
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Державне підприємство “Український науково-
дослідний інститут морської медицини”**

**Державний департамент морського і річного транспорту
України**

**Професійна спілка робітників морського транспорту
України**

Фонд морської медицини

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук (Бюлетень ВАК України від
9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830

№ 2 (29)
(квітень - червень)

Одеса 2005

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.О. Лобенко**

В.Г.Руденко(заступник головного редактора), Н.А. Мацегора (відповідальний секретар) О.Г. Андрієвський, О.К. Асмолов, Є. П. Белобров, В.Ю. Волянський, В.О.Васильєв, О.І.Верба, Ю.І.Гульченко, Б.С.Запорожченко, О.М.Ігнат'єв, В.О.Лісобеї, Т.П.Опаріна..

РЕДАКЦІЙНА РАДА

П.В.Волошин (Харків), М.І. Голубятников (Львівський), Є.М.Горбань (Київ), С.О.Гуляр (Київ), В.М.Запорожан (Одеса), М.Ф.Ізмеров (Москва), Н.К. Казимирко (Луганськ), М.О.Корж (Харків), Н.Н.Корпан (Австрія, Відень), В.Й.Кресюн (Одеса), Ю.І.Кундієв (Київ), М.В.Курик (Київ), І.І.Кутько (Харків), М.В.Лобода (Київ), В.В.Поворознюк (Київ), М.Д.Тронько (Київ), М.І.Хвисяк (Харків), Чайковський Ю.Б. (Київ), О.О.Шалімов (Київ), О.А.Шандра (Одеса).

Адреса редакції

65110, ДП “УкрНДІ морської медицини”
м. Одеса, вул. Маловського, 8
Телефон/факс : (0482) 721-62-23

Редактор **Н.І. Єфременко**

Здано до набору р.. Підписано до друку р.. Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство “Український науково-дослідний інститут морської медицини” , 1999
©Державний департамент морського і річкового транспорту України, 1999
©Професійна спілка робітників морського транспорту України, 1999
©Фонд морської медицини, 1999

(12,5%), більш частими були синдроми афективних розладів, гіпердинамічний, синдром патологічного потягу та судомний синдром. Частіше зустрічалась реакція активного та пасивного протесту, відмова від імітації.

Ключові слова: діти, нервово-психічний розвиток, матері з наркоманіями

Література.

1. Аминзода Н. Х., Ахмедова Д. И., Гафуров Б. Г. Критерии компенсации гипертензионного синдрома у детей первого года жизни с перинатальным поражением ЦНС // Российский педиатрический журнал. -2003. -№4. -С. 15-19.
2. Анохина И. П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2001. - Т.3. - №3. - С.56-60.
3. Баженова О. В. Диагностика психического развития у детей первого года жизни. - М.: Медицина, 1988. – 98 с.
4. Василенко Н. В. Стан здоров'я дітей першого року життя, які народилися доношеними і з затримкою внутрішньоутробного розвитку: Автореф. дис... к.мед.н.: 14.01.10. – Донецьк, 2004. – 17 с.
5. Дубровина М. В., Лисина М. М. Особенности психического развития детей в семье и вне семьи. Возрастные особенности психического развития детей. - М.: Медицина, 1986. - С. 77 - 79.
6. Козловская Г. В., Кириченко Е. И., Кремиева Л. Ф. Клинико-психологические методы обследования нервно-психического состояния детей раннего возраста с пограничными нарушениями. - М.: Медицина, 1984. – 23 с.
7. Москаленко В. Д. Развитие детей, перенесших антенатальное воздействие наркотиков // Вопросы наркологии. - 1991. - № 4. - С. 42 - 44.
8. Block Sandra S., Scharre Janice E., Moore Bruce D. Visual anomalies in children exposed to cocaine // Optometry . - 1993. - Vol. 70, № 12 (Suppl.) - P. 86.
9. Chasnoff I. J. The usage cocaine by mothers and child disorders // Tenatology. - 1988. - Vol. 37, №3. - P. 201 - 204.
10. Dow-Edwards D. L. Long-term neurochemical and neurobehavioral consequences of cocaine use during pregnancy // Ann. N.Y. Acad. Sci. -1989. -Vol. 562. - P. 280 - 289.
11. Strabismus in infants of opiate-dependent mothers / Gill A. C., Oei J., Lewis N. L. et al. // Acta Paediatr. – 2003.- Vol. 92.- N 3. P. 379 - 385.
12. Sudden infant death syndrome in infants of substance-abusing mothers / Ward S. L. D., Bautista D., Chan L., et al. // Journal of Pediatrics . -1990. -No. 117 . - P. 876-879.

