

Бабій Л.М., Ольховський В.О., Шкляр А.С. *Соматотип та його взаємозв'язки з анатомо-топографічними особливостями шлунка людини.*

Виявлено, що серед доліхоморфного та мезоморфного соматотипів найбільш частими є дві форми шлунка – гачкоподібна та рогоподібна відповідно (21,3±2,1%) та (41,7±2,5%). Найбільшу морфометричну гетерогенність виявлено при обстеженні осіб з брахіморфним соматотипом; в цій групі обстежених на фоні переважання гачкоподібної (25,2±2,2%) та рогоподібної (7,3±1,3%) форм. Із соматометричних факторів найбільш впливовим є соматотип обстежених ($R_{\text{кк}}=0,523$), тоді як серед органометричних факторів – провідна роль належить положенню шлунка ($R_{\text{кк}}=0,483$). Вказані системо-утворюючі фактори займають відповідно перше та друге рангові місця.

Ключові слова: соматотип, анатомія, топографія, шлунок.

Резюме

Бабий Л.Н., Ольховський В.А., Шкляр А.С. *Соматотип и его взаимосвязи с анатомо-топографическими особенностями желудка человека.*

Виявлено, что среди лиц с доlichоморфным и мезоморфным соматотипом наиболее частыми есть две формы желудка – крючкообразная и рогообразная соответственно у (21,3±2,1%) и (41,7±2,5%). Наибольшую морфометрическую гетерогенность выявлено среди лиц с брахиморфным соматотипом; в этой группе преобладали крючкоподобная (25,2±2,2%) и рогоподобная формы (7,3±1,3%) желудка. Из соматометрических факторов наиболее влиятельным выявился соматотип обследованных ($R_{\text{кк}}=0,523$), тогда как среди органометрических – ведущая роль принадлежит положению желудка ($R_{\text{кк}}=0,483$); указанные системообразующие факторы занимают соответственно первое и второе ранговые места по силе влияния.

Ключові слова: соматотип, анатомія, топографія, желудок.

Summary

Babiy L.M., Olkhovskiy V.O., Shklyar A.S. *Somatotype and its interdependence with the characteristics of the anatomical topography of the human's stomach.*

Analyzing the dependence of the stomach anatomical shapes on the somatotype it has been revealed that dolychomorph and mesomorph somatotypes subjects in most cases had two stomach shapes – hook-shaped and hornlike (21,3±2,1% and 41,7±2,5% correspondingly). Morphometric heterogeneity was utmostly observed among the subjects of brachymorph somatotype; in this group of subjects the hook-shaped and hornlike stomach shapes prevailed (25,2±2,2% and 7,3±1,3% correspondingly). The somatotype of the subjects is one of the most consequential somatometric factors ($R_{\text{кк}}=0,523$), while the stomach position is one of the most significant factors among the organometric ones ($R_{\text{кк}}=0,483$). The abovementioned factors take first and second place by their rank.

Key words: somatotype, anatomia, topographya, stomach.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.І. Лузін

**КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ
СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ,
ПОЄДНАНОГО З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
В АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ УМОВАХ**

В.І. Бикадоров, В.О. Терьопин

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

Синдром подразненого кишечника (СПК), як в Україні так і в усіх провідних країнах світу, вважається однією з найбільш розповсюджених хвороб органів травлення, що обумовлює його значущість для лікарів усіх спеціальностей терапевтичного профілю [3, 12, 14, 20]. Згідно даних останніх досліджень СПК вражає переважно людей молодого, тобто найбільш працездатного віку, що становить не тільки терапевтичну проблему, але й насамперед соціальну, яка призводить до розвитку тимчасової або стійкої втрати працездатності [4, 24, 25, 26]. Завдяки формуванню синдрому взаємного обтяження ускладнює перебіг та погіршує ефективність лікування цього захворювання не менш важлива патологія гепатобіліарної системи, а саме хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) [9, 11, 15, 18, 23].

На даний момент все більш актуальною стає проблема коморбідної патології, тобто сполучення двох або більше нозологічних одиниць в одного хворого. Але патогенетичні механізми СПК, поєданого з ХНХ в сучасній науковій літературі ще недостатньо вивчені, а також не розроблені конструктивні та раціональні методи лікування СПК, поєданого з ХНХ [2, 16, 17, 22, 27].

