

Kirovograd base medical college named after E.I. Mukhina,  
Scientific-methodical center of civil defensive and safety of vital function of the  
Zaporizhia

Introduction. The development of the situation in the world and in Ukraine shows the increase of the level of terrorist threat with the use of ionizing radiation sources.

Aim. The development of the substantiation of possible scenarios of terrorist acts and their medical and biological consequences is a leading research objective on the basis of the world sources of scientific information.

Results. Radioactive materials distribution in the world economic complex makes possible to commit terrorist acts according to the following scenarios: nuclear ammunition explosion; performing diversions at the nuclear and radiation dangerous objects; the pollution of drinking water or food contamination by radioactive materials; the use of radioactive materials for the production of "dirty bomb". Medical and biological consequences of the terrorist acts with the use of radioactive materials are most often characterized by the non-evident clinical picture of human body damage and the possible remote consequences of the radiation. The organization and provision of medical care for the patients with radiation syndrome have to be carried out in specialized hospitals.

Key words: nuclear terrorism, radiological terrorism, ionizing radiations, «dirty bomb», scenarios of terrorist acts, specialized medical help.

© Н.А. МИРЗАБАЄВА, 2013

Н.А. Мирзабаєва

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ НА ТЛІ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Національна медична академія післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика, Київ,

Казахський Національний медичний університет

імені С.Д. Асфендіярова, Алмати

Вступ. В останні роки увага клініцистів зосереджується на вивченні ролі надлишкової маси тіла та ожиріння у виникненні та розвитку функціональних порушень травного тракту, зокрема і патології кишечника. Значна поширеність синдрому подразненого кишечника (СПК), а також надлишкової маси тіла (НМТ) та ожиріння доводять актуальність пошуків вирішення цих проблем.

Мета. Вивчення особливостей клінічних проявів СПК у пацієнтів молодого віку, у яких наявні НМТ або ожиріння.

Методи. Обстежено 37 пацієнтів з СПК на тлі НМТ і ожиріння. Вік пацієнтів - 16-25 років. Всім пацієнтам проводилися стандартизоване опитування для виявлення та уточнення скарг, психологічне тестування, загальні, біохімічні дослідження крові, інструментальні (ендоскопічні, рентгенологічні) дослідження, бактеріологічне дослідження калу, фракційне дуоденальне зондування, УЗД органів черевної порожнини, дослідження біоценозу кишечника.

Результати. Клінічна картина СПК на тлі НМТ і ожиріння у осіб молодого віку характеризувалася різноманітністю проявів. Проведені нами дослідження показали, що

важливу роль у виникненні і проявах СПК на тлі НМТ і ожиріння мають психотравмуючі фактори. Вивчення анамнестичних і клінічних особливостей у хворих з СПК на тлі НМТ і ожиріння показало, що несприятливі сімейні ситуації, підвищені вимоги соціального життя, зміна характеру харчування можуть бути пусковим механізмом у генезі кишкових розладів у осіб молодого віку.

Висновки. СПК на тлі НМТ і ожиріння у осіб молодого віку характеризуються певною клінічною картиною і функціонально-морфологічними порушеннями. Очевидно, це пов'язано з психоемоційними факторами, деякими гормональними змінами, що відбуваються в цьому віці, порушенням адаптації організму до підвищених вимог соціального життя, змінами характеру харчування. Також у пацієнтів з СПК на тлі НМТ і ожиріння спостерігалися порушення функціонального стану вегетативної нервової системи.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, надлишкова маса тіла, ожиріння, молодий вік.

### ВСТУП

Синдром подразненого кишечника (СПК) входить до числа найпоширеніших функціональних захворювань органів травлення. За даними світової статистики, приблизно 40-70% пацієнтів звертаються до гастроентеролога з приводу СПК [1, 2], імовірно 20% населення земної кулі мають відповідну симптоматику. СПК визначається як комплекс функціональних розладів кишечника тривалістю більше 3 місяців, основними клінічними проявами якого є біль у животі, дискомфорт, що супроводжуються метеоризмом, почуттям неповного випорожнення кишечника або імперативними позивами на дефекацію, а також порушеннями його функції [3, 4]. Згідно Римським критеріям III (2006) СПК - це поширена біопсихосоціальна функціональна патологія, діагностика якої ґрунтується на клінічній оцінці стійкої сукупності симптомів, що викликані розладами дистального відділу кишечника за відсутності органічних захворювань [4].

