
УДК 94(477)+94(470)+082

ББК 94

Z 40

Wydawca: Sp. z o.o. «Diamond trading tour»

Druk i oprawa: Sp. z o.o. «Diamond trading tour»

Adres wydawcy i redakcji: Warszawa, ul. Wyszogrodzka, 16

e-mail: info@conferenc.pl

Cena (zł.): bezpłatnie

Zbiór raportów naukowych.

Z 40 Zbiór raportów naukowych. „Science - od teorii do praktyki”. (29.03.2013 - 31.03.2013) - Sopot: Wydawca: Sp. z o.o. «Diamond trading tour», 2013. - 128 str.

ISBN: 978-83-63620-96-7 (t.7)

Zbiór raportów naukowych. Wykonane na materiałach Międzynarodowej Naukowo-Praktycznej Konferencji 29.03.2013 - 31.03.2013 roku. Sopot.

Część 7.

УДК 94(477)+94(470)+082

ББК 94

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Powielanie i kopiowanie materiałów bez zgody autora zakazany.

Wszelkie prawa do materiałów konferencji należą do ich autorów.

Pisownia oryginalna jest zachowana.

Wszelkie prawa do materiałów w formie elektronicznej opublikowanych w zbiorach należą Sp. z o.o. «Diamond trading tour».

Obowiązkowa odniesienia do zbioru.

ISBN: 978-83-63620-96-7 (t.7)

"Diamond trading tour" ©

SEKSCJA 9. NAUK HISTORYCZNYCH. (ИСТОРИЧЕСКИЕ НАУКИ)

1. Потамская В.П.	6
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЭТНИЧЕСКОГО САМОСОЗНАНИЯ	
2. Мельничук І. А.....	16
ЕВОЛЮЦІЯ ПОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ ЛИТВИ У НАПРЯМІ ДО ПАРЛАМЕНТАРИЗМУ ТА СТРУКТУРУВАННЯ ЇЇ ЕЛІТ (XIV – XVI СТ.)	
3. Гребенюк О. І.....	19
МЕМУАРНА ЛІТЕРАТУРА ЯК ДЖЕРЕЛО ВИВЧЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ РЕВОЛЮЦІЇ ЗА ДІЯЛЬНОСТІ РАДИ НАРОДНИХ МІНІСТРІВ УКРАЇНСЬКОЇ НАРОДНОЇ РЕСПУБЛІКИ (СІЧЕНЬ-КВІТЕНЬ 1918 РОКУ)	
4. Ісакова Н. П.	25
ЗЕМЕЛЬНА РЕФОРМА УКРАЇНСЬКОЇ ДЕРЖАВИ П. СКОРОПАДСЬКОГО	
5. Семенова М.В.....	28
МАСОВА КУЛЬТУРА ЯК ПРОБЛЕМА ТА ЗАКОНОМІРНІСТЬ КУЛЬТУРНОГО ПРОСТОРУ УКРАЇНИ 1990-Х РР.	
6. Афанасенко Ю.Ю.	31
«НАДГРОБНОЕ СЛОВО ГРИГОРИЯ ЦАМБЛАКА РОССИЙСКОМУ АРХИЕПИСКОПУ КИПРИАНУ»: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ	
7. Куренкова Т.Н., Ткачук А.Н.	34
СОЦИАЛЬНЫЕ ИНСТИТУТЫ АНГЛИИ XIII ВЕКА (ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ)	
8. Тотиев Ю.В.	37
АЛЕКСЕЙ ФЕДОРОВИЧ РЕБРОВ ЕГО ЭНЕРГИЯ, УМ И НОВИЗНА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ВОПРОСЕ РАЗВИТИЯ ВИНОГРАДАРСТВА И ВИНОДЕЛИЯ В СТАВРПОЛЬСКОЙ ГЕБЕРНИИ ВО ВТОРОЙ ЧЕТВЕРТИ XIX ВЕКА	
9. Королева Л.А.....	42
ПРАВОСЛАВНЫЕ ВЕРУЮЩИЕ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ ПЕНЗЕНСКОГО РЕГИОНА)	
10. Изиндеева В.С.....	45
ВЕЛИКИЕ ЖЕНЩИНЫ РОССИИ	
11. Сарапулова А. А.	51
ПОЗОВИ, РОДИНА...	
12. Безлуцькая Е. П.	56
Н. А. ДЕСЯТОВА-ШОСТЕНКО (1889–1968). СУДЬБА И ЖИЗНЬ В НАУКЕ	
SEKSCJA 10. KULTUROZNAWSTWO. (КУЛЬТУРОЛОГИЯ)	
13. Велиева Б. Т.	59
КАРТИНА МИРА КАК ОПОРНАЯ КАТЕГОРИЯ КУЛЬТУРОЛОГИИ	

