

104–107.

3. Москаленко В. Ф. Чинники ризику як концептуальна основа глобальних стратегій профілактичних програм / В. Ф. Москаленко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. – 2009. – № 3. – С. 9 – 24.

4. Global health risks mortality and burden of disease attributable to selected major risks / World Health Organization, 2009. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_corrigena_20091103.pdf

5. Воробьева Л. И. Рак тела матки / Л. И. Воробьева // Здоров'я України. – 2009. – № 1 – 2. – С. 14.

6. Децик О. З. Бідність як детермінант нездоров'я жінок в період менопаузи / О. З. Децик, Н. І. Кольцова // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 1 (25). – С. 167 – 168.

7. Cancer prevention / World Health Organization, 2007. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/cancer/prevention/en/index.html>

8. Зміни гормонального гомеостазу у жінок з пухлиноподібними ураженнями яєчників у динаміці лікування / І. Б. Вовк, А. Г. Корнацька, З. Б. Хомінська [та ін.] // Здоров'я жінки. – 2007. – № 2 (30). – С. 164 – 167.

9. Герасимов А. Н. Медицинская статистика: Учебное пособие / Герасимов А. Н. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 480 с.

10. Биостатистика / [Москаленко В. Ф., Гульній О. П., Голубчиков М. В. та ін.]; під заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.

Самотювка О.Л.

Изучение весомости влияния различных факторов на формирование онкогинекологических заболеваний как научное обоснование разработки программ их профилактики

Резюме. Формирование онкогинекологической заболеваемости в значительной мере зависит от эндогенных факторов: хронические заболевания матки и придатков увеличивают возможность возникновения онкозаболеваний половых органов в семь раз (OR=7,16; 95

% CI: 1,72 – 12,6; p<0,002), маточные кровотечения – в пять раз (OR=5,12; 95 % CI: 1,92 – 8,32; p<0,002). Весомость влияния этих факторов уменьшается с возрастом – наибольшее прогностическое значение они имеют у молодых женщин. Доказано увеличение в три раза риска возникновения онкозаболеваний половых органов под влиянием медико-организационных факторов, в частности несвоевременного и нерегулярного посещения врача акушер-гинеколога или акушерки (OR=2,86; 95% CI: 1,18 – 4,53; p<0,002). Скрининговые программы выявления предраковых заболеваний и состояний, особенно у женщин моложе 40 лет, а также информационные сообщения о факторах риска и важности регулярного посещения гинеколога или акушерки должны стать основой профилактических программ онкогинекологических заболеваний на уровне систем здравоохранения.

Ключевые слова: онкологические заболевания женских половых органов, факторы риска.

Samotovka O.L.

Study of Different Factors of Influence on Oncogynecological Diseases Initiation as Scientific Substantiation of their Prevention

Summary. Oncological morbidity occurrence strongly depends on endogenous factors: chronic diseases of uterine and adnexa increase the possibility of oncological diseases initiation in seven times (OR=7.16; 95 % CI: 1.72 – 12.6; p<0.002), uterine bleeding – in five times (OR=5.12; 95 % CI: 1.92 – 8.32; p<0.002). Factors influence ponderability decrease with age – the most important prognostic weight is among young women. Risk of getting female reproductive tract cancer increase in three times as the result of medical-organizational factors – untimely and irregular doctor obstetrician-gynaecologist or midwife visits (OR=2.86; 95 % CI: 1.18 – 4.53; p<0.002). Screening programs for detecting pre-malignant conditions, especially among women under age 40, informational message about risks and importance of doctor's obstetrician-gynaecologist or midwife's regular visits should become the basis of oncogynecological preventive programs on the level of health care systems.

Key words: cancer of women reproductive tract, risk factors.

Надійшла 14.01.2013 року.

УДК 616-007.43+616-053.2/.5+616.126.42

Синоверська О.Б.

Особливості диспансеризації дітей із мікроаномаліями розвитку серця

Кафедра педіатрії (зав. каф. – проф. А.Б.Волосянко) ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. Проведено аналіз ефективності диспансерного спостереження та застосування немедикаментозних методів корекції у дітей із мікроаномаліями розвитку серця. Показано, що проведення адекватної реабілітації, що включає загальнорежимні заходи, корекцію харчування та фізичних навантажень, у пацієнтів із дисплазією сполучної тканини серця дозволяє забезпечити оптимальний контроль над захворюванням, попередити прогресування та запобігти виникненню ускладнень. Розроблено основні принципи диспансерного нагляду за дітьми із вираженими дезадаптивними змінами на тлі МАРС.

