях; випадки нанесення шкоди здоров'ю пацієнтам у лікарнях; зареєстровані факти порушення права на медичну безпеку за останні 12 місяців.

Право на інновації: використання в лікарнях інноваційних технологій; наявність фактів: про затримку впровадження інноваційних діагностичних методів, про затримку впровадження інноваційних методів лікування, про затримку з введенням в роботу нового обладнання.

Право на запобігання непотрібних страждань і болю: існування в лікарні практики регулярного контролю інтенсивності болю у пацієнтів; своєчасність призначення лікуючим лікарем знеболюючих засобів при наявності скарг на біль; проведення знеболювання після виконання діагностичних процедур та операцій (в поліклініці, стаціонарі) при наявності скарг на болі; обов'язковість виконання знеболювання при больовому синдромі, а також при проведенні болюючих процедур; дотримання в лікувальних установах рекомендацій ВООЗ щодо лікування важкого больового синдрому (включаючи морфін) – так звані «Сходи знеболювання»; наявність практики регулярних опитувань та обліку інформації про характер і інтенсивність больового синдрому у пацієнтів (реєстрація характеру та інтенсивності болю).

Право на індивідуальний підхід: існування психологічної служби підтримки пацієнтів і їх сімей в складних клінічних ситуаціях; наявність можливості надання релігійної допомоги, що надається в лікарнях, або за викликом; наявність в лікарнях можливості для задоволення культурних запитів пацієнтів (книги, телебачення, газети, журнали, прослуховування музичних творів тощо); можливість у лікарні вільного відвідування пацієнтів їх родичами; існування можливості для цілодобової присутності батьків при лікуванні дітей.

Право на пред'явлення скарг: існування в лікарні комісії з розгляду скарг та вирішення конфліктів з пацієнтами; існування незалежних від системи охорони здоров'я комісій з розгляду скарг та вирішення конфліктів між пацієнтами і лікарнею; дотримання встановлених термінів реагування на скарги пацієнтів; наявність в медичних установах доступної інформації за телефонами «гарячої

лінії» чи інших організацій, куди пацієнти можуть звернутися зі скаргами; задоволеність пацієнтів результатами розгляду скарг.

Право на компенсацію: відповідальність лікарні застрахована на випадки виплати компенсацій пацієнтам; існування діючих погоджувальних комісій з вироблення остаточних рішень з компенсацій пацієнтам; лікарні виплачують компенсації пацієнтам за нанесений матеріальний і моральний збиток; існування структур чи осіб відповідальних за процедури досудового розгляду спорів у системі охорони здоров'я; наявність випадків, коли право пацієнта на компенсацію збитку в результаті отримання медичної допомоги не дотримувалося.

Далі було проведено зрівняння прав пацієнтів визначених Європейською Хартією з прав пацієнтів та чинним законодавством України. В результаті проведеного порівняння встановлено, що законодавство України, за винятком права на повагу часу пацієнта охоплює всі права пацієнтів визначених Європейською Хартією. Але при цьому мають певні розбіжності в трактуванні деяких прав пацієнтів в чинному українському та європейському законодавствах.

Висновки. Базуючись на нормах «Європейської Хартії прав пацієнтів», розроблено матрицю прав пацієнтів, яка складається з 14 прав пацієнтів, 175 індикаторів та 125 субіндикаторів, які детально розкривають кожне право пацієнта в закладі охорони здоров'я. Чинне законодавство України забезпечує практично всі права пацієнтів, які встановлено Європейською Хартією.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням дотримання прав пацієнтів в закладах охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги.

Література:

1. Глуховський В.В. Стандарти та механізми забезпечення прав пацієнтів в системах здравоохранения / В.В. Глуховський. – М. : ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2008- 136 с.
2. Глуховський В.В. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України / В.В. Глуховський, Н.Г. Гойда// Охорона здоров'я України. – 2003. – № 4(11). – С. 25-30.
3. Глуховський В.В. Развитие международной концепции и нормативного регулирования прав пациентов. Опыт для Украины

/ В.В. Глуховський, Н.Г. Гойда // Охорона здоров'я України. – 2004. – № 4(15). – С. 36-48.

4. Защита лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи. Резолюция 46/119 Принята Генеральной Ассамблеей ООН 18 февраля 1992 года по докладу Третьего комитета (A/46/721).
5. Положение о защите прав и конфиденциальности пациента. Принято 45-й Всемирной медицинской ассамблеей. Будапешт. Венгрия. Октябрь 1993 г.
6. Резолюция по правам человека. Принята 42-й Всемирной медицинской ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1990 г. внесены поправки 45-й Всемирной медицинской ассамблеей, Будапешт. Венгрия. Октябрь 1993 г., 46-й Генеральной ассамблеей ВМА, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.
7. Україна крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. – К. : Вид-во ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2012. – 158 с.
8. Active Citizenship network (CAN) – European Charter of Patients Rights – Rome, 2002.

Слабкий Г. А., Шишацкая Н. Ф. Матрица прав пациентов в учреждениях здравоохранения

Аннотация. Приведена матрица прав пациентов, которая разработана на базе норм «Европейской Хартии прав пациентов». Разработанная матрица прав пациентов состоит из 14 прав, 175 индикаторов и 125 суб-индикаторов, которые детально раскрывают каждое право пациента в учреждении здравоохранения. Показано, что действующее законодательство Украины обеспечивает практически все права пациентов, которые установлены Европейской Хартией.

Ключевые слова: права пациентов, международные документы, матрица.

Slabkiy G., Shishatska N. Matrix of patients rights in health service institutions

Summary. Is a matrix of patients 'rights, which is developed on the basis of the norms of the «European Charter of Patients' Rights». The rights of patients developed matrix consists of 14 rights, 175 and 125 sub-indicators, indicators that reveal every detail right patient in a health facility. It is shown that the current Ukrainian legislation provides virtually all the rights of patients who established the European Charter.

Key words: patients rights, international documents, matrix.

ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

Логойда Л. С.,

*кандидат фармацевтичних наук, асистент кафедри фармацевтичної хімії
Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського*

Коробко Д. Б.,

*кандидат фармацевтичних наук, завідувач кафедри фармацевтичної хімії
Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського*

Івануса І. Б.,

*кандидат біологічних наук, асистент кафедри фармацевтичної хімії
Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського*

Зарівна Н. О.,

*асистент кафедри фармацевтичної хімії
Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського*

Поляк О. Б.,

*кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри фармацевтичної хімії
Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського*

ОБГРУНТУВАННЯ СКЛАДУ АКТИВНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ІНГРЕДІЄНТІВ ТАБЛЕТОК З ЕКСТРАКТАМИ ВАЛЕРІАНИ, МЕЛІСИ ТА ГЛІЦИНУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВИВЧЕННЯ СТРЕСПРОТЕКТИВНОЇ ДІЇ

Анотація. Обгрунтовано склад активних фармацевтичних інгредієнтів та вивчено стреспротективну дію таблеток з екстрактами валеріани, меліси та гліцину. Доведено позитивну стреспротективну дію таблеток з екстрактами валеріани, меліси та гліцину та потенціювання ефектів активних фармацевтичних інгредієнтів.

Ключові слова: стрес, таблетки, валеріана, меліса, гліцин.

Постановка проблеми. Одним з найбільш поширених в наші дні видів афектів є стрес. Він являє собою стан надмірно сильної і тривалої психологічної напруги, яка виникає у людини, коли її нервова система одержує емоційне перевантаження. Стрес дезорганізує діяльність людини, порушує нормальний хід його поведінки. Стреси, особливо якщо вони часті і тривалі, роблять негативний вплив не тільки на психологічний стан, але і на фізичне здоров'я людини. Вони являють собою головні «чинники ризику» при прояві і загостренні таких захворювань, як серцево-судинні і захворювання шлунково-кишкового тракту.

Валеріана лікарська та меліса лікарська широко і віддавна застосовуються у складі ЛЗ седативної дії. Традиційно їхній асортимент на вітчизняному ринку представлений монопрепаратами або лікарською рослинною сировиною, тоді як імпорتنі препарати є комбінованими. Одним із способів підвищення ефективності таких фітозасобів є створення комбінованих препаратів, які містять речовини, здатні потенціювати дію. Перспективним з цієї метою є комбінування валеріани та меліси з гліцином – нейромедіатором гальмівного типу дії та регулятором метаболічних процесів у центральній нервовій системі. Він зменшує психоемоційне напруження, підвищує розумову працездатність, виявляє нейропротекторну, антистресову, седативну дію, поліпшує метаболізм мозку, нормалізує

сон. Завдяки цьому поєднання валеріани, меліси та гліцину є фармакологічно «вигідною» композицією, яка потребує подальшого дослідження [1; 2; 3; 4; 8].