В основі розвитку СПК лежить взаємодія двох основних патологічних механізмів - психосоціального впливу і сенсорно-моторної дисфункції, що включає порушення вісцеральної чутливості та рухової активності кишечника [5]. Симптоми СПК протікають протягом тривалого часу, часто накладаються на інші функціональні розлади [6] і негативно відбиваються на якості життя [7]. Одним з важливих чинників патогенезу СПК є вісцеральна гіперчутливість [5,8], проявом якої виявляється вісцеральна гіпералгезія. Больові імпульси, що виникають при подразненні аферентних нервових закінчень блукаючого нерва і спинномозкових нервів, передаються в головний мозок. Різні чинники, що впливають на ці нервові закінчення, можуть впливати як на моторну, так і секреторну активність кишечника, викликаючи запор або діарею. Тобто на тлі підвищеної рецепторної реакції в кишечнику посилюється аферентна стимуляція/імпульсація, що досягає по черевним і блукаючим нервам центральних підкіркових і кіркових відділів центральної нервової системи (ЦНС), у свою чергу, змінює їх функціональну діяльність. При цьому спостерігаються дисфункціонально-дисрегуляторні порушення, що включають кіркові і підкіркові центри, вегетативну нервову систему, периферичний нервово-рецепторний апарат кишечника з системою нейротрансмітерів і біологічно активних речовин - так звану ентеральну нервову систему, аналогічні нервові і медіаторні структури якої знаходяться і в ЦНС. СПК відображає розлад регуляції між ЦНС і

## ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

---

автономною нервовою ентєральною системою [3,5,8]. В даний час отримані дані, що вказують на зміни ентєральної нервової системи, що виражаються в підвищенні активності механорецепторів, що сприймають розтягування і скорочення м'язів кишечника, і участь аспартат- або кальційзалежних пептидних рецепторів [8, 9]. У розвитку СПК загальновизнана роль нервово-психічних факторів [6]. В одних пацієнтів порушення з боку психіки незначні і захворювання протікає по типу органного неврозу, у інших є виражений невротичний стан і клінічні прояви розвиваються вже на цьому фоні. Хоча можна припустити, що зміни особистості є не причиною, а наслідком тривалих кишкових порушень.

Крім перерахованих факторів значну роль при СПК відіграє порушення мікробного складу в просвіті товстої і тонкої кишки [5]. До виникнення дисбіотичних змін у складі кишкової мікрофлори призводять тривале застосування антибіотиків, кишкові інфекції (токсокоінфекції, дизентерія, шигельоз, лямбліоз, сальмонельоз), тривала затримка калових мас в товстій кишці. Зміна мікробного біоценозу є серйозним патогенетичним моментом у розвитку СПК, так як при цьому можуть редукувати процеси травлення і всмоктування з розвитком синдромів мальабсорбції та мальдигестії, може знижуватися інтракішечний рН, а це тягне за собою інактивацию травних ферментів, призводить до відносної ферментативної недостатності та моторно-евакуаторної розладів функції товстої кишки [ 5, 8, 9].

Мета дослідження: вивчення особливостей клінічних проявів СПК на тлі НМТ і ожиріння.

