

контамінований продукт харчування, тривав в середньому 3-4 доби, мав вибуховий характер і не мав епідемічного хвоста.

2. Перебіг захворювання мав середню і легку форму, що можна впевнено пояснити оперативним виявленням хворих на самому початку захворювання тачасним промиванням шлунка, регідратаційною і дезінтоксикаційною терапією.

3. Більш виразніші клінічні прояви перебігу спостерігалися при поєднанні збудників сальмонельозу та стафілококу і мали місце у хворих з несприятливим фоном.

4. Сальмонели, що зумовили дану картину, були однорідні за своїми культуральними, біохімічними, протеолітичними властивостями і належали до одного серотипу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Андрейчин М.А. Інфекційні хвороби в загальній практиці та сімейній медицині.- Тернопіль: ТДМУ, 2007.- С.316-326.
2. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби. Том I. – К.:Здоров'я, 2001. – С.360-407.
3. Ципріян В.І. Гігієна харчування з основами нутриціології: Навч. посібник. – К.: Здоров'я, 1999. — 568 с.
4. Зарицкий М.А. Сальмонелльозы.- К.: Здоровье, 1988. – С.158
5. Кравців Р.Й., Вербицький П.І., Остап'юк Ю.І. Ветеринарно-санітарний контроль на підприємствах м'ясної промисловості. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. — С.368.
6. Harrison's principles of internal medicine, 11<sup>th</sup> editions, page 569.
7. Melita A.Gordon, Stephen M.Graham and others. Epidemics of invasive Salmonella enterica Serovar Enteritidis and Salmonella enterica Serovar Typhimurium infection Associated with Multidrug Resistance among Adults and Children in Malawi. // Clinical Infectious Diseases. – 2008.- Vol.46, №7.- P. 963-969.
8. Morten Helms, Jacob Simonsen and Kare Melbak. Food borne Bacterial Infection and Hospitalization A Registry-Based Study. // Clinical Infectious Diseases. – 2006. – Vol.42, №4. – P.498-506.
9. Amy M.Dechet, Elaine Scallan and oth. Outbreak of Multidrug-Resistant Salmonella enterica Serovar Typhimurium Definitive Type 104 infection Linked to Commercial Beef Northeastern United States, 2003-2004. // Clinical Infectious Diseases. – Vol.42, №6. – P. 747-752.
10. Acico C.Kimura, Paul Mead, Brad Walsh and others. A large Outbreak of Brainerd Diarrhea Associated with a Restaurant in the Red River Valley, Texas. // Clinical Infectious Diseases. – 2006. – Vol.43, №1. – P. 55-61.
11. Robert Steffen. Epidemiology of Traveler's Diarrhea. // Clinical Infectious Diseases. – 2005. – Vol.41, №8. – P. 5536-5540.
12. Mary E.Wilson. Diarrhea in Nontravelers.Risk and Etiology. // Clinical Infectious Diseases. – 2005. – Vol.41, №8. – P.5541-5546.
13. Red book, 27<sup>th</sup> Editions, 2006. Report of the Committee of Infection Diseases, Salmonella infectionsю.- P. 579-584
14. Reese and Betts, Fifth Editions. A Practical Approach to Infectious Disease, 2005. – P. 405-418.
15. Lyn James, Rebecca Roberts, Roderick C.Jones and others. Emergency Care Physician Knowledge, Attitudes and Practice Related to Surveillance for Foodborne Disease in the Unated States. // Clinical Infectious Diseases. -2008. – Vol.46, №8. – P.1264-1270.

## SUMMARY

### EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND BACTERIOLOGICAL STUDY OF FOOD BORN BACTERIAL INFECTION ASSOCIATED WITH SALMONELLA ENTERITIDIS

**Turyanitsa S.M., Mudryk M.R., Koval H.M., Polyak M.A.**

Foodborn bacterial gastrointestinal infection continues to have a major impact on a public health and economy. The clinical pictures ranges from mild to severe disease that is even life threatening in some cases.

In the present study a total 103 cases were admitted to the Regional infectious diseases clinic with infectious due to Salmonella enteritidis. We found that nontyphoid Salmonella enteritidis are associated with higher clinical representation of illness and justifying intensive care program including a course of antibiotics norfloxacin to prevent the risk of short-term complication and sequile after infection.