Враховуючи високу розповсюдженість даної коморбідної патології, недостатню вивченість вплива патогенетичних механізмів взаємообтяження СПК та ХНХ на клінічну картину цих захворювань, а також той факт, що більшість хворих з СПК, поєданого з ХНХ підлягають лікуванню в амбулаторно-поліклінічних умовах (АПУ), вважаємо доцільним вивчення та аналіз особливостей клінічної симптоматики СПК, поєданого з ХНХ при лікуванні в АПУ з використанням сучасних препаратів – пробіотики лаціум та сучасного спазмолітичного препарату спазмомен (отилонію бромід).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: Стаття виконувалася відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і являє собою фрагмент тем НДР: "Клініко-патогенетичні особливості хронічного некалькульозного холециститу, сполученого з синдромом екологічного обумовленого імунodefіциту; лікування та медична реабілітація" (№ держреєстрації 0109U005266), та «Клініко-патогенетична характеристика, лікування та медична реабілітація хворих на синдром подразненого кишечника, поєднаний з нейроциркуляторною дистонією» (№ держреєстрації 0113U004381).

Метою роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу СПК, поєднаного з ХНХ на тлі лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Матеріали та методи обстеження

Під наглядом знаходилося 72 хворих із встановленим діагнозом СПК поєднаного з ХНХ віком від 19 до 59 років, в тому числі 34 чоловіка та 38 жінок. Діагноз СПК поєднаного з ХНХ був виставлений за даними анамнезу, клінічного та лабораторного обстеження (в тому числі оцінки стану мікробіоценозу кишечника за результатами бактеріологічного дослідження калу, а також досліджень вмісту жовчі після проведення багатофракційного дуоденального зондування), результатів колоноскопії, а також ультразвукового дослідження (УЗД) стану органів черевної порожнини [1, 21].

Усі обстежені хворі з СПК, поєднаного з ХНХ були розподілені на дві групи основну (37 хворих) та зіставлення (35 пацієнтів), рандомізовані по статі та віку. Хворим групи зіставлення здійснювалося загальноприйняте лікування у відповідності до «Стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення», затвердженим наказом МОЗ України від 13.06.2005 № 271 [5, 6]. Усі хворі отримували пробіотики, спазмолітики, холекінетики, антигістамінні засоби, ферментні препарати, за показаннями – антибактеріальні засоби [1, 10, 13, 19].

Хворі основної групи у якості пробіотика отримували сучасний препарат лаціум 1 саше двічі на добу, два тижня поспіль, та у якості спазмолітика спазмомен по 1 табл. (40 мг) 2 рази на добу 10 днів.

Лаціум являє собою препарат, що містить у собі культуру живих бактерій. Використовується при корекції та попередженні негативних наслідків лікування антибіотиками та іншими лікарськими засобами, а також при дисбактеріозі й порушенні оптимального

балансу кишкової мікрофлори. Виготовляється у вигляді порошку, 1 саше містить: Bifidobacterium bifidum, Bifidobacterium lactis (2 штаму), Enterococcus faecium, Lactobacillus acidophilus (2 штаму), Lactobacillus paracasei, Lactobacillus plantarum, Lactobacillus rhamnosus, Lactobacillus salivarius - не менш $1,0 \cdot 10^9$ КОО/г.

Для реалізації мети дослідження у всіх обстежених хворих на СПК, поєднаного з ХНХ була вивчена суб'єктивні та об'єктивні симптоми до початку та після завершення лікування.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері Intel Pentium Core Duo методом одно- та багатofакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Office 2007, Microsoft Excel, Stadia 6.1/prof та Statistica, XLSTAT-Pro для MS Excel, Statistical Package for Social Science); при цьому урахування особливості використання статистичних методів у медико-біологічних дослідженнях [7, 8].

Отримані результати та їхнє обговорення

До початку лікування у обстежених хворих з СПК поєднаного з ХНХ спостерігалась клінічна картина, яка характеризувалася загальною слабкістю, нездужанням, здуттям живота, порушеннями дефекації у вигляді проносів або навпаки наявністю закрепів, періодично виникаючими болями в області живота, особливо після прийому їжі, тяжкістю в правому підбер'ї, гіркотою в роті, обкладенням язика білим нальотом, наявністю слабопозитивних симптомів Ортнера і Кера [4]. При проведенні ультразвукової діагностики (УЗД) органів черевної порожнини в усіх обстежених хворих спостерігалися характерні зміни сонографічної картини: потовщення стінки жовчного міхура, розширення загального жовчного протоку, наявність рідини навколо жовчного міхура.

