
СІЧЕНЬ-ЧЕРВЕНЬ 2003, ТОМ 5, ЧИСЛО 1 (63)



УКРАЇНСЬКІ МЕДИЧНІ ВІСТІ

Науково-практичний журнал

Всeукраїнського лікарського товариства

Виходить 4 рази на рік

Виходить 4 рази на рік

Засновано 1918 року як часопис Всеукраїнської Спілки Лікарів у Києві

Видання відновлено у 1997 році

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

VII З'їзд

ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА

м. Тернопіль, 16-17 травня 2003 року

UKRAINIAN MEDICAL NEWS

The JOURNAL of the UKRAINIAN MEDICAL ASSOCIATION

ЗМІСТ

Демографічна ситуація та охорона здоров'я в Україні	4
Мова, духовність та розбудова української медицини на сучасному етапі	8
Роль українських лікарських товариств у реформуванні мовного та термінологічного стану української медицини	10
Розділ 1. Стандарти якості медичної допомоги і впровадження медичних технологій. Організація охорони здоров'я	12
Розділ 2. Сімейна медицина у покращенні надання допомоги населенню України	25
Розділ 3. Інтеграція наукової та народної медицини. Використання біологічно активних добавок у медичній практиці	28
Розділ 4. Громадські лікарські товариства у реформуванні системи охорони здоров'я. Питання юридичного та соціального захисту прав медичних працівників та пацієнтів	32
Розділ 5. Перспективні розробки та медико-технологічні досягнення сучасної медицини	
5. 1. Акушерство та гінекологія	35
5. 2. Педіатрія	52
5. 3. Кардіологія та ревматологія	64
5. 4. Пульмонологія та фтизіатрія	78
5. 5. Гастроентерологія	86
5. 6. Нефрологія та урологія	100
5. 7. Нейрохірургія, неврологія, психіатрія та наркологія	107
5. 8. Ендокринологія	124
5. 9. Імунологія та алергологія	132
5. 10. Оториноларингологія	137
5. 11. Офтальмологія	141
5. 12. Інфекційні хвороби, вірусологія, епідеміологія та СНІД	144
5. 13. Дермато-венерологія	151
5. 14. Гематологія	157
5. 15. Онкологія	162
5. 16. Хірургія, трансплантологія, імплантологія та косметологія	173
5. 17. Травматологія та ортопедія	190
5. 18. Анестезіологія, реаніматологія та інтенсивна терапія	198
5. 19. Стоматологія та щелепно-лицьова хірургія	200
5. 20. Фармакологія та токсикологія	209
5. 21. Фітотерапія та гомеопатія	218
5. 22. Реабілітація, фізіотерапія та курортологія	222
5. 23. Гігієна, профпатологія, лабораторна діагностика	225
5. 24. Історія медицини. Лікарське називництво (медична термінологія)	235
Поіменний показчик (наскрізна нумерація)	239

порушення яких здатно суттєво погіршити перебіг основного захворювання. Досліджено зміни параметрів згортання крові у 30 хворих на ХОБ з дисбактеріозом кишечника різного ступеню (I, II, III, IV) за показниками активованого парціального тромбoplastинового часу, протромбінового і тромбінового часу, часу рекальцифікації, активності антитромбіну III, індексу спонтанної агрегації тромбоцитів, вмісту в крові фібриногену.

Отримані результати та оцінка загального прокоагуляційного потенціалу крові дозволили зазначити, що особливістю його змін у хворих на ХОБ з дисбактеріозом кишечника є скорочення періоду тромбіно- і фібриногенезу при дисбактеріозі II і III ступенів при нормальних параметрах хронометричної гемокоагуляції у пацієнтів з дисбактеріозом IV ступеню. При дисбактеріозі III і IV ступенів спостерігається зниження протизгортаючої здатності крові, що супроводжується зменшенням вмісту в крові фібриногену. Для всіх хворих на ХОБ характерною є висока агрегаційна здатність тромбоцитів, яка у пацієнтів з дисбактеріозом II, III і IV ступенів поєднується зі збільшенням адгезивних властивостей цих клітин крові.

174. ВИВЧЕННЯ АСПЕКТІВ, ЯКІ ПРОВОКУЮТЬ ЗАГОСТРЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

Кшемінська М.В.