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Обстежені 37 пацієнтів з СПК на тлі НМТ (26) і ожиріння (11) віком від 16 до 25 років (25 дівчат і 12 юнаків) з різними формами СПК, яких відбирали з числа госпіталізованих в стаціонар і які лікувалися в амбулаторних умовах. Всім хворим проводили стандартизоване опитування для виявлення та уточнення скарг, психологічне тестування. Діагностика СПК здійснювалася згідно сучасним міжнародним рекомендаціям (Римські критерії ІІІ). Для виключення органічної патології проводилися лабораторні, біохімічні дослідження крові, інструментальні (ендоскопічні, рентгенологічні), бактеріологічне дослідження калу, фракційне дуоденальне зондування, УЗД органів черевної порожнини, дослідження біоценозу кишечника. Також звертали увагу на відсутність симптомів триивоги: лихоманка, домішки крові в калі, кишкові розлади, переривають нічний сон, схуднення за короткий період часу, анемія, лейкоцитоз, прискорення ШОЕ.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Спостережувані нами пацієнти пред'являли скарги на біль в різних відділах товстого кишечника. У 27,0% біль визначався в лівій клубовій ділянці, у 18,9% в бокових відділах живота, у 24,3% біль був без чіткої локалізації. На розлитий біль у животі і підвищене газоутворення з почуттям розпирання пред'являли скарги 29,8% пацієнтів. Як правило, біль виникав особливо після вживання жирної і гострої їжі, сирих овочів і кислих фруктів, продуктів з підвищеним вмістом клітковини (пшеничних висівок, капусти, кабачків, баклажанів, бобових тощо). Іррадіації болю, як правило, не відзначалося. Психоемоційне перенапруження поряд з вживанням названих продуктів викликали у переважної більшості пацієнтів абдомінальний больовий синдром, після дефекації інтенсивність якого зменшувалася або зникала зовсім.

Необхідно відзначити, що больовий синдром, розлади стільця, погане самопочуття більш виражені були у 48,6% у першій половині дня. У 51,4% абдомінальний біль був постійним протягом усього дня. Ніхто з хворих не відзначив болю під час сну. У 5,4% пацієнтів спостерігалася клініка гострого живота при зовсім задовільному загальному стані з нормальною температурою тіла і незмінними аналізами крові. У 21,6% пацієнтів спостерігалася відрижка при емоційній напрузі без жодного зв'язку з прийомом їжі. У 37,8% хворих відзначалася обстипація (натуження, подовження процесу дефекації до 15-20 хв), частота стільця щільної консистенції при цьому була 2-3 рази на тиждень. У 29,7% хворих відзначався діарейний синдром (стілець більше 3-х разів на день). У решті 32,5% відзначалося чергування запорів, проносів, регулярного стільця. У більшості пацієнтів мала місце зміна консистенції стільця. За типом «овечого» кал був у половини пацієнтів з запорами, у 6 хворих стілець був дуже щільний. У 24,3% пацієнтів стілець був кашоподібним, а 8,1% - водянистим. Звичайної консистенції стілець відзначався лише у 17,6% пацієнтів. Домішка слизу в калі у вигляді плівок, смужок і ін., що відображає підвищену секрецію келихоподібних клітин, функцію яких регулює блукаючий нерв, відзначили 54,1% пацієнтів. Інших патологічних домішок у калі виявлено не було. 10,8% пацієнтів скаржилися на неповне випорожнення кишечника при нормальному оформленому стільці, а також на непродуктивні позиви на дефекацію. Біль, пов'язаний з дефекацією, однаково часто спостерігався у осіб обох статей (у 40,0% дівчат і 41,6% юнаків), хоча порушення стільця все ж частіше відзначалися у осіб жіночої статі. Спостережувані нами пацієнти з СПК на тлі НМТ і ожиріння скаржилися на пригнічений настрій (40,5%), зниження працездатності (21,6%), підвищену дратівливість (35,1%), емоційну лабільність (32,4%), почуття страху (18,9%), тривожність (37,8%), депресію (40,5%), головний біль (24,3%), пітливість (21,6%), почуття «нестачі повітря» (18,9%), часте сечовипускання (16,2%). У 8,4% хворих з ожирінням (ІМТ-30,0 кг/м<sup>2</sup>) відзначалося зниження функції щитовидної залози. У 24,3% пацієнтів спостерігалися розлади сну у вигляді тривалого засинання і пробудження. За допомогою Міннесотського багатофазного особистісного тесту у переважній більшості пацієнтів було виявлено наявність тривоги і депресії за відповідними психологічними шкалами.