Мета дослідження. Обгрунтувати склад активних фармацевтичних інгредієнтів в таблетках з екстрактами валеріани, меліси та гліцину.

Матеріали і методи дослідження. Відповідно до методичних рекомендацій Державного фармакологічного центру МОЗ України, вивчення стреспротективної дії проводиться на моделі нервово-м'язового напруження за Сельє. Суть моделі нервово-м'язового напруження за Сельє полягає в тому, що тварин іммобілізують на операційному століку на спині, атравматично фіксуючи кінцівки [5; 6]. Тривалість іммобілізації – 3 год. Дослідження проводять через 2 год після завершення дії стресорного фактора. Стадія тривоги припадає на перші 12 год. від початку стресу, стадія резистентності – на період з 12 год. до 48 год.

Останні розробки седативних лікарських засобів з екстрактами валеріани та меліси містять значні їх кількості. Тому нами досліджувалася стреспротективна дія екстракту валеріани в дозах від 100 до 250 мг, екстракту меліси – 25-75 мг, гліцину – 75-125 мг.

Дослідження проводили на білих безпородних щурах-самцях за методикою Сельє. Тварини вікової групи 23 місяці були розділені на 13 підгруп (по 6 щурів у кожній): 1 підгрупу склали інтактні тварини; 2 підгрупу – стресовані тварини; 3-6 підгрупи – стресовані тварини, які одержували екстракт валеріани у дозах 1,43; 2,14; 2,86; 3,57 мг/кг відповідно; 7-9 підгрупи – стресовані тварини, які одержували екстракт меліси у дозах 0,36; 0,71; 1,07 мг/кг відповідно; 10-12 підгрупи – стресовані тварини, які одержували гліцин у дозах 1,07; 1,43; 1,79 мг/кг відповідно; 13 підгрупу – стрес-

совані тварини, які одержували комбінацію активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ) (екстракту валеріани (2,86 мг/кг), екстракту меліси (0,36 мг/кг) та гліцину (1,07 мг/кг) відповідно). Нами досліджувався вплив різних доз екстрактів валеріани і меліси та гліцину на динаміку стреспротективної дії. Тварин утримували у стандартному лабораторному раціоні при природному режимі освітлення. Усі експерименти на тваринах проводили згідно з «Положенням про використання тварин в біомедичних дослідках». Перед відтворенням гострого стресу застосовували харчову деривацію, не обмежуючи тварин водою [7]. Евтаназію тварин здійснювали шляхом декапітації під тіопенталовим наркозом (тіопентал-натрію у дозі 50 мг/кг маси тіла, внутрішньочеревинно). Досліджувалися загально-соматичні по-

казники, а саме визначення маси наднирникових залоз і тимусу. Про стан наднирникових залоз і тимусу судили за величиною коефіцієнта їх маси, перерахованої у відсотках до загальної маси щурів. Досліджуваний засіб вводили тваринам внутрішньошлунково у вигляді суспензії. Увесь фактичний матеріал оброблений методами варіаційної статистики з використанням коефіцієнта Ст'юдента та непараметричних методів аналізу. Комбінація з екстрактами валеріани, меліси та гліцину захищена патентом України на корисну модель № 62461, бюлетень № 16 від 25.08.2011 року.

Викладення основного матеріалу. Значення коефіцієнтів мас наднирникових залоз та тимусу в умовах гострого іммобілізаційного стресу та при його медикаментозній корекції наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Значення коефіцієнтів мас наднирникових залоз та тимусу в умовах гострого іммобілізаційного стресу і при його медикаментозній корекції

Група тварин	Коефіцієнт маси наднирникових залоз, %	Коефіцієнт маси тимусу, %	
1.	Інтактні тварини (контроль)	$0,0235 \pm 0,0010$	$0,0673 \pm 0,0050$
2.	Стресовані тварини	$0,0289 \pm 0,0050$	$0,0321 \pm 0,0090$
3.	Стресовані тварини, які отримували екстракт валеріани в дозі 100 мг	$0,0272 \pm 0,0005$	$0,0580 \pm 0,0010^*$
4.	Стресовані тварини, які отримували екстракт валеріани в дозі 150 мг	$0,0264 \pm 0,0004$	$0,0601 \pm 0,0040^*$
5.	Стресовані тварини, які отримували екстракт валеріани в дозі 200 мг	$0,0263 \pm 0,0004$	$0,0609 \pm 0,0010^*$
6.	Стресовані тварини, які отримували екстракт валеріани в дозі 250 мг	$0,0270 \pm 0,0002$	$0,0591 \pm 0,0050^*$
7.	Стресовані тварини, які отримували екстракт меліси в дозі 25 мг	$0,0263 \pm 0,0009$	$0,0596 \pm 0,0030^*$
8.	Стресовані тварини, які отримували екстракт меліси в дозі 50 мг	$0,0273 \pm 0,0004$	$0,0558 \pm 0,0030^*$
9.	Стресовані тварини, які отримували екстракт меліси в дозі 75 мг	$0,0274 \pm 0,0006$	$0,0520 \pm 0,0040^*$
10.	Стресовані тварини, які отримували гліцин в дозі 75 мг	$0,0263 \pm 0,0005$	$0,0594 \pm 0,0030^*$
11.	Стресовані тварини, які отримували гліцин в дозі 100 мг	$0,0272 \pm 0,0004$	$0,0520 \pm 0,0030^*$
12.	Стресовані тварини, які отримували гліцин в дозі 125 мг	$0,0274 \pm 0,0005$	$0,0511 \pm 0,0030^*$
13.	Стресовані тварини, які отримували комбінацію АФІ (екстракт валеріани 200 мг, екстракт меліси 25 мг, гліцин 75 мг)	$0,0248 \pm 0,0005$	$0,0670 \pm 0,0030^*$

Примітка:

* Відмінності достовірні при рівні значущості $p \leq 0,05$, порівняно з групою стресованих тварин.

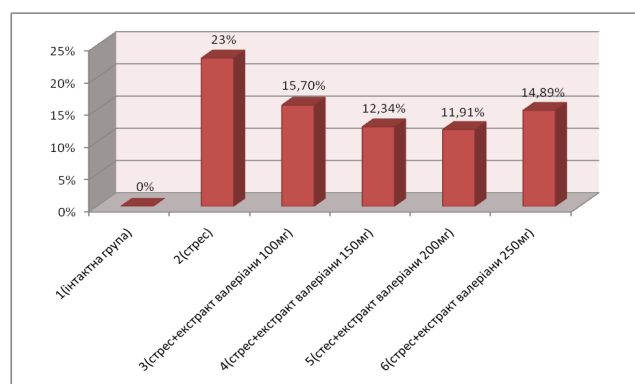


Рис. 1. Залежність гіпертрофії адирникових залоз від дози екстракту валеріани в умовах іммобілізаційного стресу

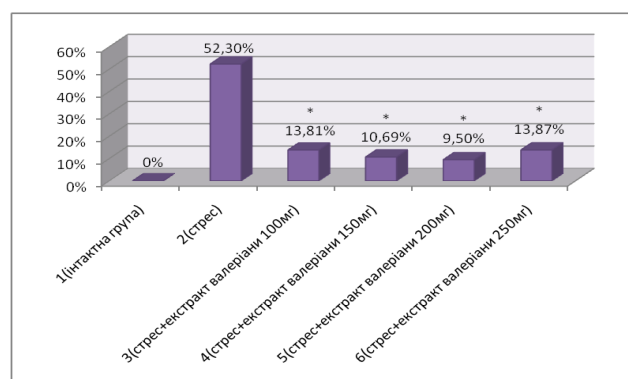


Рис. 2. Залежність інволюції тимусу від дози екстракту валеріани в умовах іммобілізаційного стресу