м. Чернівці, Україна, Буковинська державна медична академія

Проведено аналіз різних аспектів провокації захворюваності на хронічний обструктивний бронхіт (ХОБ) за даними 324 госпіталізацій. Найбільш характерними факторами, які провокували загострення захворювання у всіх вікових групах хворих є переохолодження, погіршення стану після грипу або інших ГРВЗ. Особи юнацького віку фактично не згадують анамнестично інших факторів. Серед осіб працездатного віку 30,55% вказують на провокацію за рахунок шкідливого впливу їх умов праці, чутливості до геомагнітних та метеорологічних факторів без переохолодження, а також значний вплив стресових факторів. Серед осіб похилого віку спостерігається зростання впливу чутливості до геомагнітних та метеорологічних факторів без переохолодження та зростання сезонної залежності самопочуття. Вивчення залежності самопочуття від сезонних хронобіологічних ритмів за аналізом періоду госпіталізації засвідчує найбільше зростання звертань за стаціонарною допомогою у осінній та весняний періоди. У похилому віці 21,75% хворих потрапляють на стаціонарне лікування 3 рази на рік – восени, взимку і навесні. Проведене дослідження засвідчило зростання майже у 3 рази кількості госпіталізацій з приводу загострення ХОБ серед осіб зрілого віку в порівнянні з особами юнацького віку, та лише деяке зниження – на 14,2% у осіб похилого віку порівнянно з особами зрілого віку, що вірогідно пов'язане з певним відсотком летальності серед цієї категорії. Отримані дані засвідчують важливість проведення профілактичних та амбулаторних заходів вже починаючи з юнацького віку і, особливо, – сезонні періоди осені та весни.

175. СТІЙКІСТЬ ДО СПЕЦИФІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ПАЛИЧКИ В ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ МИКОЛАЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ УКРАЇНИ

Левицька Н.О., Ніколаєвський В.В., Шишкін В.М., Бажора Ю.І., Асмолов О.К.

м. Одеса, Україна, Державний медичний університет

У попередні роки в багатьох країнах світу спостерігається значне зростання захворюваності на мікоплазмову інфекцію, зокрема, – на туберкульоз. Одними з причин цього явища є розповсюдження резистентних до специфічних протитуберкульозних лікарських препаратів штамів мікобактерій, їхнє несвоєчасне виявлення, а також подальше зростання мутацій основних видів роду *Mycobacterium*, які викликають туберкульоз у людини. Для практичної охорони здоров'я уявляється важливим мати повну картину чутливості штамів *M. tuberculosis*, які висіваються від хворих у Миколаївському регіоні України, з метою призначення адекватної терапії та можливості прогнозування розповсюдження тих або інших штамів.

Нами проаналізовано чутливість штамів *M. tuberculosis* до основних протитуберкульозних препаратів у первинно виявлених (I група) та хворих на хронічну форму туберкульозу (II група) – мешканців м. Миколаєва та Миколаївської області (2000-2002 рр.). Як в осіб I, так і в осіб II групи в 2000 р. найбільша кількість резистентних штамів виявлено до стрептоміцину та тубазиду, а найменша – до піразинаміду. До кінця 2002 р. залишається високою стійкість *M. tuberculosis* до стрептоміцину та тубазиду в осіб обох груп порівняння, а також зросла резистентність до рифампіцину та піразинаміду; в хворих на хронічну форму туберкульозу – до етамбутолу та канаміцину.

Проведений аналіз вказав на те, що в 2002 р. серед хворих I групи виявлено менше число штамів, резистентних одночасно до трьох і більшої кількості антибактеріальних препаратів. Протягом трьох років спостережень більшість штамів були резистентними до 1 або 2 препаратів. У хворих II групи

в 2000 р. для більшості штамів характерна мультирезистентність (резистентність до 2 – 6 препаратів), у 2001 та 2002 рр. – до 1 – 3 препаратів, проте, збереглася група штамів, резистентних до 6 – 7 препаратів.

Отримані результати потребують подальших, більш поглиблених, досліджень, спрямованих на вивчення особливостей геному представників мультирезистентних штамів із метою розробки адекватної терапії хворих і проведення необхідних санітарно-протиепідемічних заходів.

176. КЛІМАТИЧНИЙ ФАКТОР В РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ПНЕВМОЦИСТОЗУ СЕРЕД ХВОРИХ З НЕСПЕЦИФІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ

Ніколаєнко С.М., Погорельчук Т.Я., Тимченко Г.А.