При опитуванні всі пацієнти відзначили, що вони перебували тривалий час у стані хронічного стресу. Зоною конфліктів у цих пацієнтів частіше були сімейні стосунки. Аналіз частоти нервово-психічних стресів у хворих на СПК показав, що у 78,4% пацієнтів захворюванню передували стресові фактори. У 37,8% хворих це було важке дитинство. У 13,5% пацієнтів в сім'ї були присутні випадки хронічного алкоголізму із запоями, жорстоким ставленням до близьких. Виникненню симптомів СПК на тлі НМТ і ожиріння нерідко передувала смерть батьків чи близьких родичів. Цей сприяючий чинник відзначений у 10,8% хворих. 16,2% пацієнтів констатували наявність таких серйозних захворювань у близьких родичів як злоякісні новоутворення різної локалізації (до речі, переважно системи травлення), інсульт, важкі травми тощо. Складні соціальні фактори (безробіття, низький дохід, переїзд на нове місце проживання та ін.) спостерігалися у 18,9% пацієнтів, у 8,1% хворих мали місце постійні конфліктні ситуації на роботі. Як правило, вплив стресової ситуації

## ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

---

призводив до дезадаптації різної тривалості, порушення ритму сну, зниження настрою (депресії), підвищення апетиту, розвитку функціональних розладів з боку центральної і вегетативної нервової системи.

Початок захворювання корелював з невротичним станом ( $r=0,34$ ), тривожністю ( $r=0,36$ ), депресією ( $r=0,4$ ). Ми також відзначили такі особливості у пацієнтів з СПК на тлі НМТ і ожиріння як дисфоричний емоційний стан (помірного ступеню вираженості), ворожість у висловлюваннях по відношенню до себе і до близького оточення (5,4%), а також деяку приховану агресію (2,7%), що виражалась часом у неконтрольованій імпульсивній (часом експлозивній) поведінці в конфліктних ситуаціях.

Із захворювань, перенесених у дитинстві, були відзначені такі як дизентерія (18,9%), функціональна диспепсія (21,6%), харчові токсикоінфекції (16,2%). Із супутніх захворювань домінували дискінезії жовчного міхура (29,7%), хронічний гастрит (13,5%). У осіб жіночої статі нерідко виявлялися цистити (8,0%), порушення менструального циклу (12,0%). Помічено нами і зв'язок між СПК та порушеннями режиму харчування. Так, молоді особи з СПК на тлі НМТ і ожиріння відзначали нерегулярність прийому їжі (62,2%), їду у сухом'ятку (27,0%), перенесення основного прийому їжі на вечір (32,4%), великі інтервали між прийомами їжі (13,5%). У 24,3% пацієнтів у харчуванні переважали такі продукти як бутерброди, печиво, «хот-доги», «фастфуди» тощо; 21,6% зловживали жирною і м'ясною їжею; 16,2% пацієнтів у періоди депресії - вживали надмірну кількість харчових продуктів, в основному солодощі.

Спостерігалась тенденція до зв'язку СПК на тлі НМТ і ожиріння з частотою вживання алкоголю і куріння. Серед осіб, що вживають алкоголь і палять (32,4%) СПК протікав з вираженою кишковою симптоматикою. Хоча, швидше за все, має місце не пряма токсична дія алкоголю і тютюну на кишечник, а опосередкована, в сукупності з уже згадуваними вище чинниками.

Вивчені соціальні фактори, такі як освіта, професія батьків, житлові умови суттєво не впливали на зв'язок з СПК на тлі НМТ і ожиріння.

При аналізі сімейного анамнезу виявилось, що з СПК на тлі НМТ і ожиріння були пов'язані наступні захворювання шлунково-кишкового тракту у близьких родичів: хронічний холецистит, хронічний гастрит, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба. Обтяжена спадковість відзначена в 16,2% випадках.

При рентгенологічному дослідженні виявлялися типові ознаки дискінезії товстої кишки (сигмовидної 43,2%, низхідної -56,8%), у 10,8% пацієнтів не вдалося заповнити товсту кишку на всьому протязі через надмірне скорочення кишки. Рельєф слизової оболонки не було змінено.

