

- Білоокий В. В. Роль ушкодження кишечника у патогенезі розлитого жовчного перитоніту / В. В. Білоокий, Ю. Є. Роговий // Шпит. хірургія. - 2004. - № 4. - С. 121-124.
- Місцевий імунітет травного тракту / [Стасенко А.А., Саенко В.Ф., Діброва Ю.А. та ін.]. - Київ: Три крапки, 2005. - 200 с.
- Нечитайло М. Ю. Жовчний перитоніт: патофізіологія і лікування / М. Ю. Нечитайло, В. В. Білоокий, Ю. Є. Роговий. - Чернівці: БДМУ, 2011. - 296 с.
- Патент 97060 Україна, МПК (2015.01), А61В 17/00 Спосіб моделювання жовчного перитоніту / О. В. Білоокий, Ф. В. Гринчук, Ю. Є. Роговий, В. В. Білоокий - Neu201410761. Заявл. 02.10.2014 р. Чинний з 25.02.2015. Заявник і власник патенту: Буковинський державний медичний університет. - Бюл. № 4.
- Патент 97619 Україна, МПК G 09В 23/28 (2006.01) Спосіб моделювання інфікованого жовчного перитоніту / О. В. Білоокий, Ф. В. Гринчук, Ю. Є. Роговий, В. В. Білоокий - Neu201410759. Заявл. 02.10.2014р. Чинний з 25.03.2015. Заявник і власник патенту: Буковинський державний медичний університет. - Бюл. № 6.
- Перитоніт як ускладнення гострого холецистититу / Б.О. Мільков, О.Л. Кухарчук, А.В. Бочаров, В.В. Білоокий. - Чернівці, 2000. - 175 с.
- Пяткін К. Д. Мікробіологія з вірусологією та імунологією / К. Д. Пяткін, Ю. С. Кривошеїн. - К.: Вища школа, 1992. - 512 с.
- Савицькая К. И. Современные представления о роли и составе микрофлоры у здоровых взрослых людей / К. И. Савицькая, А. А. Воробьев, Е. Ф. Швецова // Вестник РАМН. - 2002. - № 2. - С. 50-52.
- Синельник Т. Б. Жовчні кислоти в процесах утворення каналцевої жовчі / Т. Б. Синельник, О. Д. Синельник, В. К. Рибальченко // Фізіол. ж. - 2003. - Т. 49, № 6. - С. 80-93.
- Lilly J. R. Spontaneous perforation of the extrahepatic bile ducts and bile peritonitis in infancy / J. R. Lilly, W. H. Weintraub, R. P. Altman // Surgery. - 2002. - Vol. 75, № 664. - P. 542-550.
- Mc Carthy J. Bile peritonitis: Diagnosis and course / J. Mc Carthy, J. Picazo // J. of Surgery. - 2003. - Vol. 116, № 664. - P. 341-348.

Белоокий А.В., Роговий Ю.Е., Белоокий В.В., Гринчук Ф.В.

АНАЛИЗ ПОПУЛЯЦИОННОГО УРОВНЯ ПОЛОСТНОЙ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ НЕИНФИЦИРОВАННОМ И ИНФИЦИРОВАННОМ ЖЕЛЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Резюме. Анализ популяционного уровня полости микрофлоры толстого кишечника в 55 больных показал, что инфицированный желчный перитонит сопровождается увеличением содержания *E. Coli*, *S.aureus*, *P.vulgaris*, *K.pneumoniae*, *E.faecalis* и снижением *B.Bifidum*, *V.Lactis* в сравнении с контролем и неинфицированным патологическим процессом. Грибы рода *Candida* не имеют существенного клинического значения в патогенезе инфицированного и неинфицированного желчного перитонита.

Ключевые слова: микрофлора толстой кишки, неинфицированный и инфицированный желчный перитонит, патогенез.

Bilo'okiy O.V., Rohovyy Yu.Ye., Bilo'okiy V.V., Grinchuk F.V.

ANALYSE OF THE POPULATION LEVEL OF HOLLOW MICROFLORA OF THICK INTESTINE BY UNINFECTED AND INFECTED BILE PERITONITIS

Summary. Analysis of the population level of hollow microflora of thick intestine of 55 hospitalized established that, the infected of the bile peritonitis is characterized by rising *E. Coli*, *S.aureus*, *P.vulgaris*, *K.pneumoniae*, *E.faecalis* and decreasing of *B.Bifidum*, *V.Lactis*. Anaerobic microflora of thick intestine and fungus kind of *Candida* don't play essential clinical role in pathogenesis of uninfected and infected of the bile peritonitis.