**Key words:** Foodborn bacterial gastrointestinal infection due to Salmonella enteritidis, gastroenterocolites

УДК 616.379-008.64:616-037:614.87:556.126 (477.87)

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ДІЇ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ НА ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ: КЛІНІКО-ДИНАМІЧНІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНІ АСПЕКТИ

**Ротаєнко А.П., Ганинець П.П., Швардак М.В., Мелега К.П.**

*Науково-практичне об'єднання "Реабілітація" МОЗ України, м. Ужгород; санаторій "Квітка полонини", с. Солочин Свалявського району; кафедра фізичної реабілітації Ужгородського національного університету, м. Ужгород*

**РЕЗЮМЕ:** авторами на великій кількості хворих (139 чол.) застосоване санаторно-курортне лікування, в результаті чого доведена хороша ефективність лікування та реабілітація хворих на ІНЦД.

**Ключові слова:** моніторинг хворих на ЦД, санаторне лікування, щорічне лікування в умовах санаторію

**Вступ.** Цукровий діабет (ЦД) – одна з важливих проблем, масштаби якої продовжують збільшуватися і яка стосується людей всіх вікових категорій і всіх країн. Згідно зі статистичними даними в Україні загальна кількість хворих на цукровий діабет складає близько 1 млн. чоловік, із них 127 тис. хворих – на інсулінозалежний цукровий діабет (ІЗЦД). ЦД займає 3-є місце серед безпосередніх причин смертності після серцево-судинних і онкологічних захворювань, тому вирішення багатьох питань, пов'язаних з проблемою цього захворювання, в багатьох країнах покладено на рівні державних завдань.

Такі пізні ускладнення, як ретинопатія, нефропатія, синдром діабетичної стопи, що включає передусім гангрену, ІХС, поліневропатію, є головною причиною інвалідності та смертності хворих на ЦД. На даний час науково обґрунтовані ефективні методи ранньої діагностики, лікування та профілактики ускладнень ЦД. Ключовим фактором профілактики ускладнень є оптимальна компенсація метаболічних порушень і, передусім, нормалізація рівня глікемії.

Особливого значення ця проблема набуває у зв'язку із значним ростом патології підшлункової залози внаслідок природних катастроф, зокрема повеней.

Мешканці із зони екологічних катастроф завжди знаходяться в стані хронічного нервового перенапруження – стресу, який викликаний відчуттям небезпеки, тривоги від заповдираних стихією втрат, погіршенням соціальних умов життя, харчування, втратою звичних соціальних ознак добробуту.

Під час повені одним з потужних пускових механізмів загострення хронічного панкреатиту може бути значне переохолодження, перебування протягом тривалого часу у вологих підтоплених будинках. На цьому фоні відбувається активація патогенної та умовно-патогенної мікрофлори.

У хворих на хронічний панкреатит та цукровий діабет яскраво виражена участь змін стану центральної нервової системи (ЦНС) у формуванні запального процесу в підшлунковій залозі. При розгляді проблеми повені в аспекті впливу її чинників на перебіг цих захворювань важливо підкреслити, що негативні емоції, нервово-психічний стрес можуть викликати загострення хронічного панкреатиту та цукрового діабету і ускладнити його перебіг. Звертає на себе увагу зв'язок між психічною депресією, яка безперечно має місце у більшості постраждалих, і перебігом хронічного панкреатиту. Психологічна депресія поєднується з наростанням холінергічної активності, яка іноді має вибуховий характер і закінчується важким нападом або загостренням хронічного панкреатиту.

Водночас існуючі методичні підходи до призначення мінеральних вод хворим з ураженням підшлункової залози потребують уточнення і всебі-

чного обґрунтування для даного контингенту хворих. При цьому недооцінка етіопатогенетичних механізмів у формуванні поєднаної патології дуоденохоледохопанкреатичної зони, а також гормонально-імунологічних механізмів їх регуляції знижує ефективність наукових розробок у плані обґрунтування лікувальних методик питного прийому мінеральних вод (МВ) при інсуліннезалежному цукровому діабеті (ІНЦД).