Ключові слова: мікроаномалій розвитку серця, диспансеризація, діти.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Мікроаномалії розвитку серця (МАРС) – це локальний прояв сполучнотканинної дисплазії, що розглядається як самостійний синдром мультифакторіальної природи [4]. За останнє десятиліття намітилася чітка тенденція до впорядкування та раціоналізації уявлень про діагностику, номенклатуру, епідеміологію, особливості перебігу та прогнозу, а також принципи лікування осіб із МАРС [6]. Цей істотний прогрес зумовлений цілим рядом факторів: встановленням ультраструктурних змін позаклітинного матриксу міокарда за даними післяопераційних та аутопсійних досліджень; об-

ґрунтуванням ролі спадкових факторів в генезі МАРС; уточненням стереометричних особливостей різних внутрішньо-серцевих структур і виробленням чітких критеріїв їх діагностики; проведенням репрезентативних досліджень поширеності пролапсу мітрального клапана, характеру його перебігу і вироблення на цій основі раціональних профілактичних та лікувальних підходів [1, 2, 3, 5].

В той же час, тактика ведення пацієнтів із МАРС представляє собою складну і далеко не вирішену проблему. Дискутабельними залишаються питання кратності обов'язкових диспансерних оглядів, об'єму обстежень, який повинен включати огляд, рекомендацій щодо режиму фізичних навантажень, спортивної та військової експертиз, доцільності та об'єму медикаментозної корекції проявів та ускладнень МАРС у дітей.

Мета роботи: проаналізувати особливості перебігу МАРС у дітей в часі та розробити рекомендації щодо диспансерного нагляду за ними.

Матеріал і методи дослідження

У рамках дослідження проведено тривале 5-річне спостереження за перебігом МАРС у 72 дітей. Нозологічно в групу тривалого спостереження ввійшли 20 дітей із пролапсом мітрального

клапана (ПМК), 13 – із міксоматозною дегенерацією мітрального клапана, 7 – із пролапсом трикуспідального клапана, 5 – із ідіопатичною дилатацією легеневої артерії та 27 – із аномальними хордами лівого шлуночка.

Диспансерний нагляд за пацієнтами проводився у режимі активних візитів у заздалегідь призначені терміни (як правило 1 раз у 3 місяці) або при погіршенні стану дитини. При об'єктивному обстеженні проводилася аускультация в положенні лежачи на спині, на лівому боці, сидячи, стоячи, після стрибків і при нагузуванні, записувалася електрокардіограма в положенні лежачи та стоячи.

При цьому ЕКГ реєстрували кожні три місяці (чи при погіршенні стану), контроль показників РеоЕГ, транскраніальної доплерографії, ЕхоКС та навантажувальних тестів проводили щопівроку.

Батьки дітей чи самі пацієнти вели щоденник самопочуття, у якому відображали основні соматичні скарги, коливання артеріального тиску чи частоти серцевих скорочень. Контроль записів у щоденнику проводився при кожному наступному візиті пацієнта та визначав об'єм рекомендацій, що давалися дитині надалі.

Результати дослідження та їх обговорення

Слід зазначити, що перебіг захворювання у пацієнтів, включених у групу тривалого спостереження, значно відрізнявся і визначався не лише вихідним ступенем вираженості дезадаптивних змін, але й станом мікросоціального оточення дитини та рівнем самодисципліни (бажання та здатність дотримуватися отриманих рекомендацій).

На загал, тривале спостереження за пацієнтами із МАРС дозволило виділити певну циркадність у перебігу захворювання. Так, погіршення стану у більшості дітей відзначали восени та навесні, що самі діти та їх батьки чітко пов'язують із наростанням інтенсивності шкільних навантажень та вираженою мінливістю метеоумов. Часто пацієнти відзначали погіршення стану після перенесених інфекційних захворювань (ГРВЗ, загострення хронічних захворювань, тощо).