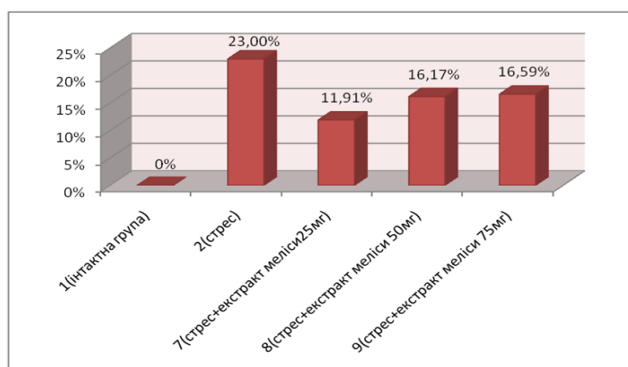


Рис. 3. Залежність гіпертрофії надниркових залоз, викликаній іммобілізаційним стресом, від дози екстракту меліси

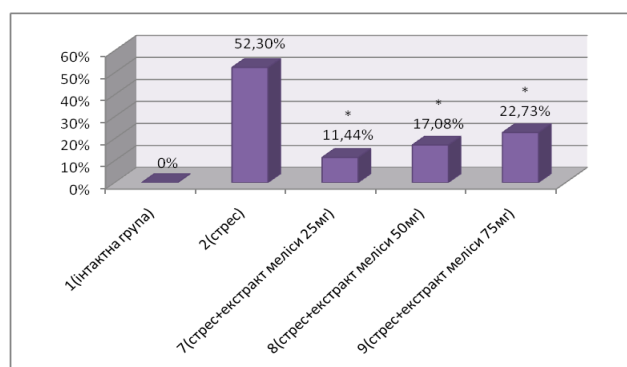


Рис. 4. Залежність інволюції тимусу, викликаній іммобілізаційним стресом, від дози екстракту меліси

На рис. 1-2 представлені залежності впливу різних доз екстракту валеріани на динаміку гіпертрофії надниркових залоз та інволюції тимусу. Нами встановлено, що застосування екстракту валеріани в дозах 100-250 мг у щурів віком 23 місяці дозволяє зменшити гіпертрофію надниркових залоз на 7,3-11,09% та інволюцію тимусу на 38,43-42,8% (рис. 1-2). Так, кращий результат показав екстракт валеріани в дозі 200 мг. Дана доза екстракту валеріани дозволяє зменшити гіпертрофію надниркових залоз на

11,09% та інволюцію тимусу на 42,8%. Менший вплив на гіпертрофію надниркових залоз мав екстракт валеріани в дозі 100 мг. Дана доза дозволяє зменшити гіпертрофію надниркових залоз тільки на 7,3%. На інволюцію тимусу найгірший результат мав екстракт валеріани в дозі 250 мг (38,43%).

Застосування екстракту меліси в дозах 25-75 мг у щурів віком 23 місяці дозволяє зменшити гіпертрофію надниркових залоз на 6,41-11,09% та інволюцію тимусу на

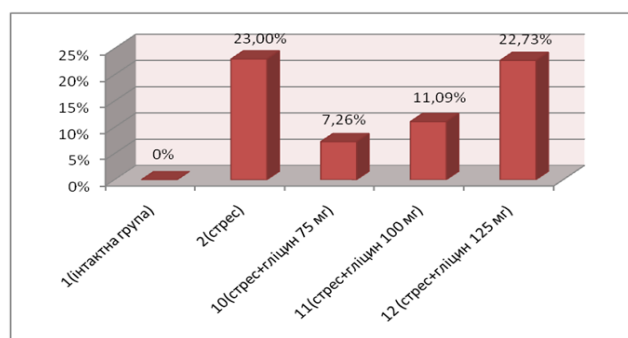


Рис. 5. Залежність гіпертрофії надниркових залоз, викликаній іммобілізаційним стресом, від дози гліцину

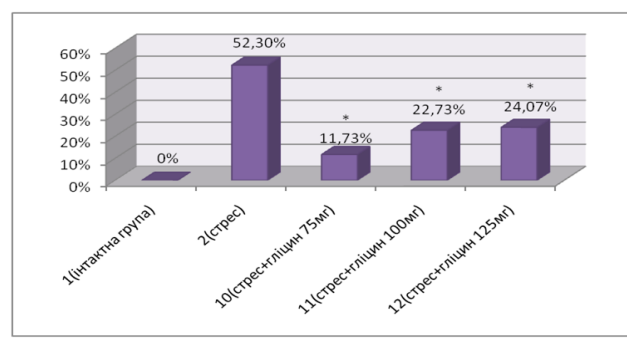


Рис. 6. Залежність інволюції тимусу, викликаній іммобілізаційним стресом, від дози гліцину

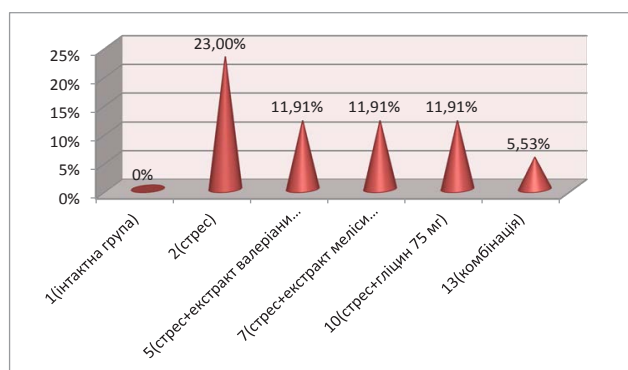


Рис. 7. Залежність гіпертрофії надниркових залоз, викликаній іммобілізаційним стресом, від дози АФІ

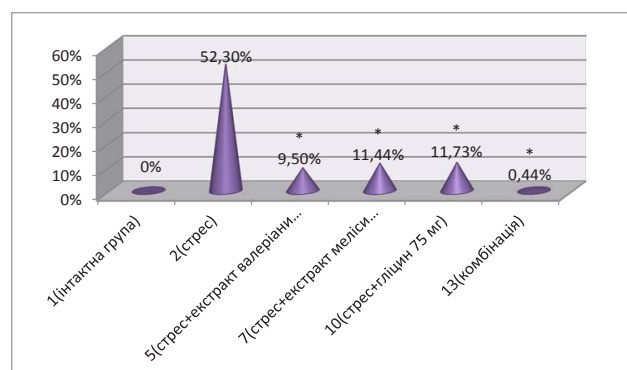


Рис. 8. Залежність інволюції тимусу, викликаній іммобілізаційним стресом, від дози АФІ

29,57-40,86% (рис. 3-4). Так, найкращий результат показав екстракт меліси в дозі 25 мг. Він дозволяє зменшити гіпертрофію надниркових залоз на 11,09%, а інволюцію тимусу – на 40,86%. Найменший вплив мав екстракт меліси в дозі

75 мг. Він дозволяє зменшити гіпертрофію надниркових залоз тільки на 6,41%, а інволюцію тимусу – на 29,57%.

Встановлено, що застосування гліцину в дозах 75-125 мг у щурів віком 23 місяці дозволяє зменшити гіпертро-

фію надниркових залоз на 6,41-11,09% та інволюцію тимусу на 28,23-40,57% (рис. 5 - 6). Найбільший вплив мав гліцин в дозі 75 мг. Він дозволяє зменшити гіпертрофію надниркових залоз на 11,09% та інволюцію тимусу на 40,57%. Найменший вплив мав гліцин в дозі 125 мг. Він дозволяє зменшити гіпертрофію надниркових залоз тільки на 6,41% та інволюцію тимусу на 28,23%.

Отже, згідно з результатами проведених досліджень, впливає, що оптимальним складом АФІ є комбінація екстракту валеріани 200 мг, екстракту меліси 25 мг, гліцину 75 мг. Нами досліджувалися дані дози АФІ в комплексі, тобто при сумісній присутності.

Нами встановлено, що застосування комбінації з екстрактом валеріани в дозі 200 мг, екстрактом меліси в дозі 25 мг, гліцином в дозі 75 мг у щурів віком 23 місяці дозволяє зменшити гіпертрофію надниркових залоз на 17,47% та інволюцію тимусу на 51,86% (рис. 7-8) [8]. Це дає нам можливість говорити про потенціювання ефектів АФІ, а також про позитивну стреспротективну дію комбінації з екстрактами валеріани, меліси та гліцину.

Висновки:

1. Досліджено стреспротективну дію різних поєднань АФІ таблеток з екстрактами валеріани, меліси та гліцину і встановлено їхнє оптимальне співвідношення: 200 мг сухого екстракту валеріани, 25 мг сухого екстракту меліси і 75 мг гліцину.

