

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ТА МЕДИЧНОЇ
НАУКИ ТА ПРАКТИКИ**

Наукове видання
**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ТА МЕДИЧНОЇ
НАУКИ ТА ПРАКТИКИ**
Збірник наукових статей
Випуск V

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ СТАТЕЙ
ВИПУСК V**

Відповідальний за випуск — Рижов О.А.
Науковий редактор — Білоконь Л.Є.
Художній редактор — Осадчук В.В.
Комп'ютерна верстка Реутська Я.А., Шишко І.Г.

Здано до набору 07.07.99. Піписано до друку 05.08.99.
Формат 60x84/16. Папір офсетний. Друк — різнограф.
Ум. друк. арк.14.5. Тираж 600. Зам. № 1050.

Видавництво ЗДМУ,
330035, м. Запоріжжя, вул. Маяковського, 26.
Надруковано в друкарні ЗДМУ.
330035, м. Запоріжжя, вул. Маяковського, 26.

**ЗАПОРІЖЖЯ
ВИДАВНИЦТВО ЗДМУ
1999**

ББК 52.8

А 43

УДК 615

Редакційна колегія: А.Д.Візір (головний редактор), М.Ю.Антомонов, Л.М. Боярська, М.А.Волошин (заст. головного редактора), В.А.Візір, В.О.Головкін, В.П.Георгієвський, В.В.Дунаєв (заст. головного редактора), В.О.Дмитряков, Б.С.Зіменківський, Ю.М.Колеснік, І.А.Мазур (заст. головного редактора), О.П.Мінцер, О.І. Ласиця, О.С.Ніконенко, О.А.Рижов, В.В.Петренко, В.Д.Сиволап, В.П.Черних, П.В.Чепель, О.О.Цуркан, С.І.Коваленко (відповідальний секретар).

Редакційна рада: В.П.Буряк, В.С.Доля, Н.О.Колошина, В.М.Кліменко, І.М.Нікулін, С.Н.Полівода, П.П.Печерський, І.Ф.Сирбу, В.К.Сирцов, О.Е.Солов'єв, Р.С.Синяк, Стец В.Р., Ю.П. Ткаченко.

Матеріали збірника друкуються згідно з рішенням
Вченої Ради Запорізького державного медичного університету
(протокол № 6 від 18 лютого 1997 року).

ISBN 966-7495-00-0 (серія)
ISBN 966-7495-25-6 (випуск V)

© Запорізький державний
медичний університет, 1999
© Видавництво ЗДМУ

**ПРАВИЛА
ПІДГОТОВКИ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ В ЗБІРНИКУ
“АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ТА МЕДИЧНОЇ
НАУКИ І ПРАКТИКИ”**

1. Збірник видається двічі на рік українською та російською мовами.
2. Приймаються до розгляду огляди об'ємом до 8 машинописних сторінок, оригінальні та інші види статей – до 6 сторінок, короткі повідомлення – до 3 сторінок. В оригінальних статтях медико-біологічного профілю необхідно зазначати: проблему дослідження та її розкриття, матеріали та методи, результати та їх обговорення, висновки; фармацевтичного профілю – проблеми дослідження та їх розкриття, результати та їх обговорення, експериментальна частина, висновки.
3. Текст статті друкується через 2 інтервали на стандартному машинописному аркуші (ширина полів: ліворуч – 3 см, праворуч – 1 см, зверху та знизу – 2см) і починається з таких даних: УДК, назва праці, ініціали та прізвища всіх авторів, назва організації, в якій виконана робота. Сторінка тексту повинна містити 28 рядків (12 пунктів).
4. В статтях повинна використовуватись система одиниць СІ.
5. Таблиці, рисунки та графіки повинні бути надруковані на окремих сторінках, мати нумерацію та заголовки. На полях рукопису слід вказати місце їх розміщення.
6. Список літератури оформляється у відповідності до ДОСТу 7.1 – 84, а скорочення слів і словосполучень – відповідно до ДОСТів 7.12 – 77 та 7. 11 – 78.
7. Пристатейний список літератури повинен містити перелік робіт за останні 10 років і лише в окремих випадках – більш ранні публікації.
8. В оригінальних роботах цитуються не більше 15 праць, а в оглядах - до 60.
9. До списку літератури не включаються роботи, які ще не надруковані. Список літератури друкується на окремому аркуші через 2 інтервали. В статті відсилки на літературу подаються у квадратних дужках згідно зі списком літератури. Література розміщується за алфавітним порядком, причому, спочатку наводяться роботи на українській (російській) мові, а потім – роботи іноземних авторів.
10. Всі матеріали направляються до редакції у 2 екземплярах (машинописний варіант) і **обов'язковим електронним варіантом** (дискета 3, 5 дюймів) і супроводжуються експертним висновком, який дозволяє відкрити публікацію. Другий варіант статті підписується всіма авторами.
11. Редакція залишає за собою право редакційної правки статей. Не прийняті до публікації матеріали повертаються на вимогу авторів.
12. Стаття оформляється в Word 95, 97,подається до редакції на дискеті у форматі RTF та Word.