Key words: microflora of thick intestine, uninfected and infected of the bile peritonitis, pathogenesis.

Рецензент - д.мед.н., проф. Іфтодій А.Г.

Стаття надійшла до друку 08.06.2015 р.

Білоокий Олександр В'ячеславович - аспірант кафедри хірургії Буковинського державного медичного університету; +38 0372 23-33-14; bilookyisasha@gmail.com

Роговий Юрій Євгенович - д.мед.н., проф., завідувач кафедри патологічної фізіології Буковинського державного медичного університету; +38 050 661-25-63; yuriy_rohovyy@rambler.ru

Білоокий В'ячеслав Васильович - д.мед.н., професор кафедри хірургії Буковинського державного медичного університету; +38 050156-22-53; Slava.Bilookyi@bsmu.edu.ua

Гринчук Федір Васильович - д.мед.н., професор кафедри хірургії Буковинського державного медичного університету; +38 0372 23-33-14; fedir.grynychuk@bsmu.edu.ua

© Ваколюк Л.М.

УДК: 616.441-008.64:613.287.1

Ваколюк Л.М.

Вінницький національний медичний університет, кафедра загальної гігієни та екології (вул. Пирогова, 56, Вінниця, Україна, 21018)

АСПЕКТИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ТРАНЗИТОРНОГО ГІПОТИРЕОЗУ

Резюме. З метою доведення актуальності проблеми грудного вигодовування недоношених дітей ми вивчали вміст тиреоїдних гормонів у материнському молоці.

Ключові слова: грудне вигодовування, грудне молоко, недоношені діти, тироксин, трийодтиронін.

Вступ

Після пересікання пуповини новонароджений малюк не переходить повністю до автономного існування, тому що зв'язаний з матір'ю за допомогою грудного молока (ГМ). Материнське молоко незамінне для забезпечення повноцінного розвитку і росту дитини. Його біологічний склад повністю відповідає потребам дитини, а деякі речовини необхідні для розвитку і формування нервової системи [Паньків, 2008]. Склад молока постійно коливається в залежності від віку малюка, часу доби, маминого раціону, психоемоційного стану [Нечитайло, 2013].

Відомо, що, крім суто харчової цінності, молоко матері виконує надзвичайно важливу регуляторну функцію в організмі дитини завдяки вмісту ряду захисних та ростових факторів, медіаторів, гормонів, у тому числі тиреоїдних [Тимошина, 1991]. Однак вплив лактогенних тиронинів на ріст та розвиток малюка вивчений недостатньо.

За даними авторів тримісячна дитина, яка за добу споживає близько 1 л грудного молока, отримує в його складі 2 мкг тиреоїдних гормонів та 55 мкг йоду. У перші дні та тижні після пологів вміст йоду в грудному молоці складає більше половини такого в сироватці матері-годувальниці [Bohreas et al, 1993].

Відносно високий вміст тиреоїдних гормонів у жіночому молоці, відіграє важливу роль в процесах росту та розвитку немовлят [Шилін, 2000]. Автори висловили припущення, що тиреоїдні гормони материнського молока в певній мірі розвантажують гіпофізарно-тиреоїдну систему дітей і сприяють більш "спокійному" переходу цієї системи в нові умови існування. Непрямим підтвердженням цієї думки є дані, які свідчать про більш високий рівень тиреоїдних гормонів у крові дітей із вродженим гіпотиреозом, які знаходились на природному вигодовуванні порівняно з тими, що отримували молочні суміші. Крім того, доведено, що плазменний рівень трийодтиронину (Т3), тироксину (Т4) вірогідно вищий та смертність від ішемічної хвороби серця нижче у тих дорослих людей, які в ранньому віці отримували материнське молоко. Вчені пов'язують це явище із наявністю тиреоїдних гормонів в грудному молоці. Як відомо, гормони щитовидної залози впливають на серцевий м'яз, резистентність периферійних судин, пульсовий тиск, регулюють гемодинаміку [Боднар, 2010].

Отже, по мірі вивчення гормонального складу материнського молока відкривається новий важливий аспект природного вигодовування, що доводить неповторність композиції молозива та молока, його важливість для повноцінного розвитку організму дитини.

З метою доведення актуальності проблеми грудного вигодовування у сучасному суспільстві ми досліджували вміст тиреоїдних гормонів у молоці жінок із недоношеною вагітністю.

Матеріали та методи

Нами в умовах Вінницького обласного високоспеціалізованого ендокринологічного центру було прове-

дено визначення вмісту тиреоїдних гормонів в грудному молоці у жінок із передчасними пологамі радіоімуннологічним методом за допомогою стандартних наборів реактивів.