Summary.

M. V. Shapoval, P. I. Goryachev

THE DISTANT RESULTS OF THE OBSERVATION OF THE DEVELOPMENT OF THE CHILDREN FROM DRUG - ABUSED MOTHERS

The comparative clinical and diagnostic trials of 100 of children aged from 0 to 3 years old born and brought up at the orphanage of Tchernomorskay prison has been conducted. There were 74 persons under study, among them there were 48 children from drug-abused mothers and 52 children from mothers without symptoms of drug consumption. Retardation of the development of the psychomotoric functions and excessive anxiousness were diagnosed in children from drug-abused mothers. Cerebrastenic syndrome, retardation of psychical development, imbecility, affective disorders, hyperdynamic syndrome of pathological impulse, convulsive syndrome and polymorphism of syndromes were observed in this group.

В.В. Бугерук, Т.А. Єксарьова., Ю.В. Хазов
**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ОБСТРУКТИВНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ
ЗАСТОСУВАННЯМ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ**

Одеський державний медичний університет,
411 центральний військовий клінічний госпіталь ПОК, м. Одеса.

Ефективне лікування хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) похилого віку має реальні складності, що пов'язано з інволютивними змінами бронхолегеневої системи та наявністю супутніх нелегених захворювань, які мають тенденцію до декомпенсації на фоні загострення ХОЗЛ. Урахування таких патогенетичних факторів, як зменшення мукоциліарного кліренсу, деструкція еластичного каркасу легеневої тканини, пригнічення імунних механізмів захисту, дозволяють оптимізувати тактику ведення таких хворих.

Тривала терапія із застосуванням кортикостероїдів спричинює зменшення маси та сили дихальної мускулатури, зменшує антибактеріальну та протівірусну активність бронхоальвеолярних макрофагів та нейтрофілів, ще глибше порушує мукоциліарний кліренс. Навіть помірні дози кортикостероїдів можуть потенціювати декомпенсацію супутнього цукрового діабету, серцевої недостатності, ерозивно-виразкових уражень шлунку [1]. Неприятливий вплив еуфіліну та салбутамолу на частоту серцевих скорочень обмежує їх застосування у пацієнтів похилого віку.

Перспективним є вивчення можливостей використання в комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ нестероїдних протизапальних засобів. Сучасним пульмотропним препаратом є фенспірид, який через антагонізм до гістамінових H_1 -гістамінорецепторів та α_1 -адренорецепторів і опосередкований вплив на обмін мембранних фосфоліпідів призводить до зменшення синтезу простагландинів, лейкотрієнів, деяких прозапальних цитокінів, зокрема TNF- α . Це забезпечує супресію судинної та клітинної фаз запалення в бронхах, папавериноподібний бронхолітичний ефект та поліпшує мукоциліарний транспорт [2,3]. Більшість сучасних досліджень ефективності застосування фенспіриду проведені у хворих середнього віку, когорта пацієнтів похилого віку цілеспрямовано не вивчалась, хворі спостерігались в фазі стабільного перебігу захворювання [4,5].

Ціллю проведеного дослідження була оцінка клініко-функціональної ефективності та безпеки комплексного лікування хворих похилого віку починаючи з фази інфекційного загострення ХОЗЛ з подальшим довготривалим застосуванням фенспіриду.