При колоноскопії у 32,4% пацієнтів спостерігалася гіперкінезія кишки за спастичним типом. У 13,5% пацієнтів слизова оболонка кишки була дещо набряклою, гіперемованою, з нашаруваннями слизу на стінках кишки, без осередкових або поширених запальних уражень. Складки при цьому були дещо потовщені, грубуваті. Набряклість слизової оболонки і невеликі фібринозні ділянки в ілеоцекальній ділянці виявлені у 5,4% хворих, що швидше було пов'язано із діарейним синдромом.

Аналіз калу на дисбіоз виявив помірні дисбіотичні зрушення.

Отже, вивчення анамнестичних і клінічних особливостей у хворих з СПК на тлі НМТ і ожиріння показало, що несприятливі сімейні ситуації, підвищені вимоги соціального життя, зміна характеру харчування можуть бути пусковим механізмом у генезі кишкових розладів у осіб молодого віку.

Таким чином, СПК на тлі НМТ і ожиріння представляє собою поліетіологічне захворювання, що протікає з порушенням моторики без структурних змін слизової оболонки. Характеризується високою залежністю від психосоціальних факторів, тісним зв'язком із станом центральної і вегетативної нервової системи. Враховуючи, що СПК є наслідком безлічі причин, то і підхід до вирішення цієї проблеми повинен бути зваженим, комплексним і впливати на основні патогенетичні механізми, спрямовані на поліпшення функцій центральної нервової системи і корекцію психоемоційних, вегетативних порушень. Необхідною є більш активна участь батьків, педагогів, лікарів загальної практики у формуванні здорового способу життя, організації здорового харчування, загальногігієнічних заходів, боротьби з алкоголізмом, палінням тощо.

#### Література

1. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*. 2006, 130 (5): 1377–1390.
2. Drossman D.A., Camilleri M., Mayer E.A., Whitehead W.E. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002, 123: 2108–2131.
3. Шептулин А.А., Кучумова С.Ю. Новое в изучении проблемы синдрома раздраженного кишечника. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2009, 4: 81–85.
4. Ткач С.М., Передерий В.Г. Современные рекомендации по ведению больных с синдромом раздраженного кишечника, основанные на данных доказательной медицины. *Сучасна гастроентерологія*. 2011, 5 (61): 98–107.
5. Adam B., Liebrechts T., Gschossmann J.M. et.al. Severity of mucosal inflammation as a predictor for alterations of visceral sensory function in a rat model. *Pain*. 2006, 130 (5): 179–186.
6. Thabane M., Kottachchi D., Marshall J. Systematic review and meta-analysis: The incidence and prognosis of post infectious irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Therap*. 2007: 535–544.
7. Longstreth G.F., Drossman D.A. Severe irritable bowel and functional abdominal pain syndromes: managing the patient and health care costs. *Clin Gastroenterol. Hepatol*. 2005, 3: 397–400.
8. O'Mahony L., McCarthy J., Kelly P. et al. Lactobacillus and Bifidobacterium in irritable bowel syndrome: symptom responses and relationship to cytokine profiles. *Gastroenterology*. 2005, 128: 541–551.
9. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. et.al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006, 130: 1480–1491.

Н.А. Мырзабаева

Особенности клинических проявлений синдрома  
раздраженного кишечника на фоне избыточной массы тела и  
ожирения у лиц молодого возраста

Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика, Киев,  
Казахский Национальный медицинский университет  
имени С.Д. Асфендиярова, Алматы

Вступление. В последние годы внимание клиницистов сосредотачивается на изучении роли избыточной массы тела и ожирения в возникновении и развитии функциональных нарушений пищеварительного тракта, в частности и патологии кишечника. Значительная распространенность синдрома раздраженного кишечника (СРК), а также избыточной массы тела (ИМТ) и ожирения делают актуальными поиски решения этих проблем.

Цель. Изучение особенностей клинических проявлений у пациентов с СРК на фоне ИМТ и ожирения у лиц молодого возраста.