2. Застосування комбінації у вказаному співвідношенні дозволяє зменшити гіпертрофію надниркових залоз та інволюцію тимусу практично до рівня показників інтактної групи.

Література:

1. Бурчинський С. Г. Комбіновані засоби фармакотерапії невротичних і неврозоподібних розладів / С. Г. Бурчинський // Український медичний часопис. – 2003. – № 6(38). – С. 45-48.
2. Бутенко Г. М. Стресс и иммунитет / Г. М. Бутенко, О. П. Терешина // Международный медицинский журнал. – 2001. – № 3. – С. 91-93.
3. Алесіна М. Ю. Стан ендокринної системи щурів різного віку в умовах іммобілізаційного стресу і вплив адаптогену біомосу / М. Ю. Алесіна, О. О. Сукачова, С. Ц. Зільберман, О. О. Коноваленко, Г. О. Нестеренко, О. М. Бескровний // Физиол. журн. – 1993. – Т. 39, № 1. – С. 78-83.
4. Богдашин И. В. Роль тимуса в регуляции синтеза цитокинов клет-

ками костного мозга при стрессе / И. В. Богдашин, А. М. Дыгай, Е. Ю. Шестобоев, В. П. Шахов, Е. Д. Гольдберг // Иммунология. – 1991. – № 5. – С. 30-32.

5. Доклінічні дослідження лікарських засобів: [методичні рекомендації / ред. Стефанова О.В.] – К.: Вид.дім «Авіцена», 2002. – 527 с.
6. Ведяев Ф. П. Модели и механизмы эмоциональных стрессов. / Ф. П. Ведяев, Т. М. Воробьева. – Харьков: Здоров'я, 1983. – 134 с.
7. Лабораторные животные. Разведение, содержание, использование в эксперименте / [Западнюк И. П., Западнюк В. И., Захария Е. А., Западнюк Б. В.]. – [3-е изд., перераб. и доп.]. Киев: Вища школа, 1983. – 383 с.
8. Логойда Л. С. Розробка і стандартизація седативного фармакологічного засобу з екстрактами валеріани, меліси та гліцину в таблетках: автореф. дис. канд. фарм. наук: спец. 15.00.03 «Стандартизація та організація виробництва лікарських засобів» / Логойда Л. С. – Харків, 2013. – 24 с.

Логойда Л. С., Коробко Д. Б., Ивануса И. Б., Заривна Н. О., Поляк О. Б. Обоснование состава активных фармацевтических ингредиентов таблеток с экстрактами валерианы, Melissa и глицина по результатам изучения стресспротективного действия

Аннотация. Обоснован состав активных фармацевтических ингредиентов и изучены стресспротективное действие таблеток с экстрактами валерианы, Melissa и глицина. Доказано положительное стресспротективное действие таблеток с экстрактами валерианы, Melissa и глицина и потенцирование эффектов активных фармацевтических ингредиентов.

Ключевые слова: стресс, таблетки, валериана, Melissa, глицин.

Logoyda L., Korobko D., Ivanusa I., Zarivna N., Polyak O. Justification of the active pharmaceutical ingredients in tablets of valerian, lemon balm and glycine on the results of the studying stressprotective action

Summary. Proved composition of active pharmaceutical ingredients and studied stressprotective action of tablets with extracts of valerian, lemon balm and glycine. Proven positive stressprotective action of tablets with extracts of valerian, lemon balm and glycine and potentiation of effects of active pharmaceutical ingredients.

Key words: stress, pills, valerian, lemon balm, glycine.

Мащенко П. С.,

*кандидат фармацевтических наук, ассистент кафедры токсикологической химии
ГБОУ ВПО «Пермская государственная фармацевтическая академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Малкова Т. Л.,

*доктор фармацевтических наук, доцент, заведующий кафедрой токсикологической химии
ГБОУ ВПО «Пермская государственная фармацевтическая академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

ХИМИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ЦЕЛЬЮ ВОЗМОЖНОГО ОТНЕСЕНИЯ ИХ К АНАЛОГАМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Аннотация. Представлены результаты исследований по формированию методического подхода к отнесению новых психоактивных веществ к аналогам наркотических средств или психотропных веществ. Изучены качественные характеристики компонентов курительных смесей, разработаны методики анализа. Проведено комплексное исследование различных новых психоактивных веществ. Разработано положение о Центре по изучению новых психоактивных веществ.

Ключевые слова: аналоги наркотических средств и психотропных веществ, шалфей предсказателей (*Salvia divinorum*), курительные смеси.

Во всем мире и, в частности, в Российской Федерации наметилась тенденция к замене классических наркотиков на их аналоги, которые являются новыми синтетическими психоактивными веществами, распространяемыми, зачастую, как, якобы, легальная замена наркотикам. В последнее время особенно остро встала проблема появления большого количества новых сильных одурманивающих средств, которые широко реализуются на территории России под видом курительных смесей, солей для ванн и т. п. [1].

Постановка проблемы, связь с научными и практическими задачами. На данный момент выявлены случаи злоупотребления, отравления новыми психоактивными веществами как в индивидуальном виде, так и в смеси. Новые психоактивные вещества, как синтетические, так и растительного происхождения, как средства опьянения используются относительно недавно, поэтому актуальной проблемой является разработка методик их определения в различных вещественных доказательствах для целей судебно-химического анализа [1].

На базе Пермской государственной фармацевтической академии, имеющей большой научный, кадровый, методический потенциал, в течение многих лет оказывается помощь правоохранительным органам в решении сложных вопросов, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, что позволило провести комплексное научное исследование для решения проблем экспертной практики, связанной с оборотом новых психоактивных веществ.

Абсолютное большинство новых психоактивных веществ, которые находятся в нелегальном обороте и позиционируются как легальные, – можно отнести к аналогам наркотических средств или психотропных веществ.

В соответствии Федеральным законом № 3-ФЗ, аналоги – это запрещенные для оборота в РФ вещества синтетического или естественного происхождения, не включенные в Перечень, химическая структура и свойства которых сходны с химической структурой и свойствами наркотических средств, психоактивное действие которых они воспроизводят. Однако до настоящего момента не определен механизм работы данной статьи закона [3].

Анализ последних публикаций по теме исследования свидетельствует о том, что исследование различных новых психоактивных веществ ведется в различных лабораториях в России и других странах, однако такие исследования разрозненны, нет единого подхода к решению проблемы пресечения оборота новых психоактивных веществ [1].

Кроме того, специфика российского законодательства не позволяет эффективно использовать опыт и пути решения данной проблемы, применяемые в других странах.

Целью работы разработка комплексного методического подхода к исследованию новых психоактивных веществ при отнесении их к аналогам наркотических средств.

Изложение основного материала. Учитывая историю развития курительных смесей, на первом этапе исследования нами разработаны методики идентификации шалфея предсказателей (*Salvia divinorum*) как компонента курительных смесей, методами макроскопического, микроскопического и фитохимического анализа в растительных объектах, выявлены диагностические признаки растения.

Выделительные ткани представлены железками и трихомами – простыми и головчатыми волосками. Головчатые волоски состоят из крупной шаровидной головки и одноклеточной ножки. Железки образованы 4-8 выделительными клетками, расположенными радиально. Головчатые волоски и железки в большом количестве встречаются на нижней стороне листа. Простые многоклеточные, нежно-бородавчатые трихомы с широкой

базальной и узкой конечной клеткой встречаются на верхней стороне листа, реже – на нижней. Кроме того, встречаются простые волоски многоклеточные (бичевидные), изогнутые с тонкими стенками, которые чаще всего расположены по жилкам. По ряду анатомических признаков шалфей предсказателей имеет сходное строение с другими видами рода *Salvia*. Диагностическим признаком анатомии растения, отличающим его от других видов рода *Salvia* является наличие простых волосков с широким основанием и узкими конечными клетками. Кроме того, характерными веществами, встречающимися в листьях *Salvia divinorum* в отличие от других видов шалфеев являются сальвинорины А, В и С. Среди основных групп БАВ, содержащихся в растении обнаружены дубильные вещества, сапонины и флавоноиды [5].