Даний метод відзначається високою чутливістю, специфічністю та точністю отриманих результатів [Гончаров, 1995].

Метод радіоімунаналізу ґрунтується на законі дії мас, у відповідності з яким речовина, яка визначається, конкурує зі своїм міченим аналогом (антигеном) за лімітовану кількість зв'язуючих місць антитіла до досягнення хімічної рівноваги всіх компонентів реакційної суміші.

Методика проведення радіоімуннологічного дослідження включає наступні етапи: підготовка (розчинення) реактивів згідно інструкції до наборів, дозування автоматичними піпетками проб та стандартів, додання міченого J125 антигену, антисироватки, інкубація при певній температурі, центрифугування та розділення зв'язаної та вільної фракції міченого ліганду. Наступним етапом є радіометрія осаду в сцинтиляційному лічильнику "гамма - 12" з визначенням швидкості рахунку J125 в кожній пробірці на протязі 1 хвилини. Заключним кроком є комп'ютерна обробка радіометричних даних.

Забір проб молозива та молока здійснювався вранці, причому проби знежирювали шляхом центрифугування на протязі 15 хвилин при 3000 обертів за хвилину. Відібрані проби молока зберігали в морозильній камері при температурі - 200С. Об'єм проби для радіоімунаналізу коливався в межах 0,05-0,2 мл (в залежності від набору).

На протязі періоду забору молозива та молока жінкам-годувальницям медикаментозна терапія не проводилася. Лише у 22 жінок у зв'язку із розвитком гіпогалакції було призначено лікувально-реабілітаційний комплекс, що включав суворе дотримання охоронного режиму, відповідну дієту, полівітаміни, апілак під язик, метоклопрамід усередину тричі на добу, масаж грудних залоз, фізіотерапевтичні заходи (опромінення лазером молочних залоз) та психопрофілактику.

Патології ендокринної системи, у тому числі з боку щитовидної залози, у жінок годувальниць не було.

Групу контролю становили проби молока від жінок, які народили в термін гестації 38-42 тижні з такими результатами лабораторного дослідження: молозиво: Т3- сліди, Т4- сліди, ТТГ - 2,42 0,21 МОД/мл, ТЗГ- 5,55

Таблиця 1. Вміст гормонів гіпофізарно-тиреоїдної системи в материнському нативному молоці ($M \pm m$, p).

Показник	Група контролю	Група порівняння
Трийодтиронин (нмоль/л)	10,1 \pm 2,03	7,7 \pm 1,04
Тироксин (нмоль/л)	392,9 \pm 25,8	309 \pm 20,1
Тиреотропний гормон (МОД/мл)	1,40 \pm 0,24	1,28 \pm 0,18

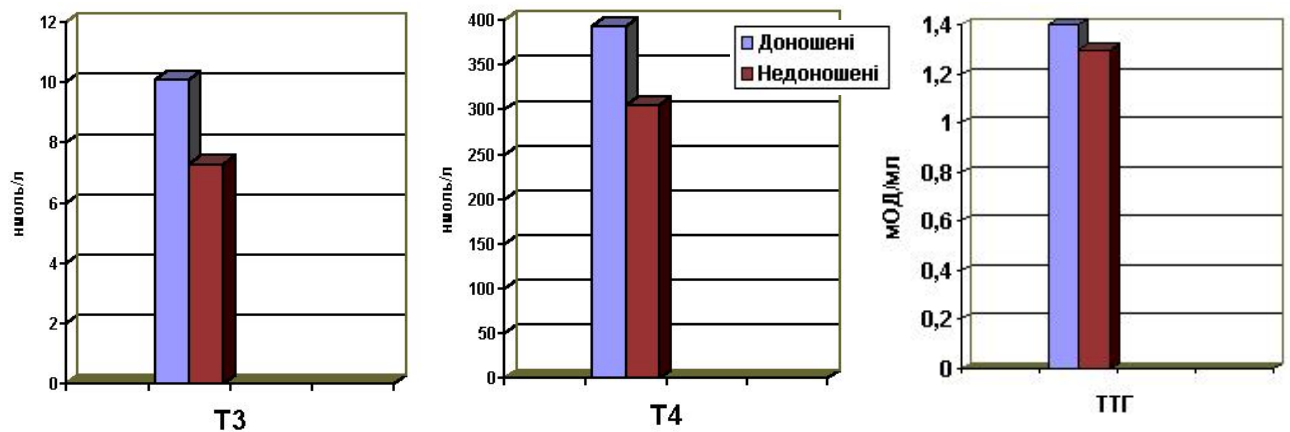


Рис. 1. Тиреоїдний профіль зрілого грудного молока у матерів, які народили дітей із різним гестаційним віком. 0,74 мкмоль/л; зріле молоко: Т3 - 10,1 2,03 нмоль/л, Т4-392,9 25,8 нмоль/л, ТТГ -1,40 0,24 мОД/мл.