Суб'єктивні симптоми (скарги хворих на стан здоров'я) було проаналізовані та узагальнені окремо в обох групах хворих (основній та зіставлення) (табл. 1). Як видно з даної таблиці 1, до початку лікування суттєвих розбіжностей, що до скарг хворих обох груп у відносному співвідношенні встановлено не було. Так, домінуючою скаргою у пацієнтів основної групи та групи зіставлення можна вважати болі у животі, що зменшуються після акта дефекації та тривають більш ніж 3 доби за місяць на протязі не менш 3 місяців, ця скарга була в усіх хворих, що були під нашим наглядом. Також хворі скаржилися на наявність частих закрепів в основній групі кількість таких хворих

складала 32 особи (86,5%), в групі зіставлення 31 пацієнт (88,6%). Важкість у правому підребер'ї була в основній групі у 35 хворих (94,6%), у групі зіставлення у 33 хворих (94,3%). Здуття живота спостерігалось в основній групі у 31 хворого (83,8%), в групі зіставлення у 29 пацієнтів (82,9%). Емоційна лабільність мала місце в основній групі у 32 осіб (86,5%), в групі зіставлення у 30 хворих (85,7%). Підвищена дратівливість була наявна в основній групі у 21 особи (56,8%), в групі зіставлення у 20 пацієнтів (57,1%). Гіркота у роті, котру пов'язували з прийомом їжі у хворих основної групи була наявна в 30 осіб (81,1%), в групі зіставлення у 28 хворих (80,0%). На метеоризм скаржилися 27 хворих (73,0%) основної групи та 26 пацієнтів (74,3%) з групи зіставлення. Чергування закрепів та діарей були наявні у 5 осіб (13,5%) основної групи та у 4 хворих (11,4%) групи зіставлення. Зниження апетиту у хворих основної групи було у 17 пацієнтів (45,9%) та у 15 осіб (42,9%) групи зіставлення. Біль у правому підребер'ї була в 3 хворих основної групи (8,1%) та у 2 осіб (5,7%) групи зіставлення.

Таблиця 1

Суб'єктивна симптоматика у обстежених хворих (абс. і %)

Скарги обстежених хворих (суб'єктивна симптоматика)	Частота виявлення симптомів	
	Хворі на СПК, поєднаний з ХНХ	
	основна група (n=37)	група зіставлення (n=35)
біль та дискомфорт в животі	37/100	35/100
закрепи	32/86,5	31/88,6
важкість у правому підребер'ї	35/94,6	33/94,3
здуття живота	31/83,8	29/82,9
емоційна лабільність	32/86,5	30/85,7
підвищена дратівливість	21/56,8	20/57,1
гіркота у роті	30/81,1	28/80,0
метеоризм	27/73,0	26/74,3
чергування закрепів та діарей	5/13,5	4/11,4
зниження апетиту	17/45,9	15/42,9
болі у правому підребер'ї	3/8,1	2/5,7

Об'єктивна симптоматика, що мала місце в обстежених хворих, також була проаналізована окремо в обох групах хворих на СПК, поєднаний з ХНХ (табл. 2).

Таблиця 2

Об'єктивна клінічна симптоматика у обстежених пацієнтів (абс. і %)

Клінічні симптоми	Частота виявлення симптомів	
	Хворі на СПК, поєднаний з ХНХ	
	основна група (n=37)	група зіставлення (n=35)
біль при пальпації в епігастрії	34/91,9	32/91,4
обкладення язика білим нальотом	36/97,3	34/97,1
біль при пальпації у правому підребер'ї	36/97,3	33/94,3
позитивні симптоми: Кера	35/94,6	34/97,1
Ортнера	34/91,9	31/88,6

При об'єктивному огляді у 34 пацієнтів (91,9%) основної групи та 32 хворого (91,4%) групи зіставлення відмічався біль при пальпації в епігастрії, обкладення язика білим нальотом спостерігалось у 36 осіб (97,3%) основної групи та у 34 хворих (97,1%) групи зіставлення, біль при пальпації у правому підребер'ї була присутня у 36 хворих (97,3%) основної групи та у 33 пацієнтів (94,3%) групи зіставлення; позитивний симптом Кера був у 35 хворих (94,6%) основної групи та у 34 осіб (97,1%) групи зіставлення, позитивний симптом Ортнера був у 34 хворих (91,9%) основної групи та у 31 пацієнта (88,6%) групи зіставлення.