На последующих этапах обращения курительных смесей в их составе обнаруживались синтетические психоактивные вещества, преимущественно группы синтетических каннабимиметиков. Кроме того, среди аналогов наркотических средств встречаются вещества из групп психостимуляторов различной природы, галлюциногенов и др. Вещества, предоставленные для исследования правоохранительными органами в различных видах вещественных доказательств были изучены различными спектральными и хроматографическими методами: ЯМР-, ИК-, УФ-спектрометрия, ВЭЖХ, ГХ-МС. Вопрос о целесообразности использования метода ТСХ в анализе новых психоактивных веществ, даже в качестве только предварительного метода, является открытым. В связи с этим видится необходимость оснащения всех заинтересованных лабораторий современными газовыми хроматографами с масс-селективными детекторами, операторами на которых были бы опытные специалисты.

Опыт, накопленный в ходе выполнения исследования и экспертной практики, позволил сформировать практический подход к реализации процедуры отнесения новых психоактивных веществ к аналогам наркотических средств. Нами были разработаны Методические рекомендации по процедуре отнесения новых психоактивных веществ к аналогам наркотических средств и психотропных веществ, определены основные этапы химико-фармакологической экспертизы. Это: описательная часть, химическая, фармакологическая (биологическая) части исследования и формирование экспертного заключения [2, 4].

Для доказательства сходства строения какого-либо вещества с наркотическим средством или психотропным веществом необходимо выполнение химической части исследования наиболее точными современными методами. В последнее время в экспертной практике наиболее часто используется метод ГХ-МС. В связи с этим для целей судебно-химического анализа необходимо формирование единой официальной базы масс-спектров новых психоактивных веществ.

После проведения химического исследования следует фармакологическая часть, по установлению психоактивных свойств объекта. Цели такого исследования – определение поведенческой, психической и (при необходимости) соматической специфики эффекта исследуемого вещества, а также доказательство сходства психоактивных свойств объекта исследования с психоактивными свойствами наркотического средства или психотропного вещества.

Фармакологическое исследование необходимо проводить с использованием наиболее актуальных подходов, включающих в себя: тест изучения спонтанной двигательной активности одиночных животных, тест «Открытое поле» с видеотрекингом, тест острой и подострой токсичности. Именно эти тесты включены нами как основные в разработанные методические рекомендации по процедуре отнесения новых психоактивных веществ к аналогам наркотических средств.

Опыт исследовательской и экспертной деятельности Пермской государственной фармацевтической академии по изучению аналогов наркотических средств, позволил разработать Положение о межведомственном центре по изучению новых психоактивных веществ, которое реализуется в практике структурного подразделения ПГФА. По нашему мнению Центр должен включать следующие отделы и лаборатории: организационно-методический и информационно-аналитический отделы; лаборатории физико-химических, психо-фармакологических исследований, и фито-морфологическая лаборатория.

Основные направления деятельности Центра затрагивают как теоретические, так и практические аспекты эффективного пресечения теневого оборота аналогов наркотических средств и психотропных веществ в Российской Федерации. Включают: сбор всевозможной информации о новых психоактивных веществах, проведение исследований таких веществ, информирование заинтересованных организаций, организационно-методическую и научную работу.

Деятельность центра должна быть подчинена решению задач по пресечению незаконного оборота новых психоактивных веществ, которые ставятся органами здравоохранения, суда и следствия, ФСКН России, Антинаркотическим комитетом и территориальными комиссиями. Эти задачи не могут быть решены без тесного взаимодействия с лабораторными службами медицинских учреждений и правоохранительных органов.

Проведение исследований по установлению химической структуры и психоактивного воздействия одурмивающих веществ в Центре должно проводиться в виде: экспертных исследований по направлениям правоохранительных органов, консультаций и ответов на официальные запросы.

Остается открытым вопрос о статусе Центра, в чем ведомстве он будет находиться и из каких источников финансироваться. Однако решение этих вопросов является одним из первоочередных для своевременного пресечения нелегального оборота аналогов наркотических средств и психотропных веществ на территории России.

Выводы. Изучена нормативно-методическая база оборота наркотических средств и психотропных веществ, сделан вывод о её недостаточности в отношении правовой оценки новых психоактивных веществ и отсутствии конкретных методических подходов к процедуре отнесения новых психоактивных веществ к аналогам наркотических средств. Разработаны методики идентификации шалфей предсказателей (*Salvia divinorum*) методами макро-, микроскопии и фитохимического анализа в растительных объектах и курительных смесях. Выявлены диагностические признаки растения (нежно-бородавчатые волоски с широкой базальной и узкой конечной клеткой, равномер-

но распределенные по поверхности листа), определены основные группы БАВ (дубильные вещества, сапонины, флавоноиды). Методом ГХ-МС определены характеристики (масс-спектры) основных действующих веществ растения – сальвиноринов А, В и С.

Разработаны методические рекомендации по процедуре отнесения новых психоактивных веществ к аналогам наркотических средств и психотропных веществ. На основании разработанного методического подхода проведено комплексное химико-фармакологическое исследование новых психоактивных веществ, что легло в основу принятых судебных решений по уголовным делам.

Обоснована необходимость создания Центра по изучению новых психоактивных веществ, разработано положение о Центре, определены его структура, основные функции и направления деятельности.

Литература:

1. Машенко П.С. «Дизайнерские наркотики», аналоги и производные наркотических средств и психотропных веществ, правовые аспекты // П.С. Машенко, Т.Л. Малкова // Актуальные вопросы судебно-химических и химико-токсикологических исследований: материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Екатеринбург, 2011. – С. 35-38.
2. Машенко, П.С. Изучение психоактивного воздействия JWH-250 на лабораторных животных / П.С. Машенко, Т.Л. Малкова, И.П. Булатов, А.И. Андреев // Актуальные вопросы судебной медицины и медицинского права: материалы научно-практической конференции с международным участием, МГМСУ, Москва. – М., 2011. – С. 201-208.
3. О наркотических средствах и психотропных веществах: федеральный закон Российской Федерации от 8 янв. 1998 г., № 3-ФЗ. – М. : ИНФРА-М, 2000. – 36 с.
4. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / Р.У. Хабриев, В.П. Фисенко, Е.В. Арзамасцев [и др.]. – М. : Медицина, 2000. – 398 с.
5. Siebert, D. Localization of salvinorin A and related compounds in

glandular trichomes of the psychoactive sage, *Salvia divinorum* / D. Siebert // *Annals of botany*. – 2004. – V. 93. – P. 763-771.

Машенко П. С., Малкова Т. Л. Хімічні та біологічні властивості нових психоактивних речовин з метою можливого віднесення їх до аналогів наркотичних засобів в Російській Федерації

Анотація. Представлені результати досліджень з формування методичного підходу до віднесення нових психоактивних речовин до аналогів наркотичних засобів або психотропних речовин. Вивчено якісні характеристики компонентів курільних сумішей, розроблені методики аналізу. Проведено комплексне дослідження різних нових психоактивних речовин. Розроблено положення про Центр з вивчення нових психоактивних речовин.

Ключові слова: аналоги наркотичних засобів і психотропних речовин, шавлія провісників (*Salvia divinorum*), курільні суміші.

Mashchenko P., Malkova T. The study of chemical and biological properties of new psychoactive substances with a view to possible inclusion of their counterparts in narcotics in Russian Federation

Summary. The results of studies on the formation of methodological approach to the attribution of new psychoactive substances to analogs of narcotic drugs or psychotropic substances. The qualitative characteristics of the components of smoking mixtures, developed methods of analysis. A comprehensive study of different new psychoactive substances. Created position of the Centre for the Study of new psychoactive substances.

Key words: analogues of narcotic drugs and psychotropic substances, *Salvia divinorum*, smoking blends.

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

Тодоріко Л. Д.,

*доктор медичних наук, професор,
завідуючий кафедрою фтизіатрії та пульмонології
Буковинського державного медичного університету*

Бойко А. В.,

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри фтизіатрії та пульмонології
Буковинського державного медичного університету*

Шаповалов В. П.,

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри фтизіатрії та пульмонології
Буковинського державного медичного університету*

Степаненко В. О.,

*кандидат медичних наук, асистент
Буковинського державного медичного університету*

Єременчук І. В.

*аспірант, асистент
Буковинського державного медичного університету*

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ КАФЕДРИ ФТИЗІАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Анотація. На кожному етапі становлення кафедри фтизіатрії та пульмонології висвітлено напрямки наукової, методичної та лікувальної роботи співробітників. Обґрунтовано актуальність подальшого дослідження ефективності застосування сучасних програм хіміотерапії у хворих на туберкульоз та створення нових вакцин і ліків для оптимізації лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз.