Результати. Обговорення

У розробку були включені клініко-лабораторні дані щодо 29 матерів, які народили в термін гестації 30-35 тижнів. У зв'язку із невеликою кількістю досліджень розподіл на підгрупи по ступеням недоношеності нами не проводився.

Слід зауважити, що у переважній кількості із них (22) лактація не була повноцінною (гіпогалактія різного ступеня вираженості). Добовий об'єм ГМ коливався у них в межах 180 - 620 мл.

Суттєвої різниці у концентрації тиреоїдних гормонів у молозиві жінок, що народили доношених і недоношених дітей нами виявлено не було. Вміст Т3 та Т4 в цей період був нижче межі чутливості застосованих стандартних наборів.

У подальшому тиреоїдний профіль зрілого молока у жінок із недоношеною вагітністю відрізняється від такого в групі контролю. У зрілому молоці матерів, що народили передчасно рівень Т3 у 1,31 разів, Т4 у 1,27 разів, ТТГ у 1,1 разів менший порівняно з групою контролю. Результати аналізу представлені у таблиці 1.

Як продемонстровано на рисунку 1, ГМ жінок, які народили передчасно, збіднене як йодтиронинами, так і ТТГ. На нашу думку, це можна пояснити неготовністю організму матері до вигодовування та функціонально незрілістю як її особистої гіпофізарно-тиреоїдної системи, так і гормональної системи грудної залози.

Значний інтерес викликає питання подальшої долі "молочних" тиреоїдних гормонів в організмі немовляти. Фізіологічна доцільність певної дотації тиреоїдних гормонів з материнським молоком новонародженому малюку та дитині перших місяців життя не викликає сумніву. За даними [Набухотний та ін., 1987] здорові діти грудного віку, які отримували нативне материнське молоко, характеризувались більш високими показниками йодти-

ронинів в плазмі крові порівняно з тими, які знаходились на штучному вигодовуванні. У дітей із вродженим гіпотиреозом годування груддю певною мірою нівелює гіпогормональний стан. Результати багатьох експериментальних досліджень свідчать про можливість всмоктування гормонів, у тому числі тиреоїдних, із шлунково-кишкового тракту немовлят в загальний кровообіг [Држевецкая, Чагарова, 1993]. Тиреоїдна активність молозива та молока є надзвичайно важливим екзогенним чинником становлення метаболічної адаптації новонародженої дитини. Можна припустити, що гормони щитовидної залози поряд із автономною ендокринною системою немовляти здійснюють координацію гомеостатичних механізмів, захищаючи при цьому дитину в періоді постнатального стресу.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Вміст тиреоїдних гормонів в молоці матері не постійний, а змінюється в залежності від терміну гестації, від періоду грудного вигодовування.

2. Ранній перехід передчасно народженої дитини на змішане і тим паче штучне вигодовування неминує сприяти виникненню або посиленню тиреодефіциту, що несприятливо відбивається на перебігу неонатального періоду.

3. Грудне молоко можна розглядати як надзвичайно важливе джерело постачання тиреоїдних гормонів в організм малюка в критичний період його розвитку, коли йодтиронини абсолютно необхідні для формування мозкових структур.

Необхідно вигодовувати передчасно народжених немовлят материнським молоком, та спрямовувати заходи для становлення і підтримки грудного вигодовування в разі передчасних пологів.

У перспективі доцільно було б визначити вміст тиреоїдних гормонів у крові жінок, що народили в різні терміни гестації і провести кореляційний зв'язок.