SEKCJA 11. ZARZĄDZANIA. MARKETING.(МЕНЕДЖМЕНТ. МАРКЕТИНГ)

14. САМОЙЛЕНКО Е.В.....	61
STATE REGULATION OF TRANSFER PRICING IN UKRAINE	
15. Підмогильний О.О.	64
РЕАЛІЗАЦІЯ ОРГАНАМИ ДЕРЖАВНОЇ ФІНАНСОВОЇ ІНСПЕКЦІЇ УКРАЇНИ МАТЕРІАЛВ КОНТРОЛЬНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ДОТРИМАННЯ ЗАКОНОДАВСТВА У СФЕРІ ДЕРЖАВНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ	
16. Шахрай Ю.О.....	77
INFLUENCE OF THE PRICE ON THE IMAGE OF COMMERCIAL ENTERPRISE	
17. Буркина Т.А.....	80
ИНТЕГРИРОВАННЫЕ МАРКЕТИНГОВЫЕ КОММУНИКАЦИИ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ	
18. Гончар С.О.....	84
POS-МАТЕРІАЛИ ЯК ЕЛЕМЕНТ ЗАХОДІВ З МЕРЧАНДАЙЗИНГУ	
19. Дорохова Ж. В.....	87
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ СТРУКТУР УПРАВЛЕНИЯ СТРОИТЕЛЬНЫМ ХОЛДИНГОМ	
20. Барсемян А.М.	93
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫМ ПРЕДПРИЯТИЕМ	
21. Лозовська Н.М.,Бойко В. П.	96
ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ФАХІВЦІВ ВПРОВАДЖЕННЮ СИСТЕМИ ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ НА СУЧАСНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ	
22. Бутенко В.В.	99
СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ ПІДПРИЄМСТВ ПТАХІВНИЦТВА ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ	

SEKCJA 12. NAUK MEDYCZNYCH. (МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ)

23. Пилипчук Н. А.....	102
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ	
24. Романуха В. В.	105
ГІПОЛІПІДЕМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ Ω-3 ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ТА МОЖЛИВІ МЕХАНІЗМИ ЇХ ДІЇ ПРИ КОМОРИДНІЙ ПАТОЛОГІЇ	
25. Гера О.В.	108
ВИКОРИСТАННЯ САУНОТЕРАПІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ЕПСИНДРОМУ ТА ДЕЗАДАПТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З ДЦП	

СЕКСЈА 27. РЕКЛАМА. (РЕКЛАМА)

26. Муравьева Ф.Р.	110
ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РЕКЛАМНОГО РЫНКА В ГОРОДЕ НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ (НА ПРИМЕРЕ ПРОДВИЖЕНИЯ ТЕЛЕВИЗИОННЫХ ПРОДУКТОВ МЕДИА-ХОЛДИНГАМИ)	

СЕКСЈА 28. TURYSTYKA. (ТУРИЗМ)