ТИОТРИАЗОЛИН

Высокоэффективное лекарственное средство, обладающее широким спектром действия.

Уникальные свойства ТИОТРИАЗОЛИНА, удобная упаковка, разнообразие лекарственных форм, дешевизна, доступность — предопределили популярность препарата в разных областях медицины.

Кардиология, внутренние болезни, хирургия, нервные болезни, гинекология, травматология, стоматология, офтальмология, детская хирургия, дерматовенерология, геронтологическая практика — области, где за пять лет применения доказана эффективность тиотриазолина.

Тиотриазолин — обладает антиоксидантным, мембранно-стабилизирующим, противовоспалительным, холатостимулирующим, иммуномодулирующим, противовирусным, антиаритмическим и ранозаживляющим действиями

ТИОТРИАЗОЛИН — ампулы по 2 мл 1% и 2,5% раствора; таблетки по 0,1 г препарата; глазные капли — 1% раствор.

ИНФОРМАЦИЮ о тиотриазолине и его применении можно получить по адресу: НПО “Фарматрон”

330096, Украина

г.Запорожье

ул. Червонной Кинноты, 23

тел. 59-00-29; 56-06-83

факс 59-00-00

розвитку бронхіальної астми при ДРС, що потребує подальшого їх вивчення та розробки конкретних підходів до корекції вегетативних розладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И. // Педиатрия.- 1995.- №5.- С.73-76.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства.-М.: Медицина. Информ. Агенство, 1998.- 749с.
3. Вейн А.М. Вегетативные и нейроэндокринные расстройства / в кн. Болезни нервной системы. Руководство для врачей в 2 томах. Под ред. Яхно И.И. и соавт.- М.: Медицина, 1995.- Т.2.- С.425-455.
4. Маевский А.А. // Врачебное дело.- 1992.- №5.- С.9-11.
5. Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания.- М.: Медицина, 1991.- 368 с.
6. Студеникин М.Я., Балаболкин И.И. Аллергические болезни у детей.- М.: Медицина, 1998.- 345 с.
7. Ялкупт С.И. Бронхиальная астма.- Киев: Астарт, 1991.- 251с.

УДК: 616.248. - 053.2: 616.839. - 008.1

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Портнова О.А., Кравченко Л.Г., Зубаренко А.В.
Одесский государственный медицинский университет

В соматическом статусе детей одно из ведущих мест занимает вегетативная нервная регуляция. Не вызывает сомнений, что функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС) во многом определяет течение и исход значительного числа заболеваний. В тоже время оно недостаточно учитывается при оценке состояния больного. Бронхиальная астма (БА), несмотря на достижения в диагностике и изучении патогенеза, разработку новых лекарственных средств, остается одной из важнейших проблем медицины [1, 3, 4, 7, 8].

Статистика различных стран мира свидетельствует не только о возрастающей заболеваемости БА, но и об увеличении числа больных с тяжелым течением БА, учащении летальных исходов и недостаточной эффективности существующих методов лечения в результате недооценки всех патогенетических моментов [2, 6, 7, 9, 10].