Матеріали і методи дослідження. Спостерігались 27 хворих на ХОЗЛ, всі чоловіки, віком 60-85 років (середній вік – $68,2 \pm 3,4$ роки). 20 з них (74,07%) продовжували палити, 7 (25,93%) – припинили паління протягом попередніх 11 років. Професійний контакт з аероіритантами в анамнезі мали 9 (33,33%) пацієнтів. Середня тривалість захворювання складала $18,4 \pm 9,2$ роки. Критеріями включення до дослідження були: 1) вік старше 60 років; 2) щоденний кашель з виділенням харкотиння протягом 3 місяців і більше протягом року, що триває не менш ніж 2 роки; 3) відсутність клінічних та лабораторних ознак atopії; 4) інфекційне загострення ХОЗЛ; 5) відсутність інших захворювань, що спричинюють кашель та задишку; 6) $ОФВ_1$ 50-80% від нормальних показників, $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$; 7) добова варіабельність $ОФВ_1 < 10\%$; 8) легенева недостатність не вище I ступеню.

Лікування починали в умовах пульмонологічного відділення стаціонару. Хворі отримували комплексну терапію з використанням антибактеріальних препаратів протягом 7-10 днів. Антибіотики добирались згідно сучасних рекомендацій щодо лікування інфекційно зумовлених загострень ХОЗЛ [6,7]. Також

призначались комбіновані інгаляційні бронходилататори (М-холінолітики та β_2 -агоністи), 15 (55,5%) хворих отримували теофіліни пролонгованої дії. Фенспірид (ереспал, "Servier") призначався в дозі 240 мг на добу протягом 14 днів під час прийому їжі. В подальшому доза зменшувалась до 160 мг на добу і вживалась хворими до 3-х місяців.

Хворі були обстежені до початку лікування, після припинення загострення (через 14 днів від початку терапії) та через 3 місяці від початку лікування. Прояви основних клінічних ознак ХОЗЛ оцінювали за бальною системою з підрахуванням кумулятивного індексу.

Оцінка вираженості симптомів в балах:

Задишка: 0 балів – відсутність симптому; 1 бал – мінімальні прояви, що не обмежують активність; 2 бали – виражені прояви, які обмежують активність; 3 бали – симптом різко обмежує активність.

Хрипи: 0 балів – відсутність симптому; 1 бал – поодинокі, які зникають при покашлюванні; 2 бали – поодинокі, постійні; 3 бали – численні, постійні.

Кашель: 0 балів – відсутність симптому; 1 бал – тільки вранці; 2 бали – рідкі епізоди протягом дня; 3 бали - часті епізоди (більше 3 разів на день) протягом дня.

Кількість виділеного харкотиння: 0 балів – відсутнє; 1 бал – мізерна кількість, непостійний симптом; 2 бали – мізерна кількість, постійно; 3 бали – помірна кількість (до 50 мл протягом доби); 4 бали – більше 50 мл за добу.

Нічна задуха: 0 балів – відсутність симптому; 1 бал – рідше 1 разу на тиждень; 2 бали – частіше або 1 раз на тиждень; 3 бали – щодня.

Спірометричне вивчення функції зовнішнього дихання проводилось за умови припинення за 8 годин до дослідження терапії симпатоміметиками і антихолінергічними препаратами; метилксантини відміняли не менш, ніж за добу. Бронходилатаційний тест проводили після інгаляції іпратропіуму броміду в дозі 80 мкг, бронходилатаційну реакцію оцінювали через 30 хвилин. Зворотність бронхіальної обструкції ($\Delta\text{ОФВ}_1$) обраховувалась як співвідношення абсолютного приросту показника ОФВ_1 до належного показника ОФВ_1 і виражалась у відсотках. Тест толерантності до фізичного навантаження (ТТФН) (6-хвилинна крокова проба) проводився за стандартним протоколом 6MWT [8] лише після припинення загострення захворювання та через 3 місяці спостереження.