27. Гнатишина А.В.	116
ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ТУРИСТИЧНОГО РИНКУ	
28. Кульняк И.Я., Рижко И.А.	120
ТУРИСТИЧЕСКАЯ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ ЛЬВОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
29. Дудка Ю.С.	123
ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ЕКОЛОГІЧНОГО ТУРИЗМУ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ	
30. Присяжнюк Н.І., Лазоренко Н.П.	125
ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ СОНЯЧНОЇ ЕНЕРГІЇ У ЗАКЛАДАХ ГОТЕЛЬНОГО ГОСПОДАРСТВА УКРАЇНИ	



**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ**

Врач-реаниматолог неоднократно в течение суток оценивает меняющееся физиологическое состояние пациентов. Необходимость этого диктуется потребностью своевременно провести коррекцию интенсивной терапии, прогнозирования возможных изменений состояния и исхода заболевания. Точность оценки состояния реанимационного пациента зависит от профессиональной компетенции врача, перечня данных мониторинга и, нередко, от психо-эмоционального и физиологического состояния реаниматолога. Для устранения субъективизма в диагностике изменяющегося физиологического состояния пациентов отделения интенсивной терапии и реанимации (ОИТР), прогноза течения и исхода заболевания применяются различные оценочные шкалы, основанные на математическом расчете показателей входящих в них:

- APACHE
- APACHE II
- SOFA
- SAPS I, II

SOFA (sequential organ failure assessment или шкала оценки органной недостаточности, связанной с сепсисом или динамическую оценку недостаточности органов).

APACHE (acute physiology and chronic health evaluation или оценка острых и хронических изменений состояния здоровья) является шкалой, предназначенной для оценки состояния здоровья пациентов госпитализированных в отделение интенсивной терапии и реанимации в критическом состоянии, в том числе с острой хирургической патологией. Оценка проводится по 34 показателям.

APACHE II-является модифицированной (трансформированной из APACHE) основана на анализе возрастных изменений и предшествующего заболеванию состояние здоровья. Оценка проводится по 25 показателям.

В многопрофильных отделениях интенсивной терапии и реанимации наиболее часто используется шкала SAPS, которая является упрощенной формой шкалы APACHE. Системой, выбранной для данного исследования, явилась SAPS II -

новая упрощенная шкала оценки острых физиологических изменений, созданная на основе переосмысления и модернизации старой системы SAPS в которой используется анализ 15 переменных клинико-лабораторных параметров (возраст, ЧСС, АД (систолическое), температура тела, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, диурез, мочевины, лейкоцитоз, калий сыворотки, бикарбонат, натрий, билирубин, шкала Глазго, хронические заболевания, тип поступления).

Целью нашего исследования было определение меняющегося физиологического статуса пациентов ОИТР по шкале SAPS II, сравнение его с оценкой лечащего врача, прогнозирование течения и исхода заболевания, выявление наиболее значимых показателей данной шкалы.

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 45 пациентов, находящихся на лечении и умерших в отделении интенсивной терапии и реанимации 6-й городской клинической больницы г. Минска в 2012 г. В ходе работы мы изучали и провели математическую обработку показателей, полученных за 5 дней до смерти, по шкале SAPS II.

В результате проведенного исследования у 33 (75,5%) пациентов из 45 уже за 5 дней до смерти можно было с высокой степенью вероятности предположить неблагоприятный исход (вероятная летальность по шкале $\geq 50\%$). Анализ записей лечащего врача показал, что только у 5 пациентов (3 из них в анамнезе заболевания фигурировало онкологическое заболевание) прогнозировался неблагоприятный исход, а субъективная оценка степени тяжести 28 пациентов не вызвала настороженности и была отмечена как средняя либо стабильно тяжёлая.

Анализ шкалы SAPS II выявил наиболее значимые показатели, влияющие на конечные результаты прогнозируемой летальности. Возраст пациентов более 70-80 лет (по шкале соответствовало 18 баллам) предполагает вероятность летального исхода в 70-85% случаев. Вторым по частоте оказался показатель неврологического статуса (шкала Глазго). У 24 (55,8%) больных уровень был 8 и ниже (13 оценочных баллов). Так же обратил на себя внимания респираторный индекс (соотношение $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$). Снижение его менее 199 оценивалось в 9-11 баллов, и наблюдали в 12 случаях (27,9%).