Комплексне курортне лікування з використанням як провідного фактора питних мінеральних вод – є одним з найбільш ефективних методів терапії ІНЦД та захворювань підшлункової залози. Але не зважаючи на здобутий досвід і дані експериментальних досліджень, завжди залишаються невирішені питання. Одним із ефективних методів лікування вважається внутрішній прийом МВ, які сприятливо впливають на основні показники цукрового діабету – гіперглікемію, глюкозурію, поліурію. МВ покращують секрецію інсуліну, підвищують його активність, стимулюють глікогенотворюючу функцію печінки, послаблюють дію контрінсулярних механізмів, нормалізують білковий і ліпідний обмін. Дія мінеральних питних вод на організм обумовлена хімічними, механічними і термічними факторами. Провідним є хімічний фактор, обумовлений іонним складом МВ, що застосовуються.

В останні часи мінеральні води розглядають як складні мінеральні утворення, які діють всією "комплексною якістю" в напрямку мобілізації механізму саногенезу. У зв'язку з цим є обґрунтованим такий погляд, що кожен мінеральну воду як унікальне біологічне середовище необхідно вивчити конкретно, у всій різноманітності фізико-хімічних і біологічних властивостей. Викликають інтерес борвміщуючі вуглекислі середньомінералізовані води, використання яких обмежене через відсутність науково-обґрунтованих методик їх лікувального застосування у хворих, які зазнали впливу повені на Закарпатті.

**Матеріали та методи.** Повені осені 1998 року та березня 2001 року стали страшним лихом для Закарпаття як соціально-економічно, так і за медичними наслідками. У зв'язку з цим велику актуальність, медико-соціальну значимість і новизну має розробка методики лікування та реабілітації хворих з патологією підшлункової залози, що постраждали внаслідок екологічної катастрофи, із застосуванням немедикаментозних методів, зокрема бальнеотерапії, висока терапевтична ефективність якої при патології панкреатодуоденальної зони широко вивчена і підтверджена сучасними методами доказової медицини. У зв'язку з цим нами проведено наукові дослідження і внесено корекції у комплексну терапію ІНЦД у хворих, які зазнали впливу повені на Закарпатті.

Державна програма профілактики ускладнень ЦД припускає найбільш раннє виявлення порушень вуглеводного обміну, стаціонарне обстеження, лікування і медичну реабілітацію в санаторно-курортних умовах. Одне з ключових положень державної програми ефективно здійснюється в санаторії "Квітка полонини" представництва "Укрпрофоздоровниця" в Закарпатті. За даними 2005-2007 рр. кількість хворих, які пройшли курс реабілітаційного лікування, склала 135 чол., із яких хворих на ІНЦД – 106 чол., з ІЗЦД – 29. Тривалість захворювання більше 10-ти років – у 97 чол., в тому числі з ускладненнями – у 86 чол. ЦД вперше виявлено в санаторії у 48 хворих.

Могутня матеріально-технічна база санаторію дозволяє здійснювати висококваліфіковане комплексне обстеження і лікування хворих на ЦД. Всім без винятку хворим при поступленні призначається комплекс обстеження, який включає в себе загальноклінічні дослідження крові, сечі, біохімічні дослідження крові (печінкові проби, показники ліпідного та білкового обмінів, дослідження антиоксидантної функції крові), ретельне дослідження вуглеводного обміну – глікемічний і глюкозуричний профіль. Проводиться ЕКГ, реовазографія судин верхніх і нижніх кінцівок, обстеження стану очного дна. Таким чином на одного хворого в середньому приходиться 12 тестових досліджень.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В процесі виконання даної роботи розроблено 4 лікувальні комплекси в залежності від причин виникнення. Лікувальні комплекси призначаються залежно від типу ЦД, ступені його важкості, наявності ускладнень і супутньої патології. Дієтотерапія враховує досягнення сучасної фітодієтики. В раціон широко включаються рослинні цукровознижуючі засоби, сорбенти, які допомагають добитися компенсації захворювання в більш короткі строки і мають ряд додаткових ефектів.