м. Київ; Одеська область, Україна

Нерівномірне поширення пневмоцистозу серед хворих з ВІЛ/СНІДом в різних регіонах земної кулі дослідники пов'язують з генетичною неоднорідністю *Pneumocystis carinii* [Wakefield, 1995; Manoloff et al., 2003], циркуляцією в окремих осередках більш патогенних збудників ніж пневмоцисти [Лысенко и др., 2002]. Нами було проведено обстеження на пневмоцистоз пацієнтів з неспецифічними захворюваннями легень (НЗЛ) в північному (в м. Києві) та південному (в м. Білгород-Дністровському Одеської області) регіонах України, які різні за кліматичними умовами (температурою, відносною вологістю повітря тощо). Всього обстежено 530 хворих з НЗЛ. Матеріалом для дослідження було харкотиння, мазки з якого досліджували під мікроскопом після забарвлення азур-еозином та метиленовим синім. Встановлено, що ураженість пневмоцистозом хворих з НЗЛ в північному регіоні складає $62 \pm 2\%$ від кількості обстежених осіб, в південному – $30 \pm 8\%$ ($P < 0,01$). Пневмоцистоз належить до інфекцій з крапельним механізмом передачі. В південних регіонах для перебування збудника у довкіллі (повітрі) існують більш несприятливі умови, ніж у північних, і розповсюдженість пневмоцистозу на півдні нижча. Відзначена також сезонність в поширенні пневмоцистозу: в прохолодні сезони (зима, весна, осінь) пневмоцисти виявлені у $64 \pm 4\%$ обстежених осіб, а влітку – у $46 \pm 7\%$. При визначенні обсягу обстежень хворим з НЗЛ в різних кліматичних регіонах України можуть бути використані наведені вище дані.

177. РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО БРОНХОЛІТИКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Олійник О.В., Барболук І.П., Найчук Л.М., Мисак І.О., Свідерський В.В., Концевий О.О., Безпалый О.М.

м. Тернопіль, Україна

Не зважаючи на зменшення захворюваності та смертності від більшості захворювань, в тому числі і серцево-судинних, захворюваність та смертність від хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) щорічно зростають, що набуває в найбільш забруднених регіонах світу характер майже епідемічний. Приблизно 10% хворих на хронічні обструктивні захворювання легень є резистентними до дії бронхолітиків. На лікування цієї категорії хворих витрачається більше 50% всіх коштів, що витрачаються на лікування хворих на ХОЗЛ. За допомогою спірометрії, тетраполярної реографії, денситометрії, дослідження парціального тиску вуглекислого газу, кисню, насичення гемоглобіну киснем, вискозиметрії харкотиння обстежено 350 хворих на хронічні обструктивні захворювання легень. Оцінювали стан кисневого бюджету, що включав рівні доставки і споживання кисню тканинами та внутрішньолегенового шунтування крові. Встановлено, що причинами резистентності хворих на хронічні обструктивні захворювання легень до бронхолітиків є порушення кальцієвого обміну, зміщення кривої дисоціації оксигемоглобіну внаслідок гіпокапнії, підвищення енергетичного обміну, обумовлене прийомом надмірних доз адреноміметиків, розвиток легеневої гіпертензії, підвищення в'язкості харкотиння. В якості методів корекції резистентності пропонується використання еуфіліну замість інгаляційних адреноміметиків у хворих з супутнім остеопорозом, баралгіну як антигіпоксанту, перфторану, як препарату, що покращує перенос кисню та зсуває криву дисоціації оксигемоглобіну праворуч і донизу, застосування помірної гемодилуції для покращення реології харкотиння.

178. ЗАЛЕЖНІСТЬ СТАНУ СУРФАКТАНТНОЇ СИСТЕМИ ЛЕГЕНЬ ВІД ЗОВНІШНІХ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Петренко В.І., Пікас О.Б.

м. Київ, Україна

Метою наших досліджень було – вивчити вплив куріння та помірних доз радіації на сурфактант легень в осіб без захворювань органів дихання і визначити їх роль у виникненні й розвитку патологічних процесів у легенях.

Ми провели дослідження конденсату видихуваного повітря (КВП) у 170 осіб без захворювання органів дихання віком від 16 до 29 років. Усі обстежені були розподілені на 3 групи. Першу групу