Таким образом, проведение данной работы подтвердило, что в повседневной практике врача должна использоваться шкала SAPS II, что позволяет предугадать «сценарий» развития заболевания и предвидеть возможность неблагоприятного исхода, чётко регистрировать изменения в состоянии пациентов в процессе лечения. Установлено, что возраст более 75 лет, низкий уровень сознания и респираторного индекса достаточно отражают степень тяжести реанимационного больного. Следует

отметить ещё один аспект, который способствует более широкому внедрению вычислительных систем в медицинскую практику. Он связан с юридической ответственностью медицинского работника за правонарушения и его защитой. Данная система позволяет объективно отстаивать честь врача при необоснованных обвинениях их в причастности к наступлению неблагоприятного исхода у тяжелого больного.

Литература:

1. Г. Г. Жданов, А. П. Зильбер «Анестезиология, реаниматология»;
2. Радущкевич В.Л., Барташевич Б.И «Реанимация и интенсивная терапия для практикующего врача»

Романуха Вікторія Василівна

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
асистент кафедри терапії і сімейної медицини
факультету післядипломної освіти

ГІПОЛІПІДЕМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ Ω -3 ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ТА МОЖЛИВІ МЕХАНІЗМИ ЇХ ДІЇ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Хронічний панкреатит (ХП) – одне з найбільш поширених хронічних неінфекційних захворювань органів травлення, яке важко діагностується, характеризується прогресуючим перебігом, частими рецидивами з тривалою тимчасовою, а іноді й стійкою втратою працездатності, що робить його проблемою не тільки медичною, але й соціальною. За останні 30 років у світі відзначено дворазовий приріст числа хворих на гострий і хронічний панкреатит [3, с.7; 4, с.56-58]. На сьогодні немає єдиної думки про патогенетичні причини метаболічних порушень у хворих на ХП. За даними багатьох авторів, дисбаланс секреторних та інкреторних речовин підшлункової залози може бути однією із ймовірних патогенетичних компонентів формування та прогресування метаболічного синдрому [1, с.78; 3, с. 85; 4, с.56-58; 5, с.110-114]. Не дивлячись на розробку та впровадження в широку клінічну практику протоколів курації хворих на ХП з детальною алгоритмізацією діагностичних етапів та застосуванням сучасних медикаментозних технологій, суттєвого покращення результатів лікування не відзначається, особливо за умов наявних системних супутніх захворювань, що призводить до взаємного обтяження перебігу цих захворювань та необхідності проведення взаємовиключаючого лікування. На сьогоднішній день є переконливі докази застосування препаратів омега-3 ПНЖК в різних галузях медицини [2, с.51-57; 7, с. 46-49].

Мета дослідження: оцінка гіполіпідемічних властивостей ω -3 поліненасичених жирних кислот та обґрунтування їх клінічної ефективності у хворих на хронічний панкреатит в поєднанні з метаболічним синдромом.

Матеріал і методи дослідження:

Дослідження проводилось на базі Миської клінічної лікарні №1 м. Івано-Франківська. Обстежено 84 хворих на ХП в поєднанні з МС. Діагноз ХП верифіковано згідно наказу МОЗ України №271 від 13.06.2005р. В основі розмежування форм ХП використовувалась Міжнародна класифікація хвороб та причин смерті 10-го перегляду. Діагноз МС верифіковано згідно рекомендацій Всесвітньої федерації по вивченню цукрового діабету (IDF) [8, с.16-21].