Виходячи з вищенаведених даних можна вважати, що частота об'єктивної симптоматики у хворих основної групи та групи зіставлення була практично однаковою ($P > 0,05-0,1$), що свідчить про однотиповість обох груп.

Як видно з таблиці 3, в динаміці лікування спостерігалась більша позитивна тенденція в основній групі, котра отримувала сучасні препарати лаціум та спазмамен. А саме - скарги на біль та дискомфорт у животі у хворих основної групи зникали на $(2,6 \pm 0,3)$ дні раніше ніж у хворих групи зіставлення, закрепни в основній групі зникали на $(2,6 \pm 0,3)$ дні швидше ніж в групі зіставлення, здуття живота проходило на в основній групі на $(3,8 \pm 0,4)$ дні раніше, ніж в групі зіставлення. Важкість у правому підребер'ї зникала в основній групі на $(4,3 \pm 0,2)$ дні раніше ніж в групі зіставлення, емоційна лабільність та підвищена дратівливість в основній групі зникали майже у два рази швидше по відношенню до групи зіставлення. Гіркота у роті в основній групі

зникала на (3,3±0,4) дні раніше ніж в групі зіставлення, метеоризм проходив в основній групі на (4,8±0,3) дні швидше, ніж в групі зіставлення, зниження апетиту в основній групі тривало на (1,9±0,2) дні менше ніж в групі зіставлення. Болі у правому підребер'ї проходили на (2,3±0,4) дні раніше в основній групі, ніж в групі зіставлення.

Таблиця 3

Динаміка симптоматики показників у хворих з СПК, сполученого з ХНХ, під впливом лікування (M±m)

Клінічні показники	Тривалість збереження (діб):		Різниця (діб)	P
	основна група (n=37)	група зіставлення (n=35)		
біль та дискомфорт в животі	4,6±0,7	7,2±0,5	2,6±	<0,01
закрепи	1,8±0,6	3,9±0,6	2,1±	<0,05
здуття живота	5,8±0,6	9,6±0,6	3,8±	<0,01
важкість у правому підребер'ї	8,9±	13,2±	4,3±	<0,01
емоційна лабільність	2,3±	4,7±	2,4±	<0,01
підвищена дратівливість	2,1±	3,6±	1,5±	<0,01
гіркота у роті	5,1±	8,4±	3,3±	<0,01
метеоризм	4,9±	9,7±	4,8±	<0,01
зниження апетиту	3,9±0,5	5,8±0,5	1,9±	<0,01
болі у правому підребер'ї	2,6±0,3	4,9±0,4	2,3±	<0,01
біль при пальпації в епігастрії	4,3±	8,1±	3,8±	<0,01
обкладення язика білим нальотом	7,6±	12,9±	5,3±	<0,01
біль при пальпації у правому підребер'ї	4,2±	6,6±	2,4±	<0,01
позитивні симптоми: Кера	4,1±0,4	7,3±0,5	3,2±0,3	<0,01
Ортнера	3,8±0,4	7,1±0,5	3,3±0,2	<0,01

Що стосується об'єктивних симптомів, то тут також спостерігалася дещо більш позитивна динамка в основній групі, ніж в групі зіставлення. Так, біль при пальпації в епігастрії у хворих основної групи зникав на (3,8±0,2) дні раніше ніж в групі зіставлення, білий наліт на язичку у хворих основної групи зникав на (5,3±0,3) дні раніше, ніж у пацієнтів групи зіставлення; біль при пальпації у правому підребер'ї зникав на (2,4±0,2) дні раніше у осіб основної групи, ніж

у хворих групи зіставлення; позитивний симптом Кера та Ортнера тривали у середньому на (3,2±0,3) дні довше у хворих групи зіставлення, а ніж у осіб основної групи.

Виходячи з вищенаведених даних можна вважати включення в комплекс лікування в якості пробіотика сучасного еубіотика, що містить 10 штамів живої культури корисних мікроорганізмів та спазмолітичного препарату спазмомен (отилонію бромід) клінічно обґрунтованим та доцільним для використання в комплексі лікування в АПУ хворих з СПК, сполученим з ХНХ.