Ключові слова: кафедра фтизіатрії та пульмонології, історія, науковий напрямок, туберкульоз, хіміорезистентність.

Курс туберкульозу був організований в 1944 році на базі кафедри факультетської терапії Чернівецького медичного інституту. Першим завідувачем курсу був доцент Б.П. Александровський, який започаткував навчально-методичну роботу на курсі та наукову роботу з проблем діагностики та диференційної діагностики різних форм туберкульозу легень.

З 1947 по 1960 роки курс туберкульозу очолювала доцент С.С. Ендер. Під її керівництвом викладачі вдосконалювали навчально-методичну роботу, надавали лікувально-консультативну допомогу фтизіатричній службі на Буковині. Науково-дослідна робота співробітників курсу в цей період була спрямована на підвищення ефективності лікування тяжких форм туберкульозу легень за допомогою застосування тиреоїдних гормонів.

У 1960 році завідувачем курсу туберкульозу була призначена доцент Л.С. Ключкова. У 1967 році Л.С. Ключкова захистила докторську дисертацію і з вересня 1969 року очолювала кафедру туберкульозу, яка була створена як самостійний підрозділ медичного інституту. Л.С. Ключкова

вважається фундатором фтизіатричної школи на Буковині, вона започаткувала новий науковий напрямок – вивчення обмінних процесів у хворих на туберкульоз за умов застосування антибактеріальної терапії. Л.С. Ключкова присвятила свою докторську дисертацію вивченню функціонального стану нирок у хворих на різні форми легеневого туберкульозу в процесі антибактеріальної туберкуло-статичної терапії. Цей науковий напрямок знайшов своє продовження у дисертаційних роботах її учнів. Так, В.О. Степаненко захистила кандидатську дисертацію, в якій вивчався функціональний стан нирок у хворих на туберкульоз легень під впливом лікування етіонамідом, піразинамідом та етоксидом. Практичний лікар Д.С. Сирота досліджував діяльність нирок у хворих на туберкульоз легень до і після радикальних операцій на легенях. Б.І. Квасницький у своїй кандидатській дисертації вивчав вплив на функціональний стан нирок комплексної хіміотерапії, яка включала новий на той час туберкуло-статик – етамбутол. Важливому питанню була присвячена кандидатська дисертаційна робота В.С. Самараша, який досліджував діяльність нирок у хворих на туберкульоз легень при виникненні побічних дій протитуберкульозних препаратів. А.П. Аніпко у своїй дисертації вивчав функцію щитоподібної залози і функції зовнішнього дихання у хворих на туберкульоз органів дихання.

Дослідження Л.С. Ключкової та її учнів мали не тільки теоретичне, а й фундаментальне значення – вони відкрили широку дорогу для впровадження в практику лікування хворих на туберкульоз нових, більш ефективних протитуберкульозних препаратів. З метою зменшення гепатотоксичної дії рифампіцину на кафедрі було розроблено методику розчинення препарату в гемодезі і селективне ендобронхіальне

його введення (кандидатська дисертація Шаповалова В.П. «Корекція хіміотерапії деструктивного туберкульозу легень спрямованим внутрішньо бронхіальним введенням хіміопрепаратів»). Розроблена методика введення за допомогою внутрішньоорганного електрофорезу антимікобактеріальних препаратів в організм хворого дозволила підвищити концентрацію їх у вогнищі патологічного процесу. Під керівництвом Л.С. Клочкової проводилася робота по підготовці лікарів на місцевій базі – важлива ланка в підвищенні кваліфікації лікарських кадрів і розвитку спеціалізованої медичної допомоги в Чернівецькій області. Факультет підвищення кваліфікації відіграв вирішальну роль в удосконаленні знань фтизіатрів з рентгенології, бронхології, пульмонології, онкології, кардіології тощо.

Упродовж 1984-1988 рр. кафедрою завідувала професор Г.Ю. Бутенко. В цей період науковим та лікувальним напрямками роботи співробітників кафедри були розробка та застосування способів профілактики прогресування туберкульозу і неспецифічних захворювань легень в осіб із залишковими туберкульозними змінами.

З 1988 по 1995 рік завідувачем кафедри був доцент А.П. Аніпко. Внаслідок реорганізації з 1995 року кафедра туберкульозу стала курсом при кафедрі шкірно-венеричних хвороб та фтизіатрії, який очолювали: доцент Аніпко А.П. (1995-2002 рр.), доцент Шаповалов В.П. (2002-2006 рр.), доцент Сливка В.І. (2006-2010 рр.). В той час, за результатами наукових досліджень, проведених співробітниками, сформовано самостійний науковий напрямок у клініці туберкульозу: вивчалась клінічна патофізіологія туберкульозного запалення, була розроблена комплектарна і ад'ювантна неспецифічна терапія хворих на туберкульоз, впроваджувались у клініку маловитратні засоби та методи лікування. Над розв'язанням цих наукових проблем працював асистент курсу туберкульозу М.М. Кузьмін, який згодом захистив кандидатську дисертацію на тему: «Лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, ускладнений ренальною дисфункцією».

У 1995 році Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила епідемію туберкульозу в усьому світі, в тому числі хіміорезистентного. Колектив курсу поставив перед собою завдання разом з практичною охороною здоров'я інтенсифікувати роботу у плані забезпечення контролю за епідемічним процесом і, таким чином, призупинити поширення епідемії на Буковині. Науковий пошук співробітників курсу був спрямований на розробку ефективних емпіричних режимів лікування хворих з підозрою на хіміорезистентний туберкульоз до отримання тесту медикаментозної чутливості. Був проведений ретроспективний аналіз хіміорезистентного легеневого туберкульозу в регіоні, створено Буковинський реєстр хворих з мультирезистентним туберкульозом та вивчені епідеміологічні показники формування медикаментозної стійкості мікобактерій туберкульозу. Певний внесок у цьому напрямку зроблений кандидатом медичних наук Бойко А.В., яка також займалась вивченням стану імунної системи в процесі протитуберкульозної терапії у хворих на туберкульоз. Була розроблена схема та показання до застосування імуномодуляторів у хворих з невдачею лікування на початку 5 місяця основного курсу хіміотерапії.

З вересня 2010 року за сприяння і всебічної підтримки ректора, професора Бойчука Т.М., курс фтизіатрії повтор-

но реорганізований в кафедрі фтизіатрії та пульмонології, яка функціонує на базі Чернівецького обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру і відповідає всім сучасним потребам суспільства. Очолює кафедру доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

Від початку заснування курсу, а в подальшому кафедри фтизіатрії та пульмонології співробітники плідно співпрацюють з колективом обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру. Всі види роботи (методична, консультативна, лікувальна, наукова) спрямовані на підвищення кваліфікації фтизіатрів міста та області. На базі кафедри фтизіатрії та пульмонології постійно функціонує асоціація фтизіатрів області, переривчасті, передатестаційні курси та курси тематичного удосконалення з актуальних питань фтизіатрії та пульмонології з відривом від виробництва; всі підрозділи СТМО «Фтизіатрія» куруються співробітниками кафедри.

Уже багато років Чернівецький обласний протитуберкульозний диспансер залишається клінічною базою кафедри, у тісному співробітництві з ним здійснюється лікувальна та науково-дослідна робота. Співробітники кафедри проводять також консультативну роботу в Чернівецькому обласному дитячому протитуберкульозному санаторії «Садгора» та Чернівецькому міському протитуберкульозному диспансері.

Під керівництвом професора Тодоріко Л.Д. викладачі беруть активну участь у проведенні «Днів лікаря», клінічних конференцій (у т.ч. телемостах та відеоконференціях), бесідах з медичними працівниками та населенням, приділяючи особливу увагу ранньому та своєчасному виявленню як легеневого, так і позалегового туберкульозу, забезпечують систематичне інформування населення з питань ранньої діагностики, лікування та профілактики туберкульозу, соціальну рекламу здорового способу життя із залученням засобів масової інформації (радіо, телебачення, статті в газетах державного, обласного та районного масштабів).

Співробітники кафедри беруть участь у роботі Всеукраїнських та міжнародних з'їздів фтизіатрів та науково-практичних конференцій, семінарів, симпозіумів.