Патогенетично обумовлено включення в комплекс лікування дозованого фізичного навантаження (дозовано ходьба, теренкур, ЛФК, щадний, щадно-тренуючий і тренуючий режим, тренажери). В повній мірі застосовуються природні та преформовані фактори: аеро-, геліотерапія. Гідробальнеотерапія складає основу комплексного лікування ЦД на курорті і включає в себе: вуглекислі гідрокарбонатнатрієві ванни; підводний душ-масаж; душ Шарко, циркулярний душ. Вибір бальнеопроцедур здійснюється залежно від супутніх уражень органів та систем та при ЦД. У випадках необхідності для лікування супутніх захворювань (патологія опорно-рухового апарату та ін.) застосовується озокеритолікування за мітигрованими методиками.

Фізіотерапевтичний комплекс включає в себе терапію перемінним магнітним полем, мікрохви-

льово-резонансну (КХЧ) терапію, лазеротерапію та ін. Лазеротерапія проводиться на унікальних лазерних установках СМ 1.030 та Міральд (гідролазерний душ, лазеропунктура, скануюча лазеротерапія, над- і внутрішньо-судинне опромінення крові). За нашими спостереженнями, гідролазерний душ (потужність опромінення на кінці світловоду 20 мВт, відстань до тіла пацієнта до 5 см, експозиція 10 хв., температура води – 36-37<sup>0</sup>С, на курс 7-10 процедур щоденно). У 36 хворих, які хворіють на ЦД з синдромом вегето-судинної дистонії, при легкому перенесенні мав позитивний ефект. Скануюча лазеротерапія при діабетичних поліартропатіях (щільність дози 0,2 мВт/см<sup>2</sup>, потужність випромінювання – 10 Дж, термін процедури – 3-4 хв. на поле, 2-3 поля на сеанс, 12-15 процедур на курс лікування) проводилась 32 хворим. Відзначено швидке зменшення больового синдрому, збільшення амплітуди рухів у суглобах. На реограмах судин нижніх кінцівок спостерігалось збільшення наповнення судин на 25-45 %, покращення тонуусу стінок судин.

В повній мірі застосовується питний режим мінеральної води «Лужанська-7» та фітотерапія у вигляді трав'яних коктейлів. Перевага надається гідрокарбонатним мінеральним водам малої і середньої мінералізації «Лужанська-7» та «Лужанська-4». Індивідуальні методики питного лікування залежать від виду та форми ураження органів травлення.

При наявності виражених ускладнень ЦД у вигляді ангіопатій, полінейропатій проводиться курс інфузійної терапії, який включає застосування високоефективних лікуючих засобів – еспа-ліпон, трентал, унітіол, спленін, кокарбоксілаза та ін.

**Висновки.** В результаті проведеного лікування стан хворих на ЦД стабілізувався, у 115 пацієнтів (86%) спостерігалася позитивна динаміка: суб'єктивне покращення – 85%; зниження рівня цукру в крові натще та після їди – 76%; покращення показників ліпідограми – 75%; покращення антиоксидантної функції крові (за перекисною резистентністю еритроцитів) – 85; нормалізації коагулограми – 48%; зниження дози інсуліну у хворих з ІЗЦД – 79%; покращення показників реовазограми – 69%; покращення центральної гемодинаміки – 71%.

Особливо ефективно проведення повторних (щорічних) курсів реабілітаційної терапії. Повторний курс лікування в санаторії за 2005-2007 рр. пройшли 59 хворих (70%). Контрольні дослідження показали відсутність у них прогресуючих ускладнень. Таким чином, щорічне проведення курсу комплексної реабілітаційної терапії в санаторних умовах сприяє стабілізації стану хворих на ЦД.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ефимова А.С. Санаторно-курортное лечение эндокринно-обменных заболеваний. – К.: Просвіта, 1992. – 157 с.
2. Бабов К.Д. Патогенетическое обоснование применения минеральных вод Украины для коррекции скрытых нарушений липидного обмена // Ранняя медицинская реабилитация: здобутки, проблеми, перспективи: Тези V наук.-практ. конф. з міжнародною участю. – Ужгород – санаторій "Карпати", 2004. – С. 214-215.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. – М.: Медицина, 2000. – С. 832.
4. Colditz G.A., Willett W.C., Stampfer M.I. et al. Weight as a risk factor for clinical diabetes in women / Epidemiol. – 1990. - № 132. – P. 501-513.
5. Hypertension in Diabetes Study Group. HDS. Prevalence of hypertension in newly presenting type 2 diabetic patients and the association with risk factors for cardiovascular and diabetic complications / J.Hypertens. – 1993. – № 11. – P. 309-317.