Список літератури

Боднар П. Н. Эндокринология : учебник [для высших учебных заведений] /

П.Н. Боднар // Эндокринология. - Гончаров Н. П. Гормональный анализ в диагностике заболеваний щитовид-

- ной железы (лекция) / Н. П. Гончаров // Проблемы эндокринологии. - 1995. - №3. - С. 31-35.
- Држевецкая И. А. Гормоны молока и их физиологическое значение / И. А. Држевецкая, С. А. Чагарова // Успехи физиологических наук. - 1993. - Т. 24, № 4. - С. 60-70.
- Набухотный Т. К. Роль естественного вскармливания в обеспечении организма новорожденного гормонами щитовидной железы / Т. К. Набухотный, В. П. Павлюк, А. И. Гоженко, А. Л. Кухарчук // Вопросы питания. - 1987. - № 1. - С. 29-31.
- Нечитайло Ю. М. Сучасні особливості грудного вигодовування дітей першого року життя та догляду за ними / Ю. М. Нечитайло, І. С. Семань-Мінько, О. Г. Буряк // Буковинський медичний вісник. - 2013. - Т. 17, № 2. - С. 97-101.
- Паньків В. І. Шляхи профілактики йодного дефіциту у вагітних / В. І. Паньків // Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2008. - Т.14, №2. - С.38 - 41.
- Тимошина Е. Л. Гормональный состав грудного молока / Е. Л. Тимошина / Педиатрия. - 1991. - № 2. - С. 111.
- Шилін Д. Є. Профілактика дефіциту йоду у вагітних, плода, новонароджених / Д. Є. Шилін // Гінекологія. - 2000. - Т. 2, № 6. - С. 173-176.
- Development of thyroid gland volume during the first 3 months of life in breast-fed versus iodine-supplemented and iodine-free formula-fed infants / H. Bohles, M. Aschenbrenner, M. Roth [et al.] // Clin. Investig. - 1993. - Vol.71, №1. - P. 13-20.

Вакোলюк Л.Н.

АСПЕКТЫ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРАНЗИТОРНОГО ГИПОТИРЕОЗА

Резюме. *С целью доказательства актуальности проблемы естественного вскармливания недоношенных детей мы изучали содержание тиреоидных гормонов в материнском молоке*

Ключевые слова: *естественное вскармливание, грудное молоко, недоношенные дети, тироксин, трийодтиронин.*

Vakolyuk L.M.

ASPECTS OF BREAST FEEDING IN PROPHYLACTIC TRANSIENT HYPOTHYROIDISM

Summary. *To prove the necessity of breast-feeding for preterm infants, we studied the content of thyroid hormones in breast milk.*

Key words: *breast nurse, breast milk, premature infants, thyroxin, triiodothyronine.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Сергета І.В.

Стаття надійшла до редакції 29.04.2015р.

Вакোলюк Лариса Миколаївна - к.мед.н., асистент кафедри загальної гігієни та екології Вінницького медичного університету імені М.І.Пирогова; +38 067 433-98-38; vakolyuk2005@yandex.ua

© Вільцанюк О.О

УДК: 616.24-002.1-036.17-085.276.4

Вільцанюк О.О

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НОВОГО СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ВАЖКИХ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ З ВАЖКИМ ПЕРЕБІГОМ

Резюме. *У роботі наведені результати лікування хворих на негоспітальну пневмонію з важким перебігом за розробленим способом, який полягає в призначенні хворим додатково до основної схеми лікування, небулізації дихальних шляхів катіонними поверхнево-активними антисептиками, ентеросорбції та введення препарату глутоксим. Проведені дослідження показали, що при лікуванні хворих за розробленим способом, в порівнянні з хворими які лікувались за традиційними методами, в більш ранні терміни відбувалось зниження ендогенної інтоксикації, профілакувався бронхо-обструктивний синдром, зменшувалася кількість ускладнень, а також скорочувалися термін перебування хворих в стаціонарі.*

Ключові слова: *негоспітальна пневмонія з важким перебігом, небулізація дихальних шляхів, ентеросорбція, глутоксим.*

Вступ

Проблема лікування хворих на негоспітальну пневмонію з важким перебігом залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної пульмонології [Синопальников, 2008; Железняк, 2012; National Center for Health Statistics, 2010]. Не дивлячись на впровадження в медичну практику нових антибіотиків та інших сучасних засобів лікування не зовсім задовільні результати лікування цієї патології пов'язані в першу чергу з великою кількістю ускладнень, які потребують довготривалого лікування і призводять до смерті хворих. Причиною виникнення цих ускладнень залишається низька чутливість збудників захворювання до антимікробних препаратів, ендогенна інтоксикація та зниження захис-

них сил організму [Иванчик, 2008]. Тому розробка нових підходів до комплексного лікування негоспітальних пневмоній з важким перебігом залишається актуальною проблемою.

Нами розроблений спосіб, лікування негоспітальних пневмоній з важким перебігом (пат. України №100825), який включає проведення небулізації дихальних шляхів катіонними-поверхнево активними антисептиками, проведення ентеросорбції та введення препарату глутоксим.

Мета дослідження - провести порівняльну оцінку ефективності застосування розробленого способу лікування негоспітальних пневмоній з важким перебігом.