В связи с этим изучение патогенеза БА, оценка роли вегетативной нервной системы в ее происхождении и развитии остаются актуальными.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было проведено детальное обследование 54 детей в возрасте от 7 до 14 лет в период обострения БА. Изучение семейного анамнеза показало, что у 22 (40,7%) родителей имеются признаки вегетатив-

ной дисфункции; некоторые происходили из семей с психосоматической отягощенностью наследственности по заболеваниям тропного круга. У 40 (74,3%) больных была выявлена патология перинатального периода (токсикозы беременных, стрессовые ситуации и заболевания во время беременности, осложнения в интранатальном периоде). 9 (16,6%) детей наблюдались невропатологом по поводу последствий родовой травмы и получали соответствующую терапию.

Для оценки функционального состояния ВНС в комплекс исследований включали характеристику вегетативного тонуса, реактивности и обеспечения деятельности показателей функционального состояния центральных (надсегментарных) церебральных структур, интегрирующих неспецифических систем мозга [5].

Исходный вегетативный тонус у детей оценивали по клиническим признакам и с помощью киевских научных компьютерных программ: "Вегетативный тонус" и "Кардиоритмоинтервалография". Анализ состояния вегетативной регуляции сердечного ритма методом кардиоинтервалографии (КИГ) осуществляли в состоянии покоя и после клиноортостатической пробы. Математическая обработка включала расчет следующих данных: Мода (Мо) - показатель, отражающий гуморальное звено регуляции сердечного ритма; амплитуда моды (АМо) - состояние симпатического звена вегетативной нервной системы (ВНС); вариационный размах (tX) - функция парасимпатического звена; индекс напряжения (ИН) - интегральный показатель, отражающий степень напряжения регуляторных механизмов организма [1].

Для оценки вегетативной реактивности и обеспечения деятельности организма применялись вегетативные тесты: глазосердечный рефлекс Даньини-Ашнера, ортоклиноостатическая и клиноортостатическая пробы.

Состояние церебральной гемодинамики изучали методом реоэнцефалографии (РЕГ), используя реографическую приставку Р4-02 и 4-х каналный электрокардиограф "ЭЛКАР" в качестве регистратора. Запись проводили во фронтотомоидальных и окципитотомоидальных отведениях, дающих информацию о состоянии гемодинамики бассейна внутренней сонной артерии (БВСА) и вертебро-базиллярного (ВББ) бассейна.

Наряду с визуальной характеристикой реографических кривых проводили количественный анализ, определяя следующие параметры: амплитуду кровенаполнения исследуемой сосудистой зоны (А), дикротический индекс (ДКИ), диастолический индекс (ДСИ), коэффициент асимметрии (КА) [11].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении в стационар наряду с типичными для данного периода симптомами основного заболевания (одышка, приступы удушья и спазматического кашля) отмечались также мраморность кожных покровов, гипергидроз и акроцианоз дистальных отделов конеч-

ностей, красный стойкий дермографизм. Больные предъявляли жалобы на слабость, сердцебиение, кардиалгии, мигреноподобные головные боли, непереносимость душных помещений, снижение аппетита, жажду, вестибулярные расстройства (головокружение, непереносимость транспорта), нарушение формулы сна, вспыльчивость и неуравновешенность темперамента, рассеянность и плохая сосредоточенность.

Анализ исходного вегетативного тонуса, реактивности и адаптационно-приспособительных механизмов выявил особенности состояния ВНС у детей в зависимости от степени тяжести БА.

У детей с легкой персистирующей бронхиальной астмой отмечалось умеренное повышение парасимпатического отдела ВНС. Выполнение клиноортопробы обнаруживало с одинаковой частотой гиперсимпатикотоническую и нормотоническую реактивность. Регистровалось снижение адаптационно-приспособительных механизмов.

У больных со среднетяжелым течением выявлялась исходная ваготоническая направленность вегетативного тонуса - 26 (68,0%), симпатикотония - 7 (18,0%), эйтония - 5 (14,0%). При выполнении функциональной пробы происходило резкое увеличение показателя АМо, ИН, уменьшение (tX) и повышение отношения ИН2/ИН1, что указывает на наличие гиперсимпатикотонической реактивности - 20 (53,0%), асимпатикотоническая - 8 (21,0%), нормотоническая - 10 (26,0%). Преобладание гиперсимпатикотонической реактивности указывает на развитие скрытого напряжения вегетативной регуляции. Адаптационно-приспособительные механизмы были снижены.