## SUMMARY

MEDICAL-PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF CHRONIC STRESS INFLUENCE ON THE PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS: CLINICAL-DYNAMIC AND REHABILITATION ASPECT

**Rotayenko A.P., Hanyuc P.P., Svardak M.V., Melega K.P.**

A group of patient with insulin-independent diabetes mellitus, who had undergone the sanatorium was observed. A positive curative and rehabilitation effect was reached.

**Key words:** monitoring of patients with diabetes mellitus, sanatorium treatment, chronic stress

УДК 616.127-005.8-06:616.155.194.8]:616.124.2-073

### ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВА ГЕМОДИНАМІКА ТА ДІАСТОЛІЧНА ФУНКЦІЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА В ПОЄДНАННІ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЮ АНЕМІЄЮ

**Сиволап В.В., Назаренко О.В.**

*Запорізький державний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, м. Запоріжжя*

**РЕЗЮМЕ:** метою дослідження було вивчення особливостей внутрішньосерцевої гемодинаміки та діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на Q-інфаркт міокарда (ІМ) в поєднанні із залізодефіцитною анемією (ЗДА). У дослідження було включено 115 хворих (65 чоловіків і 50 жінок, середній вік 62,7±0,94 року). Встановлено, що у хворих на Q-ІМ на фоні ЗДА формується гіперкінетичний тип кровообігу, спостерігаються виражені порушення геометрії та дилатація ЛШ з розвитком систолічної і діастолічної дисфункції міокарда "псевдонормального" типу.

**Ключові слова:** інфаркт міокарда, залізодефіцитна анемія, гемодинаміка, діастолічна функція

За даними ВООЗ (2003), на залізодефіцитну анемію (ЗДА) у світі страждає майже 2 млрд. населення. В Україні частка ЗДА у структурі всіх анемії досить значна і складає близько 88% [2].

Ішемізований міокард має підвищену чутливість навіть до незначного зниження рівня гемоглобіну, яке викликає збільшення ішемії і порушення функції серця [9]. Головним гемодинамічним фактором компенсації тканинної та гемічної гіпоксії у хворих на залізодефіцитну анемію є зростання серцевого викиду [3], що обумовлено зниженням післянавантаження і збільшенням переднавантаження, позитивним інотропним та хронотропним ефектами. В результаті збільшення ударного і хвилинного об'єму кровотоку в умовах тривалого дефіциту оксигенації порушуються процеси діастолічного розслаблення міокарда, що згодом призводить до формування систолічної дисфункції [6, 1].

У хворих на гострий інфаркт міокарда (ІМ) анемія підвищує ризик ранньої госпітальної смертності [10] та погіршує довгострокову виживаність [8, 11]. У пацієнтів зі зниженим рівнем гемоглобі-

ну перебіг ІМ частіше ускладнюється розвитком гострої серцевої недостатності, рецидиву ІМ [4, 5].

**Метою дослідження** було вивчення особливостей внутрішньосерцевої гемодинаміки та діастолічної функції лівого шлуночка у хворих на Q-ІМ в поєднанні із ЗДА.

**Матеріал та методи дослідження.** Було обстежено 115 хворих на гострий Q-ІМ (65 чоловіків та 50 жінок) віком від 43 до 80 років (середній вік 62,7±0,94 року). Основну групу спостереження склали 69 хворих на Q-ІМ на фоні ЗДА. До контрольної групи увійшли 46 пацієнтів із Q-ІМ. Діагноз Q-ІМ виставлявся згідно з критеріями ВООЗ. Діагноз ЗДА верифікували за наявності характерної гематологічної картини периферичної крові та змін показників обміну заліза. В дослідження не включали хворих на туберкульоз, злоякісні новоутворення, хронічну ниркову недостатність, з кровотечами в анамнезі. Протягом перших трьох діб перебування у стаціонарі всім хворим визначали кількість еритроцитів, рівень гемоглобіну (Hb) і гематокриту (Ht), вміст сироваткового заліза (СЗ) та феритину.