Кафедра бере активну участь в організації і проведенні переривчастих курсів, клінічних конференцій для фтизіатрів, пульмонологів, терапевтів, сімейних лікарів та лікарів-інтернів, на яких обговорюються актуальні питання щодо діагностики, сучасних програм лікування та профілактики туберкульозу, акцентується увага на питаннях диференційної діагностики. Співробітниками кафедри регулярно доводяться до уваги практичних лікарів матеріали різних науково-практичних конференцій, симпозіумів, семінарів, конгресів, з'їздів. Співробітники кафедри беруть участь у кураторських виїздах в райони області, проводять активну санітарно-просвітницьку роботу серед хворих та населення, у т.ч. з молоддю.

З метою забезпечення стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти, у яких післядипломна медична освіта є другим етапом із трьох обов'язкових етапів професійного становлення лікарів, необхідною є підготовка висококваліфікованих наукових кадрів у фаховій аспірантурі, що має забезпечити належну підготовку на додипломному та післядипломному етапах навчання з профільних дисциплін. Для підготовки кваліфікованих наукових кадрів

на базі кафедри фтизіатрії та пульмонології відкрита магістратура, а підвищення рівня підготовки фахівців для практичної охорони здоров'я забезпечує клінічна ординатура з напрямків «Фтизіатрія» та «Пульмонологія». З 2011 року відкрита аспірантура з цих самих напрямків.

Третьою фазою медичного навчання, набуття професіоналізму, є безперервний професійний розвиток – удосконалення лікарів після завершення додипломної та післядипломної підготовки, який триває протягом усієї професійної діяльності кожного лікаря. Кафедра фтизіатрії та пульмонології з перших днів своєї роботи забезпечує організацію курсової підготовки з питань діагностики та лікування основних захворювань органів дихання та туберкульозу, тобто напрямку «респіраторна медицина» на передатестаційних циклах.

Недостатні знання основ фтизіатрії та пульмонології лікарями загальної медичної мережі, зниження настороги лікарів щодо туберкульозу зумовило необхідність тематичної курсової підготовки із загальних питань діагностики та профілактики респіраторної патології з метою удосконалення професійної майстерності. З 1 вересня 2010 р. на кафедрі фтизіатрії та пульмонології впроваджено:

1. Передатестаційні цикли: «Пульмонологія» та «Фтизіатрія».

2. Цикли тематичного удосконалення: «Актуальні питання фтизіатрії»; «Актуальні питання диференційованої фармакотерапії при захворюваннях органів дихання»; «Сучасні методи діагностики при захворюваннях органів дихання»; «Диференційна діагностика основних синдромів при захворюваннях органів дихання, медико-психологічні аспекти пульмонологічного хворого»; «Актуальні питання дитячої фтизіатрії».

З метою покращання якості впровадження національних програм протидії туберкульозу в Україні кафедра фтизіатрії та пульмонології БДМУ рекомендує проходження ТУ «Актуальні питання фтизіатрії» для всіх лікарів-терапевтів, сімейних лікарів, лікарів загальної практики в обов'язковому порядку 1 раз на 5 років (в рамках підготовки до атестації щодо відповідної лікарської категорії). Рекомендується участь співробітників кафедри в атестації лікарів не тільки фтизіопульмонологічного, але й терапевтичного профілю.

З метою вдосконалення роботи кафедри фтизіатрії та пульмонології Буковинського державного медичного університету МОЗ України і покращання надання фтизіопульмонологічної допомоги населенню відповідно до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» за результатами роботи місії ВООЗ з комплексної зовнішньої оцінки національних заходів протидії туберкульозу, що працювала з 12.10 по 15.10 2010 року в Чернівецькій області, впроваджено з 2011 року тематичне удосконалення для лікарів-лаборантів загальної лікарської мережі «Підходи та методи виявлення МБТ у біологічних матеріалах» із включенням 3-денного тренінгу на базі лабораторії 3-го рівня Чернівецького обласного протитуберкульозного диспансеру, зміст якого включає сучасні принципи бактеріоскопічної та бактеріологічної діагностики, та ТУ для лікарів загальної лікарської мережі «Діагностика і лікування поєднаної інфекції ВІЛ/ТБ, актуальні питання хіміорезистентного туберкульозу» та «Ведення випадку мультирезистентного туберкульозу».

За багаторічне існування кафедри успішно пройшли підготовку і закінчили клінічну ординатуру лікарі із Сомалі.

На кафедрі в різний час навчалися студенти III, IV, V, VI курсів лікувального та педіатричного факультетів. Нині навчаються студенти IV, V курсів лікувальних факультетів №№ 1, 2, 3, 4 та стоматологічного факультету, а також інтерни-фтизіатри, інтерни-терапевти, педіатри, сімейні лікарі та лікарі інших спеціальностей.

Викладачі кафедри фтизіатрії та пульмонології постійно працюють над удосконаленням та оптимізацією навчального процесу. Для контролю теоретичної та практичної підготовки студентів та лікарів-інтернів на кафедрі використовуються: тестові завдання різного ступеня складності (I, II та III рівня), контрольні роботи (зокрема з рецептури), клінічні ситуаційні задачі, набори рентгенограм, томограм, флюорограм, спірограм, клінічні ситуаційні задачі з рентгенограмами, плакати, таблиці, відеофільми та мультимедійні презентації. Викладачами курсу створено банк даних тестових завдань з фтизіатрії для ліцензійного іспиту Крок-2 та Крок-3, впроваджено в навчальний процес комп'ютерні навчальні програми та комп'ютерний тестовий контроль з фтизіатрії та пульмонології для студентів, лікарів-інтернів, лікарів-слухачів.

Під керівництвом проф. Тодоріко Л.Д. співробітниками кафедри постійно працюють над забезпеченням навчального процесу кафедри дистанційними технологіями: розробкою, розміщенням та оновленням інформації з дисципліни «Фтизіатрія та пульмонологія» в середовищі Moodle, на сайті Буковинського державного медичного університету розміщуються інформаційно-пропагандистські матеріали, присвячені Всесвітньому дню боротьби з туберкульозом.

Співробітниками кафедри організовуються та проводяться науково-практичні конференції, круглі столи До Дня пульмолога, семінари-наради з лікарями фтизіатрами, радіорубрики на обласному радіо, публікуються статті та інтерв'ю присвячені проблемам профілактики та запобігання захворюванню на туберкульоз, волонтерські акції студентів БДМУ серед населення області до Всесвітнього Дня здоров'я, флешмоби за участю студентів БДМУ до «Дня боротьби з туберкульозом», читаються лекції санітарно-просвітницького спрямування для студентів медичного та педагогічного коледжів, для учнів загальноосвітніх шкіл м. Чернівці та смт. Берегомет, проводиться профорієнтаційна робота серед шкільної молоді; професор Тодоріко Л.Д. бере участь у роботі обласного терапевтичного товариства ім. В.Х. Василенка.

З 60-х років на кафедрі фтизіатрії та пульмонології функціонує студентський науковий гурток (СНГ). Під керівництвом професора Л.С. Ключкової були виконані численні студентські наукові роботи, проводилися кафедральні конференції, конкурси, за кращі роботи вручалися призи, а самі роботи направлялися на республіканські та союзні студентські конференції. Професор Л.С. Ключкова була впевнена, що кожен вчений, дослідник повинен стати активним пропагандистом свого наукового напрямку, тому що тільки захоплена людина може «заразити» іншого своєю ідеєю. Вона була прекрасним популяризатором наукових відкриттів. Навколо неї завжди гуртувалися одержимі жадобою знань, допитливі студенти, що прагнули почерп-

нути найновіших наукових знань. Участь студентів у масових заходах серед широких верств населення (флюорографія, туберкулінодіагностика, внутрішньо-шкірна вакцинація) та у санітарно-просвітницькій роботі у тубовогнищах, школах була неocenенною для практичної охорони здоров'я. Допомога студентів практичній охороні здоров'я становила на кафедрі значну частину навчального процесу, який проводився безпосередньо на лікарській дільниці диспансеру, тобто серед населення.