У процесі спостереження чітко відзначали прогресування основних клінічних проявів та частоти їх маніфестацій при досягненні дітьми пубертатного віку. Причому така тенденція була притаманна дітям як із нормальним рівнем адаптації, так і з вираженими дезадаптивними змінами. Більше того, у 5 із 23 дітей із вихідним нормальним адаптивним діапазоном з віком відзначали наростання вираженості дезадаптивних змін, що вимагало зміни як режиму диспансерного нагляду, так і підходу до медикаментозної терапії.

Динамічне спостереження за дітьми дозволило верифікувати прогресування структурно-морфологічних змін в серці у дітей із МАРС в часі. Так, відзначали наростання ступеня пролабування клапанів, їх міксоматозної дегенерації, зростання діаметру аV-кільця та відповідного рівня трансклапанної регургітації у 7 із 40 пацієнтів (17,5 %), наростання ступеня дилатації легеневої артерії та пов'язаної із нею легеневої гіпертензії у 1 із 5 обстежених (20,0 %), появу чи наростання ознак дисфункції лівого шлуночка у 17 із 72 пацієнтів (23,6 %). Такі зміни вимагали медикаментозної корекції, яка у індивідуальному порядку підбиралася кожному пацієнту і включала, в основному, кардіотрофіки, препарати магнію, мінімальні вікові дози ІАПФ.

Діти диспансерної групи отримували рекомендації згідно із Протоколом МОЗ України № 362 від 19.07.2005. Рекомендували застосування немедикаментозних методів лікування, що включали: - адекватну віковій організації праці та відпочинку; - дотримання розпорядку дня; - раціональне, збалансоване харчування; - психотерапію і аутотренінг; - водо- і бальнеотерапію; - масаж (ручний, підводний і ін.); - фізіотерапію (електрофорез з MgSO₄, електросон і ін.); - заняття фізкультурою, ЛФК.

Діти отримували певні вказівки щодо способу життя, раціону харчування та ступеня фізичної активності. Рекомендації, що давалися пацієнтам, були орієнтовані на тренування кардіореспіраторної системи та нормалізацію показників вегетативної регуляції. Рекомендували проведення амбулаторної фізичної реабілітації, що включала різноманітні види

м'язової діяльності: щоденна гімнастика (кожному пацієнту був рекомендований для виконання в домашніх умовах індивідуальний комплекс вправ) та аеробні навантаження. Після проведення комплексу ранкової гімнастики радили приймати контрастний душ. Крім того, залежно від пори року рекомендували плавання, їзду на велосипеді, ходьбу на лижах, легкий біг, танці, бадмінтон. Контрольним орієнтиром при цьому були частота серцевих скорочень та загальне самопочуття, зміна яких щоденно відзначалася дітьми чи батьками в щоденнику самоконтролю.

При розробці рекомендацій з лікувального харчування орієнтувалися, в основному, на стан вегетативного тону та рівень артеріального тиску [7]. Дітям із підвищеною симпатoadреналовою активністю та схильністю до артеріальної гіпертензії рекомендували помірно обмежувати (не більше 10-15 г/добу) кухонну сіль, цукор, чай, каву та прянощі. Радили включити в раціон ячневу та рисову каші, нежирні сорти м'яса та рибу, білий хліб, фрукти і овочі, молоко, кефір, домашній сир, рослинні олії. Дітям із підвищеною парасимпатичною активністю та артеріальною гіпотензією рекомендували їжу, що містить достатню кількість рідини, маринади, чай, каву (краще з молоком), шоколад, кефір, гречану кашу, свинину і гов'ядину, вершкове масло, чорний хліб, горох, ковбаси і сири. Всім дітям (за умов відсутності алергії) рекомендували вечірній прийом меду (курсами по 2-3 місяці щопівроку) та різноманітні соки, настої, компоти та відвари із трав та фруктів, мінеральну воду.

Згідно із Протоколом ведення дітей із ПМК дітям із первинними безсимптомними пролапсами мітрального та трикуспідального клапанів без трансклапанної регургітації не призначали медикаментозного лікування. Батькам дітей цієї групи пояснювали, що прогноз цього захворювання сприятливий, а отже обмежувати їм фізичне навантаження не слід.