Висновки

1. Коморбідність СПК та ХНХ у всіх хворих, що знаходилися під спостереженням негативно впливала на перебіг обох захворювань, це проявлялося у більш тяжкому перебігу кожної патології як окремої нозологічної одиниці, а також у подовженні терміну одужання пацієнтів.

2. При об'єктивному огляді у 91,9% пацієнтів основної групи та 91,4% хворих групи зіставлення відмічався біль при пальпації в епігастрії, обкладення язика білим нальотом спостерігалася у 97,3% осіб основної групи та у 97,1% хворих групи зіставлення, біль при пальпації у правому підребер'ї була присутня у 97,3% хворих основної групи та у 94,3% пацієнтів групи зіставлення; позитивним симптом Кера був у 94,6% хворих основної групи та у 97,1% осіб групи зіставлення, позитивним симптом Ортнера був у 91,9% хворих основної групи та у 88,6% пацієнта групи зіставлення.

3. При використанні в комплексі лікування хворих на СПК, поєданого з ХНХ спазмомену та лаціуму скарги на біль та дискомфорт у животі у хворих основної групи зникали на (2,6±0,3) дні раніше ніж у хворих групи зіставлення, закрепни на (2,6±0,3) дні, здуття живота на (3,8±0,4) дні, важкість у правому підребер'ї на (4,3±0,2) дні, гіркота у роті на (3,3±0,4) дні, метеоризм на (4,8±0,3), болі у правому підребер'ї проходили на (2,3±0,4) дні раніше в основній групі, ніж в групі зіставлення.

4. Об'єктивні симптоми зникали також швидше в основній групі, ніж в групі зіставлення: біль при пальпації в епігастрії у хворих основної групи зникав на (3,8±0,2) дні раніше ніж в групі зіставлення, білий наліт на язичку у хворих основної групи зникав на (5,3±0,3) дні раніше; біль при пальпації у правому підребер'ї зникав на (2,4±0,2) дні раніше у осіб основної групи, ніж у хворих групи зіставлення; позитивний симптом Кера та Ортнера тривали у середньому на (3,2±0,3) дні довше у хворих групи зіставлення, а ніж у осіб основної групи.

5. Виходячи з вищенаведених даних можна вважати включення в комплекс лікування в якості пробіотики сучасного еубіотики, що місти 10 штамів живої культури корисних мікроорганізмів та спазмолітичного препарату спазмомен (отилонію бромід) клінічно обґрунтованим та доцільним для використання в комплексі лікування в АПУ хворих з СПК, сполученим з ХНХ.

Література

1. Дорофеев А.Э. Диагностика и лечение заболеваний пищеварительного тракта: уч. пособие / А.Э. Дорофеев. - Донецк: Норд-Пресс, 2009. - 366 с.
2. Дорофеев А.Э. Феномен абдоминального болю у хворих на синдром подразненого кишечника та методи його корекції / А.Э. Дорофеев // Медицина транспорту України. - 2011. - № 2. - С. 64-68.
3. Дорофеев А.Э. Синдром раздраженного кишечника - современный взгляд на проблему / А.Э. Дорофеев, О.А. Рассохина // Новости медицины и фармации. - №. 358. - 2011. - С. 10-21.
4. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание / В.Т. Ивашкин, Е.А. Полуэктова, С.Л. Белху-шет // Клин. перспек. гастроэнтерол. - 2003. - № 6. - С. 2-9.
5. Клінічний протокол «Надання медичної допомоги хворим на хронічний холецистит» / Затверджено наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271.
6. Коваленко С.В. Лікування синдрому подразненого кишечника у хворих із загостренням хронічного обструктивного захворювання легень / С.В. Коваленко, А.Е. Дорофеев // Газета «Новости медицины и фармации» Гастроэнтерология. - № 457. - 2013 (тематический номер).
7. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич - Киев: Морион, 2000. - 320 с.
8. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич - Киев: Морион, 2002. - 160 с.
9. Пасиешвили Л.М. Патогенетические механизмы прогрессирования хронического бескаменного холецистита у больных / Л.М. Пасиешвили, В.М. Власенко // Укр. терапевт. журнал. - 2004. - № 2. - С. 22-25.
10. Скворцов В.В. Актуальные вопросы терапии хронического некалькулезного холецистита / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко // Лечащий врач. - 2009. - № 2. - С. 43-48.
11. Терьюшин В.О. Вплив фітозасобу Гепар-ПОС на показники системи глутатіона у хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з хронічним безкам'яним холециститом / В.О. Терьюшин, О.В. Круглова, Д.В. Тищенко // Український медичний альманах. - 2011. - Том 14, № 6. - С. 194-197.