До теперішнього часу залишається добре організованою на кафедрі фтизіатрії та пульмонології робота студентського наукового гуртка, яка не тільки пробуджує в студентів живу цікавість до фтизіатрії, але, головне, включає їх у сферу наукової і практичної діяльності в позааудиторний час, що має велике виховне значення. Куратором СНГ з 2009 року є доцент Бойко А.В., старостою – Сем'янів І.О. На засіданнях студентського наукового гуртка студенти знайомляться зі структурними підрозділами обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру, інфраструктурою окремих відділень, історією розвитку та функціонування кафедри. Приділяється велика увага сучасним поглядам на діагностику та лікування туберкульозу, проводяться клінічні обходи. Студенти-гуртківці активно працюють з літературою, готують доповіді з актуальних питань фтизіатрії та пульмонології, беруть участь у виконанні науково-дослідної роботи, яка є фрагментом комплексної кафедральної НДР. Такий підхід допомагає формувати зі студентів молодих лікарів, що люблять свою справу та намагаються побудувати свою роботу на рівні сучасних наукових досягнень. Гуртківці щороку беруть участь у студентських наукових конференціях, де неодноразово займають призові місця, а також у міжнародній медико-фармацевтичній конференції студентів та молодих учених. На кафедрі щороку проводиться І етап олімпіади з фтизіатрії, переможці якого неодноразово ставали призерами II етапу. Також, щороку гуртківці беруть участь у II етапі Міжнародного конкурсу студентських наукових робіт, який проводиться англійською мовою у м. Луганську (Луганському державному медичному університеті).

З напрямку «Фтизіатрія та пульмонологія» кафедрою виконуються клінічні, біохімічні, фільтраційні та інструментальні дослідження. Частина досліджень проводиться на базі обласного діагностичного центру, у лабораторіях комунальних медичних установ. Кафедра фтизіатрії та пульмонології тісно співпрацює з кафедрами патологічної анатомії з курсом судової медицини, де проводяться морфологічні, цитохімічні та гістологічні дослідження з питань діагностики бронхолегеневої патології специфічного й неспецифічного генезу. Сумісно з кафедрою медичної хімії планується розробка і апробація нових антимікробних засобів на основі гетероциклічних сполук, що можуть бути ефективними при лікуванні хворих на туберкульоз, у т. ч. хіміорезистентний.

Наукова робота колективу підпорядкована розробці і впровадженню сучасних технологій діагностики туберкульозу, вивченню найактуальніших проблем сьогодення – лікуванню та профілактики туберкульозу, особливо хіміорезистентного.

Література:

1. Александріна Т.А. Особливості епідемії туберкульозу в Україні / Т.А. Александріна // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2012. – № 2. – С. 7-13.
2. Варченко Ю.А. Вплив інтерферону на динаміку закриття порожнин розпаду у хворих з інфільтративним вперше діагностованим туберкульозом легень // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 1. – С. 26-29.
3. Генотипування *Mycobacterium tuberculosis* за шістьма локусами / П.Б. Антоненко, В.Й. Кресюк, Ю.І. Бажора [та ін.] // Укр. пульмон. ж. – 2010. – № 3. – С. 15-18.
4. Закон України № 4565-VI від 22.03.2012 «Про протидію захворюванню на туберкульоз».
5. Наказ МОЗ України від 21. 12. 2012 № 1091 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги. Туберкульоз».
6. Мельник В.М. Історія виникнення і розвитку хіміорезистентного туберкульозу / В.М. Мельник, А.М. Приходько, Л.В. Ареф'єва // Укр. пульмон. ж. – 2012. – № 2. – С. 59-61.
7. Москаленко В.Ф. Досягнення та перспективи розвитку фтизіатрії / В.Ф. Москаленко, В.І. Петренко, Г.В. Радиш // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 1. – С. 5-13.
8. Фещенко Ю. І. Антибіотикорезистентність мікроорганізмів: стан проблеми та шляхи її вирішення / Ю. І. Фещенко, М. І. Гуменюк, О. С. Денисов // Укр. хіміотер. ж. – 2011. – № 1-2. – С. 4-10.
9. Черноус В.А. Полифункциональные имидазолы. III. Синтез 1-арил-2,4-дигалоген-1Н-имидазол-5-карбоновых кислот и их производных / В.А. Черноус, А.М. Грозав, М.В. Вовк // Ж. орган. химия. – 2011. – Т. 47, № 38. – С. 1176-1180.

Тодорико Л. Д., Бойко А. В., Шаповалов В. П., Степаненко В. О., Еременчук І. В. История становления кафедры фтизиатрии и пульмонологии Буковинского государственного медицинского университета

Аннотация. На каждом этапе становления кафедры фтизиатрии и пульмонологии отражены направления научной, методической и лечебной работы сотрудников. Обоснована актуальность дальнейших исследований эффективности применения современных программ химиотерапии у больных туберкулезом и создания новых вакцин и лекарств для оптимизации лечения больных химиорезистентным туберкулезом.

Ключевые слова: кафедра фтизиатрии и пульмонологии, история, научное направление, туберкулез, химиорезистентность.

Todoriko L., Boiko A., Shapovalov V., Stepanenko V., Yeremenchuk I. History of the formation of Phthisiology and Pulmonology department of Bukovina State Medical University

Summary. The directions of scientific, methodical and clinical staff activity of the Phthisiology and Pulmonology department at every stage of its becoming and prospects of development were covered in this article. Also the relevance of further researches of the effectiveness of modern chemotherapy program and the creation of new vaccines and medications optimizing treatment of patients with TB drug resistance was grounded.

Key words: Phthisiology and Pulmonology department, history, scientific directions, tuberculosis, TB drug resistance.

ЗМІСТ

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Бакун О. В., Андрієць О. А., Ватаман Н. Ю., Федоряк Р. Т.

ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З ГІПОГАЛАКТІЄЮ.....4

Богдан Т. В., Лизогуб В. Г., Калайченко С. І.

**ОМЕГА-3 ПОЛІНЕНАСИЧЕНІ ЖИРНІ КИСЛОТИ – ПРОФІЛАКТИЧНИЙ
І ЛІКУВАЛЬНИЙ ЗАСІБ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ.....7**

Грузинський О. В.

**ГІГАНТСЬКІ ВИРАЗКИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.
ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ.....10**

Мордык А. В., Пузырева Л. В., Ситникова С. В.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
БОЛЬНЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....13**

Мордык А. В., Пузырева Л. В., Турица А. А., Цыганкова Е. А.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....17**

Олійник Д. І., Лаврів Л. П.

**ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ТА ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИВУШНОЇ
ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ, ПРИВУШНОЇ ПРОТОКИ ТА ЖИРОВОГО ТІЛА ЩОКИ В ПЛОДІВ..... 20**

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Васкес Абанто Х. Э., Васкес Абанто А. Э.

БИОЭТИКА И ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧА.....26

Качур О. Ю.

СТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....30

Слабкий Г. О., Шишацька Н. Ф.

МАТРИЦЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я..... 33

ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

Логойда Л. С., Коробко Д. Б., Івануса І. Б., Зарівна Н. О., Поляк О. Б.

**ОБГРУНТУВАННЯ СКЛАДУ АКТИВНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ІНГРЕДІЄНТІВ
ТАБЛЕТОК З ЕКСТРАКТАМИ ВАЛЕРІАНИ, МЕЛІСИ ТА ГЛІЦИНУ
ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВИВЧЕННЯ СТРЕСПРОТЕКТИВНОЇ ДІЇ.....37**

Мащенко П. С., Малкова Т. Л.

**ХИМИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА
НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ЦЕЛЬЮ ВОЗМОЖНОГО
ОТНЕСЕНИЯ ИХ К АНАЛОГАМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....41**

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

Тодоріко Л. Д., Бойко А. В., Шаповалов В. П., Степаненко В. О., Єременчук І. В.

**ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ КАФЕДРИ ФТІЗИАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ..... 45**

НАУКОВИЙ ВІСНИК МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Серія: Медицина

Науковий збірник

Виходить двічі на рік

№ 4, 2013

Заснований у 2010 р.

Коректор

Скрипченко О.О.

Комп'ютерна верстка

Кузнєцова Н.С.

Підписано до друку 02.12.2013 р. Формат 60х84/8. Обл.-вид. арк. 5,34, ум.-друк. арк. 5,81.
Папір офсетний. Цифровий друк. Наклад 100 примірників. Замовлення № 0212-13.

Надруковано: Видавничий дім «Гельветика»

(Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4392 від 20.08.2012 р.)

Україна, м. Херсон, 73034, вул. Паровозна, 46-а, офіс 105. Тел. (0552) 39-95-80

E-mail: mailbox@helvetica.com.ua