Результати опрацьовані за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. При первинному обстеженні клінічні та функціональні показники хворих відповідали критеріям II стадії ХОЗЛ за класифікацією GOLD [9] та згідно наказу МОЗ України № 499. Проведена комплексна терапія дозволила отримати позитивну клінічну динаміку контрольованих показників і припинити загострення захворювання у всіх хворих протягом 14 днів (таблиця 1).

Таблиця 1

Клінічна динаміка респіраторних симптомів у хворих на ХОЗЛ (в балах)

Симптом	До лікування	Через 14 днів	Через 3 місяці
Кашель	2,84±0,14	2,1±0,2*	0,94±0,19*°
Виділення харкотиння	2,46±0,18	1,98±0,26	0,92±0,24*°
Хрипи	1,92±0,25	1,42±0,19	0,61±0,28*°
Задишка	2,2±0,19	1,95±0,17	1,43±0,2*
Нічна задуха	1,38±0,21	0,24±0,2*	0,2±0,10*
Кумулятивний індекс	2,16±0,18	1,54±0,22*	0,82±0,13*°

Примітка: * - показники достовірно ($p<0,05$) відрізняються від показників до лікування;

° - показники достовірно ($p<0,05$) відрізняються від показників через 14 днів.

Достовірно зменшилась вираженість кашлю та порідшали нічні епізоди задухи; в 1,4 рази зменшився загальний кумулятивний індекс. Подальша терапія із застосування фенспіриду дозволила ще більше стабілізувати і поліпшити клінічний стан хворих. Найбільш суттєво (в 3,02 рази) зменшились прояви кашлю. Зміни аускультативної симптоматики були аналогічними змінам інтенсивності кашлю, кількість сухих хрипів над легенями зменшилась в 3,14 рази. Достовірно нижчим, ніж до лікування та після припинення загострення було виділення харкотиння. В той же час найбільш сталим клінічним показником була задишка. Достовірна динаміка зменшення спостерігалась лише після 3-місячного курсу лікування, кратність зменшення цього показника була найнижчою (1,54 рази). Кумулятивний індекс зменшився в 2,63 рази протягом 3-х місяців спостереження та в 1,88 рази порівняно з періодом припинення загострення, ($p < 0,05$).

Оцінка впливу комбінованої протизапальної терапії на функціональний стан дихальної системи проведена в динамічному контролі за показниками функції зовнішнього дихання (таблиця 2).

Таблиця 2

Динаміка функціональних показників дихання у хворих на ХОЗЛ (у відсотках до належних показників)

Показники	До лікування	Через 14 днів	Через 3 місяці
ФЖЄЛ	75,29±4,12	77,88±3,77	79,14±4,08
ОФВ ₁	52,2±2,0	58,28±2,73	59,9±2,2
ОФВ ₁ /ФЖЄЛ	68,76±3,82	73,1±3,16	74,96±3,76
ΔОФВ ₁	6,32±1,8	6,98±1,4	11,4±1,2*
ТТФН, м	-	345±19,87	369,3±18,31

Примітка: * - показники достовірно ($p < 0,05$) відрізняються від показників до лікування.

Спостерігалась тенденція до зменшення бронхіальної обструкції. Модифікований індекс Тиффно (ОФВ₁/ФЖЄЛ) збільшився протягом 3-місячного строку спостереження на 9,02 % ($p > 0,05$), що для хворих з прогресуючим перебігом бронхообструктивного захворювання є показником стабілізації процесу. Статистично достовірним був лише приріст зворотності бронхіальної обструкції на 5,08 %. Виконане навантаження в ТТФН збільшилось на 7,22 %, ($p > 0,05$).

Протягом лікування зменшилась потреба в застосуванні інгаляційних бронхолітиків з 6,4±1,1 дози на початку лікування до 3,6±1,05 дози через 3 місяці ($p > 0,05$).

Небажані ефекти при призначенні фенспіриду спостерігались у 7 (22,2%) хворих. Диспепсичні скарги, сухість в роті, сонливість були помірно вираженими і не потребували відміни лікування. Сонливість зникала на другому тижні прийому препарату, а диспепсичні прояви суттєво зменшувались після більш жорсткого виконання рекомендації щодо прийому фенспіриду під час їжі. Негативного впливу тривалої протизапальної терапії фенспіридом в рекомендованих дозах на супутні захворювання серцево-судинної системи у хворих не спостерігались.