12. Ткач С.М. Синдром раздраженного кишечника: естественное течение и возможности противорецидивной терапии / С.М. Ткач // Гастроэнтерология. - 2012. - № 2(279). - С. 5-8.
13. Фадеенко Г.Д. Синдром раздраженного кишечника и возможности его коррекции / Г.Д. Фадеенко, О.В. Чирва // Сучасна гастроентерология. - 2013. - №2 (70). - С. 39-44.
14. Філіпов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скурда, Л.М. Петречук // Гастроентерология: міжвід. зб. - Дніпропетровськ, 2006. - Вип. 37. - С. 3-9.
15. Філіпов Ю.О. Хронічний холецистит: аналітичний огляд даних офіційної статистики МОЗ України за 2006-2008 рр.. / Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скурда // Сучасні медичні технології. - 2010. - № 2 (6). - С. 56-59.
16. Camilleri M. Current and novel therapeutic options for irritable bowel syndrome management / M. Camilleri, V. Anderson // Dig. Liver Dis. - 2009. - №41. - P. 854-862.
17. Cojocar C. Metabolic profile of patients with cholesterol gallstone disease / C. Cojocar, G.I.Pandele // Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi. - 2010. - Vol. 114. - P. 677-682.
18. Elwood D.R. Cholecystitis / D.R. Elwood // Surg. Clin. North. - 2008. - V. 88, № 6. - P. 1241- 1252.
19. Full-Yaung Chang. Treatment of irritable bowel syndrome using complementary and alternative medicine / Full-Yaung Chang, Ching-Liang Lu. // J. Chin. Med. Assoc. - 2009. - Vol. 72, № 6. - P. 294-300.
20. Jamali R. Evaluation of health related quality of life in irritable bowel syndrome patients / R. Jamali // Health QoLife Outcomes. - № 10. - P. 12-15.
21. Khan S. Diagnosis and management of IBS / S. Khan, L. Chang // Gastroenterol. Hepatol. - 2010. - №7. - P. 565-581.
22. Lenders G. Acalculous cholecystitis and bacteria: an unusual combination? / G. Lenders, M. Goethals, S. Verstreken // Acta Cardiol. - 2011. - Vol. 66. - P. 383-385.
23. Merabishvili N.V. Risk-factors of cholelithiasis and chronic cholecystitis during pregnancy // N.V. Merabishvili, S.O. Kamladze, G.T. Sulaberidze // Georgian Med. News. - 2007. - Vol. 47. - P. 37-40.
24. Quigley E. Irritable Bowel Syndrome: recent progress in pathophysiology, diagnosis and management? / E. Quigley, A. Khan // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. - 2009. - Vol. 21, №1. - P. 1-2.
25. Surdea-Blaga T. Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome / T. Surdea-Blaga, A. Baban, D. Dumitrascu // W.J. Gastroenterol. - 2012. - №18 (7). - P. 616-626.
26. Tosic-Golubovich S. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics / S. Tosic-Golubovich // Psychiatria Danubina. - 2010. - Vol. 22, №3. - P. 418-424.
27. Weismüller T.J. Biliary diseases - new insights and developments / T.J. Weismüller, T.O.Lankisch // Dtsch. Med. Wochenschr. - 2011. - Vol. 136. - P. 713-716.

Бикадоров В.І., Терьшин В.О. *Клініко-патогенетичні особливості перебігу синдрому подразненого кишечника, поєданого з хронічним некалькульозним холециститом на тлі лікування хворих в амбулаторно-поліклінічних умовах.*

У всіх хворих з СПК, поєданого з ХНХ відмічаються скарги на болі у животі, часті закрепи або чергування закрепів та проносів, важкість у правому підребер'ї, здуття живота, емоційну лабільність, гіркоту у роті, метеоризм, зниження апетиту, біль у правому підребер'ї, а також об'єктивні симптоми: біль при пальпації в епігастрії, обкладення язика білим нальотом, біль при пальпації у правому підребер'ї, позитивні симптоми Кера і Ортнера. Використання лациума і спазмомена у комплексі амбулаторно-поліклінічного лікування хворих з СПК, поєданого з ХНХ значно прискорює зникнення даного симптомомкомплекса.