При тяжелом течении БА выявлялась исходная симпатикотония - у 8 (57,0%), ваготония - у 4 (29,0%), эйтония - у 2 (14,0%). Изменения в виде асимпатикотонической реактивности обнаруживались у преобладающего числа детей с тяжелым течением БА (71,0%). Гиперсимпатикотоническая реактивность была зафиксирована у 8,0%, а нормальная - у 21,0% больных. Отмечалось напряжение адаптационно-приспособительных механизмов.

При изучении церебральной гемодинамики методом РЭГ выявлены различной степени выраженности изменения гемодинамического обеспечения мозга: снижение уровня пульсового кровенаполнения в БВСА у 3 (5,5%), в ВББ у 13 (24,0%), в обоих бассейнах у 20 (37,0%); избыточное кровенаполнение - у 3 (5,5%) в БВСА, у 8 (15,0%) в ВББ, у 5 (9,2%) в обоих сосудистых системах.

Изменение сосудистого тонуса, в виде его неустойчивости, наблюдалось в БВСА у 3 (5,5%), в ВББ у 2 (3,7%), в обоих бассейнах - у 23 (42,6%); повышение тонуса артерий крупного и среднего калибра - у 1 (1,9%) в БВСА; у 7 (13,0%) в ВББ диффузная сосудистая гипертония - у 32 (59,0%); повышение периферического сосудистого сопротивления на уровне артериол регистрировалось у 2 (3,7%) - в БВСА (ДКИ=72+1,2%), у 7 (13,0%) в ВББ (ДКИ=75,2+1,4%), у 14 (26,0%)

в обоих исследуемых бассейнах (ДКИ=82,5+2,0%); гипотония артериальных сосудов чаще наблюдалась в обоих бассейнах - 7 (13,0%). Нарушение венозного оттока в БВСА - у 5 (9,0%) больных, в бассейне позвоночной артерии - у 14 (26,0%), в обоих бассейнах у 26 (48,0%). Затруднение оттока из полости черепа отмечалось как за счет повышения тонуса венозных сосудов (БВСА (ДСИ=83,9+1,5%), ВББ (ДСИ=77,1+1,3%), в обоих бассейнах (ДСИ=85,3+1,4%), так и за счет венозной гипотонии - у 10 (18,6%) детей. Признаки внутричерепной гипертензии зафиксированы у 6 (11,1%) детей, больных БА. Межполушарная асимметрия кровенаполнения наблюдалась в системе БВСА у 4 (7,4%) пациентов (КА=48,3+2,58%), в ВББ - у 14 (26,0%) (КА=61,4%+2,8%), в обоих бассейнах - у 30 (55,5%) (КА=50,9+1,9%).

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о том, что практически у всех детей в период обострения бронхиальной астмы отмечаются изменения вегетативной регуляции различной направленности в зависимости от степени тяжести заболевания и нарушения церебральной гемодинамики.

На основании изложенного, больным с выявленными функциональными нарушениями вегетативной нервной системы, можно рекомендовать использование в комплексном лечении бронхиальной астмы медикаментозных и немедикаментозных средств для коррекции имеющегося вегетативного дисбаланса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М., Кирилов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе.- М., 1984.
2. Беш Л.В., Ласица О.И. // Укр. пульмонологічний журнал.- №3.- 1996.- С. 15-18.
3. Балаболкин И.И. // Педиатрия.- 1997.- №2.- С. 5-8.
4. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия //Пульмонология.- 1996.- Приложение.
5. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. - М.: Медицинское информационное агентство, 1998.- 752с.
6. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия, лечение, профилактика".- Москва, 1997.
7. Сильвестров В.П., Ребров А.П., Каракаш Н.А.// Рос. мед.журнал.- 1998.- №1.- С. 47-50.
8. Сміян І.С., Банадига Н.В. Бронхіальна астма дитячого віку.- Тернопіль, 1995.- 200с.
9. Федосеев Г.Б., Трофимов В.И., Горбенко П.П. // Рос. мед. журнал.- 1996.- №2.- С. 14-16.
10. Убайдуллаев А.М., Гафуров Б.Г., Каюмходжаева М.А. // Тер. архив.- 1996.- №3.- С. 44-47.
11. Яруллин Х.Х. Клиническая реоэнцефалография.- М.: Медицина, 1983.- 217с.