Методы. Обследовано 37 пациентов с СРК на фоне ИМТ и ожирения. Возраст пациентов – 16-25 лет. Всем пациентам проводились стандартизированный опрос для выявления и уточнения жалоб, психологическое тестирование, общие, биохимические исследования крови, инструментальные (эндоскопические, рентгенологические) исследования, бактериологическое исследование кала, фракционное дуоденальное зондирование, УЗИ органов брюшной полости, исследование биоценоза кишечника.

Результаты. Клиническая картина СРК на фоне ИМТ и ожирения у лиц молодого возраста характеризовалась многообразием проявлений. Проведенные нами исследования показали, что важную роль в возникновении и проявлении СРК на фоне ИМТ и ожирения имеют психотравмирующие факторы. Изучение анамнестических и клинических особенностей у больных с СРК на фоне ИМТ и ожирения показало, что неблагоприятные семейные ситуации, повышенные требования социальной жизни, изменение характера питания могут являться пусковым механизмом в генезе кишечных расстройств у лиц молодого возраста.

Выводы. СРК на фоне ИМТ и ожирения у лиц молодого возраста характеризуются определенной клинической картиной и функционально-морфологическими нарушениями. Очевидно, это связано с психоэмоциональными факторами, некоторыми гормональными изменениями, происходящими в этом возрасте, нарушением адаптации организма к повышенным требованиям социальной жизни, изменения характера питания. Также у пациентов с СРК на фоне ИМТ и ожирения наблюдались нарушения функционального состояния вегетативной нервной системы.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, избыточная масса тела, ожирение, молодой возраст.

N. A. Myrzabayeva

## Clinical manifestations of irritable bowel syndrome in overweight and obese young adults

Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev,  
S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

**Introduction.** Clinicians' attention has been focused recently on the role of overweight and obesity in the occurrence and development of functional disorders of the digestive tract and intestinal malfunctions amongst others. A high prevalence of irritable bowel syndrome (IBS), and overweight as well as obesity make the search for solutions to these problems an urgent matter. **Purpose.** The purpose lies in studying the features of clinical manifestations in young patients with irritable bowel syndrome (IBS) within the context of overweight and obesity.

**Methods.** The study involved 37 patients aged between 16 and 25 years old with IBS within the context of overweight and obesity. All patients underwent a standardized survey to identify and clarify their complaints alongside psychological testing, general and biochemical blood tests, instrumental (endoscopic, radiological) tests, bacteriological examination of feces, fractional duodenal intubation, an abdominal ultrasound, and intestinal biocenosis examination.

**Results.** The clinical picture of IBS in overweight and obese young adults was characterized by a variety of manifestations. Our studies have shown that psycho-traumatic factors play an important in the occurrence and manifestation of IBS within the context of overweight and obesity. The study of anamnestic and clinical features in overweight and obese patients showed that unfavorable family circumstances, increased demands of social life, and dietary changes can act as triggers in the genesis of intestinal disorders in young adults.

**Conclusions.** IBS in overweight and obese young adults is characterized by certain clinical features along with functional and morphological disorders. Apparently, this is due to psycho-emotional factors, some hormonal changes that occur at this age, failure to adapt to the increased demands of social life, and dietary changes. Overweight and obese patients with IBS were also observed to have functional abnormalities of the autonomic nervous system.

**Key words:** irritable bowel syndrome, overweight, obesity, young age.

© А.Ф. НЕЧАЙ, 2013

А.Ф. Нечай

## ПРОБЛЕМА ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЕПІЛЕПСІЇ ТА НЕЕПІЛЕПТИЧНИХ ПАРОКСИЗ-МАЛЬНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Київська міська дитяча клінічна лікарня №1

**Вступ.** Неепілептичні стани у дітей раннього віку є поширеними розладами, які часто імітують епілептичні випадки та потребують диференційної діагностики.

**Мета.** Узагальнення сучасних літературних даних щодо диференційної діагностики епілепсії та неепілептичних розладів у дітей раннього віку для привернення уваги медичної спільноти до існуючої проблеми.