Ключові слова: клінічні симптоми, синдром подразненого кишечника, хронічний некалькульозний холецистит, лікування.

Резюме

Быкадоров В.И., Терёшин В.А. *Клинико-патогенетические особенности течения синдрома раздраженного кишечника, сочетанного с хроническим некалькулезным холециститом на фоне лечения больных в амбулаторно-поликлинических условиях.*

У больных СПК, сочетанным с ХНХ отмечаются жалобы на боли в животе, частые запоры, или чередование запоров и поносов, тяжесть в правом подреберье, вздутие живота, эмоциональная лабильность, горечь во рту, метеоризм, снижение аппетита, боль в правом подреберье, а также объективные симптомы: боль при пальпации в эпигастрии, белый налёт на языке, боль при пальпации в правом подреберье, положительные симптомы Кера и Ортнера. Применение лациума и спазмомена в комплексе амбулаторно-поликлинического лечения больных с СПК, сочетанного с ХНХ значительно ускоряет исчезновение данного симптомомкомплекса.

Ключевые слова: клинические симптомы, синдромом раздраженного кишечника, хронический некалькульозный холецистит, лечение.

Summary

Bykadorov V.I., Teryshin V.A. *Clinical and pathogenetic features of the course of irritable bowel syndrome, combined with chronic uncalculosis cholecystitis during the treatment of patients with on outpatient conditions.*

The patients with IBS, combined with CUC complain of abdominal pain, frequent constipation, or alternating constipation and diarrhea, heaviness in the right upper quadrant, bloating, emotional lability, bitter taste in the mouth, flatulence, loss of appetite, pain in the right upper quadrant, and the objective symptoms: pain on palpation in the epigastric pain, white patches on the tongue, pain on palpation in the right upper quadrant, the positive symptoms of Kera and Ortner. The use Laciium and Spasmomen at the complex outpatient treatment of patients with IBS, combined with CUC significantly accelerates the disappearance of this symptom.

Key words: clinical symptoms, irritable bowel syndrome, chronic uncalculosis cholecystites, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ОФТАЛЬМОСКОПА

Н.Б. Денисюк, С. И. Косуба, С.В. Скицюк, И.С.Косуба
Киевская клиническая больница «Центр микрохирургии глаза»

Введение

Электрические офтальмоскопы используются для изучения прозрачности глазных сред и проведения осмотра глазного дна в прямом виде – выполнения неотъемлемых частей офтальмологического исследования. Источником света электрического офтальмоскопа является лампа накаливания. Такая лампа либо непосредственно размещается в корпусе электрического офтальмоскопа (например, офтальмоскоп ОР-2), либо ее свет передается в офтальмоскоп по гибкому световоду (например, офтальмоскоп ОФП) [6].

Однако применение ламп накаливания, как источников света, вызывает некоторые затруднения в реализации процедуры осмотра глазного дна. Прежде всего, электрические лампы накаливания имеют невысокий коэффициент полезного действия (около 7%). Для получения потока света достаточной интенсивности приходится применять достаточно мощные лампы накаливания. Большое количество тепла, выделяемое лампой накаливания, вынуждает или выносить собственно источник света в дополнительное устройство, как это делается в стационарных и переносных офтальмоскопах. В портативных конструкциях вынужденно ограничиваются использованием маломощных ламп накаливания, света от которых достаточно для проведения осмотра глазного дна только при хорошей прозрачности глазных сред [6].

Для правильной оценки состояния глазного дна крайне важна стабильность цветовой температуры осветителя, а это как раз тот параметр, постоянства которого крайне трудно добиться при использовании ламп накаливания. Кроме самой стабильности цветовой температуры источника света, немаловажное значение имеет его спектральная характеристика [1]. Так, например, для достаточно точного сравнения цветных изображений необходимо как постоянство спектральной характеристики источника света от исследования к исследованию, так и должная интенсивность свечения источника в коротковолновой части спектра [4]. Сдвиг спектраль-