Згідно із «Рекомендаціями щодо участі в спортивних змаганнях осіб із ПМК», що були затверджені на XXVI конференції BETHESDA (США, 1994) рекомендували звільнити від занять фізкультурою у загальній групі та спортом дітей із пролапсами клапанів, що супроводжується трансклапанною регургітацією, шлуночковими аритміями, збільшенням інтервалу QT, порушеннями процесів реполяризації, виникненням синкопальних станів.

Поза тим, забороняли брати участь у будь-яких спортивних змаганнях пацієнтам із МАРС за наявності в анамнезі синкоп аритмогенного генезу, раптової смерті серед родичів, пов'язаної з серцевими мікроаномаліями, наявності синдрому раннього збудження шлуночків, рецидивів пароксизмальних суправентрикулярних тахікардій, особливо в разі їх збільшення на тлі фізичного і психоемоційного навантаження, трансклапанної регургітації та тромбоемболії в анамнезі.

Слід зазначити, що дотримання вказаних рекомендацій супроводжувалося покращенням самопочуття та загального стану більшості пацієнтів, зменшенням вираженості супутніх вегетативних розладів, зростанням толерантності до фізичних навантажень та працездатності.

Таким чином, проведене дослідження показало, що МАРС є нозологією із складним, багатокомпонентним механізмом розвитку та прогресування, чітким вікозалежним проградієнтним перебігом та поліморфною клінічною картиною. Проведення адекватної програми диспансеризації у дітей із МАРС дозволяє оптимізувати контроль над захворюванням, мінімізувати прогресування структурно-морфологічних змін в серці та покращити якість життя пацієнтів та їх родин.

Висновки

1. Проведення адекватної диспансеризації у пацієнтів із малими серцевими аномаліями дозволяє забезпечити регрес клінічних проявів захворювання, зменшити прояви функціональної неспроможності міокарда та підтримувати ефектив-

не гемодинамічне забезпечення фізичних навантажень.

2. Диспансерний нагляд за дітьми із МАРС варто проводити щоквартально (із реєстрацією ЕКГ кожні три місяці (чи при погіршенні стану) та контролем показників РеоЕГ, ТКДГ, ДМАТ, ЕхоКС та навантажувальних тестів щопівроку.

Перспектива подальших досліджень

Отримані в ході проведеного дослідження результати є базисними в плані розробки рекомендацій щодо тактики ведення та реабілітації пацієнтів із різними варіантами МАРС.

Література

1. Викторова И.А. Методология и экономическая эффективность курации пациентов с дисплазией соединительной ткани в практике семейного врача / И.А.Викторова, Г.И. Нечаева // В кн. Дисплазия соединительной ткани.- Омск: Из-во ОГМА, 2002.- С. 11-24.
2. Гладких Н. Н. Диспансеризация пациентов с первичным пролапсом митрального клапана / Н. Н. Гладких, А. В. Ягода // Качественная диагностика, лечение, реабилитация и диспансеризация – залог успеха кардиологии в достижении активного творческого долголетия, улучшения качества жизни и уровня здоровья Российской нации : материалы VI съезда кардиологов Южного Федерального округа (Ростов-на-Дону, 28-30 мая 2007 г.) / РостГМУ. - Ростов-на-Дону, 2007. - С. 71-72.
3. Ильин А.Г. Функциональные возможности организма и их значение в оценке состояния здоровья подростков / А.Г.Ильин, Л.А. Агапова // Гигиена и санитария.-2000.- №5.- С. 43-46.
4. Марценюк Ю.О. Пролапс митрального клапана: хвороба чи анатомічна аномалія? / Ю.О. Марценюк, О.П. Волосовець, С.П. Кривошустов // Здоров'я України.- 2007.- №6. - С. 32.
5. Тер-Галстян А.А. Аномально расположенная хорда и пролапс митрального клапана у детей и подростков / А.А.Тер-Галстян, Ар.А.Галстян, Т.Ф. Потапенко // Росс. вестник перинатол. и педиатр.- 2004.- №3.- С. 32-38.

6. Трисветова Е.Л. Малые аномалии сердца / Е.Л.Трисветова, А.А. Бова // Клини. медицина.- 2002.- №1.- С. 9-15.

7. Царегородцева Л.В. Лечение синдрома вегетативной дистонии /Л.В.Царегородцева // Педиатрия.- 2003.- №2.- С. 52-56.

Синоверская О.Б.