Висновки.

Комбінована терапія із включенням фенспіриду у хворих ХОЗЛ похилого віку помірної ступені важкості протягом 3 місяців забезпечує достовірне покращення респіраторної симптоматики (зменшення інтенсивності кашлю, виділення харкотиння, поліпшення аускультативної картини).

Прогностично сприятливим є тенденція до зменшення прогресування функціональних показників бронхообструктивного синдрому (ОФВ₁/ФЖЄЛ та ΔОФВ₁).

Тривалий прийом фенспіриду в комплексній терапії пацієнтів з ХОЗЛ похилого віку добре переноситься хворими, не погіршує перебіг коморбідних станів.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, протизапальна терапія, фенспірид.

Література.

1. Дворецкий Л. И. Пожилой больной хронической обструктивной болезнью легких // Пульмонология. - 2001. - Т. 11. - № 1. – С. 105 - 118.
2. Жданов В. Ф. О противовоспалительном лечении хронических бронхитов // Пульмонология. - 2002. - Т.12. - № 5. – С.102 - 107.
3. Quartulli F., Pinelli E. et al. Le fenspiride inhibe les repinses induites par l’histamin dans cellulaire epitheliale pulmonaire // Eur.J. Pharmacol. – 1998. – Vol. 348 . - P. 297 - 304.
4. Яшина Л. А., Фещенко Ю. И., Полянская М. А. и др. Эффективность фенспирида (эrespала) в базисной терапии хронического обструктивного бронхита // Український пульмонологічний журнал. - 2003. - №3. - С.30 - 37.
5. Безлепко А. В. Опыт длительного применения фенспирида (эrespала) при лечении больных хроническим обструктивным бронхитом // Пульмонология. - 2002. - N.12. - № 3. - С. 76 - 82.
6. Chronic obstructive pulmonary disease. National clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care // Thorax.- 2004.-Vol.59. - Suppl. 1.- P.1 - 232.
7. Niederman M. S. Antibiotic therapy of exacerbation of chronic bronchitis // Seminars Respir Infections. - 2000. - Vol.15. – N1. - P. 59 - 70.
8. ATS Statement: Guidelines for Six-Minute Walk Test // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2002. – Vol. 166. – P. 111 - 117.
9. Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких. Краткое изложение. Публикация Национального института здоровья. (GOLD) США – Калифорния, 2001. – 132 с.

Summary

V.V. Bugeruk, T.A. Eksareva, Yu.V. Khazov

COMPLEX ANTI-INFLAMMATORY THERAPY IN GERIARTRIC PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

They have learnt the efficiency and safety of long-term use of fenspiride in 27 geriartric patients with COPD. The patients under study had infection exacerbation of COPD and received antimicrobial, bronchodilating therapy. The therapy of fenspiride was performed during 14 days in the daily dose of 240 mg up to 3 months in the daily dose of 160 mg. After the end of the research the significant improvement in the clinical parameters and stabilization in the functional parameters have been observed. Side effects of fenspiride (xerostomia, dyspepsia, sleepiness) were observed in 7 (22,2%) patients and did not reguire the drug cancellation. None of the patients had the comorbide diseases exacerbation.

УДК 616.98:578.832

В.Р.Гайдей, А.І. Савчук, С.Я. Лаврюкова, Е.В. Сичова

ОЦІНКА СТАНУ АДАПТАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ ТА ПОЧАТКОВОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ ЗА ДАНИМИ КАРДІОІНТЕРВАЛОГРАФІЇ

Міська інфекційна лікарня, м. Одеса.

Кардіоінтервалографія надає практичну допомогу при оцінці адаптаційних можливостей та початкового вегетативного тонусу (ПВТ) організму. Динаміка показників кардіоінтервалографії випереджає зміни інших клініко-інструментальних