Особенности диспансеризации детей с микроаномалиями развития сердца

Резюме. Проведен анализ эффективности диспансерного наблюдения и применения немедикаментозных методов коррекции у детей с микроаномалиями развития сердца. Показано, что проведение адекватной реабилитации, включающей общережимные мероприятия, коррекцию питания и физических нагрузок, у пациентов с дисплазией соединительной ткани сердца позволяет обеспечить оптимальный контроль над заболеванием, предупредить прогрессирование и предотвратить возникновение осложнений. Разработаны основные принципы диспансерного наблюдения за детьми с выраженными дезадаптивными изменениями на фоне МАРС.

Ключевые слова: микроаномалии развития сердца, диспансеризация, дети.

Synoverska O.B.

Features of Clinical Supervision in Children with Mycroabnormalities of Heart Development

Summary: The analysis of the effectiveness of clinical supervision and the use non-drug methods of correction in children with mikroabnormalities of heart development. It is shown, that the conduct adequate rehabilitation, which includes regime measures, correction of nutrition and physical activity in patients with dysplasia of the connective tissue of the heart allows optimal control of disease to prevent progression and complications. Fundamental principles of clinical supervision for children with severe exclusion changes are worked out.

Key words: mikroanomalities of heart development, clinical examination, children.

Надійшла 05.11.2012 року.

УДК 616-056.3

*Яцишин Р.І., Герич П.Р., Мигович В.В., Венгренюк Л.В., Попадинець І.Р., Мигович Л.Д. *, Волошинович Н.М. *, Луців М.М. *, Смачило Г.М. *, Розкладай А.М. *, Крива Г.О. *, Деркач М.І. *, Юрчишин Н.Б. **

Аналіз роботи алергологічної служби в Івано-Франківській області (2011 р.)

Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. акад. Нейка Є.М. (зав. каф. – проф. Р.І.Яцишин) ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

*Івано-Франківська обласна клінічна лікарня (головний лікар – к.мед.н., доцент О.І. Гришук)

Резюме. Проведений аналіз основних показників роботи алергологічної служби в Івано-Франківській області за 2011 рік. Основним завданням алергологічної служби в нашій області є забезпечення лікувально-діагностичної та консультативної допомоги населенню області. Ця служба надає стаціонарну і поліклінічну висококваліфіковану медичну допомогу населенню. Забезпечення стаціонарної допомоги хворим алергологічною патологією в Івано-Франківській області здійснюється в основному в алергологічному відділенні ОКЛ. Зазначено напрямки подальшого удосконалення надання медичної допомоги хворим на алергічні захворювання.

Ключові слова: алергологічна служба, показники роботи, напрямки розвитку.

Алергологія в Україні: проблеми та перспективи. У практичних медичних закладах України працює 301 лікар-алерголог, у тому числі 109 алергологів-педіатрів. Забезпеченість на 10 тис. населення алергологами складає всього 0,07; алергологами-терапевтами дорослого населення – 0,05; алергологами-педіатрами дитячого населення – 0,13. Є підстави вважати таку забезпеченість фахівцями-алергологами недостатньою [1, 2].

Як показав аналіз, далеко не у всіх регіонах алергологи працюють як лікарі-консультанти. У багатьох областях вони ведуть прийом без попереднього обстеження лікарями загального фаху та лікують не завжди «свою» патологію. Про це свідчать, зокрема, велика кількість хворих, яку обстежують у значній частині регіонів (понад 10 хворих у день); дуже «строкате» охоплення специфічними методами обстеження вперше виявлених хворих (від 2 до 79%); така ж забезпеченість значної кількості областей діагностичними та лікувальними алергенами (від 4,14% до 132,52 на 10 тис. населення); різне охоплення спірографією хворих на бронхіальну астму (від 9 до 100%); обмежене застосування сучасних лабораторних методів діагностики [3, 4].

Великою проблемою не тільки для алергологічної служби, але й, без перебільшення, для всього нашого суспільства, залишається ситуація з побічними реакціями на лікарські засоби (ЛЗ). Згідно з повідомленнями з регіонів за 2006 рік зареєстровано понад 50 випадків смерті, асоційованих із застосуванням ЛЗ, 113 випадків медикаментозного анафілактичного шоку, 135 випадків важких проявів непереносимості ЛЗ у