Стан ліпідного обміну оцінювали на основі визначення рівня у сироватці крові ЗХС, ТГ, ХС ЛПВЩ фотокolorиметричним способом за допомогою набору реактивів фірми «ЛАСНЕМА» (Чехія) методом Пка [6, с.311]. Визначення вмісту ХС ЛПНЩ (ммоль/л) проводили розрахунковим способом, використовуючи формулу. ХС

ЛПНЩ = ЗХС – (ХС ЛПДНЩ + ХС ЛПВЩ). Рівень ХС ЛПДНЩ (ммоль/л) визначали за співвідношенням $(ТГ \times 2,29) / 5$, за умови, що концентрація ТГ не перевищувала 4,5 ммоль/л [8, с.16-21].

Для більш точного відображення сприятливих і несприятливих поєднань різних показників ліпідного обміну стосовно ризику розвитку атеросклерозу розраховували індекс атерогенності за формулою: $КА = (ЗХС - ХС ЛПВЩ) / ХС ЛПВЩ$ [8, с.16-21]. Стан вуглеводного обміну оцінювали на підставі визначення рівня глюкози сироватки крові глюкозооксидантним методом. Визначення вмісту імунореактивного інсуліну сироватки крові проводили методом імуноферментного аналізу на аналізаторі “Stat Fax 303 Plus” (США) з використанням набору реагентів ELISA фірми “DRG”. Розрахунок індексів інсулінорезистентності проводили за формулами НОМА (Homeostasis Model Assessment) і Caro. $НОМА-IR = (G \times I) / 22,5$, де G – рівень глікемії натще (ммоль/л), I – рівень інсуліну натще (мкОд/мл), 22,5 – коефіцієнт [9, с.20-24].

Всі обстежені склали 3 групи. В I групу – 42 хворих на ХП в поєднанні з МС, компонентами якого було абдомінальне ожиріння (АО), підвищення артеріального тиску (АТ) вище 130/85 мм.рт.ст. (або наявність діагностованої артеріальної гіпертензії), гіперглікемія натще більше 5,6 ммоль/л (або верифікований цукровий діабет (ЦД)). Пацієнти II групи - 42 хворих на ХП в поєднанні з МС, компонентами якого, була дисліпідемія та всі перераховані вище. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Хворі I та II груп у відповідності до застосованого лікування були розподілені на дві підгрупи: I А, ІА – підгрупи отримували базову терапію; хворі ІБ та ІБ – підгруп отримували базову терапію у поєднанні з препаратом омега-3 ПНЖК. В якості омега-3 ПНЖК використовувався вітчизняний препарат Епадол в кількості 2 г/ добу.

Клінічні, інструментальні, лабораторні дослідження проводились всім хворим до лікування, через 3 тижні та через 3 місяці після призначеного лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Після проведеного трьохмісячного курсу лікування у пацієнтів ІБ групи відмічено достовірне зниження рівня ТГ в сироватці крові на 25,2% ($p < 0,05$), в порівнянні з групою, яка приймала тільки базове лікування, де даний показник знизився на 5,37% ($p < 0,05$). Рівень ХС ЛПДНЩ також достовірно знизився на 9,75% ($p < 0,05$) у пацієнтів ІБ підгрупи. Нами відмічено достовірне ($p < 0,05$) підвищення рівня ХС ЛПВЩ, зниження рівня ЗХС, ХС ЛПНЩ, КА у пацієнтів ІБ підгрупи проте різниця між показниками ІА та ІБ підгруп виявилась недостовірною ($p > 0,05$).

Після проведеного лікування рівня інсуліну сироватки крові і індексу НОМА-IR достовірно ($p < 0,05$) зменшився у пацієнтів, які отримували омега-3 ПНЖК, та наблизився до показників здорових осіб. Зокрема, рівень інсуліну достовірно знизився в 1,5 та 1,6 ($p < 0,05$) рази, показник НОМА-IR – в 1,7 та 1,8 ($p < 0,05$) рази у хворих ІБ та ІБ груп відповідно.

Заданими кореляційного аналізу виявлялися статистично значущі кореляційні взаємозв'язки переважно середньої сили між ступенем інсулінорезистентності, яку було визначено за НОМА-IR, та ЗХС ($r = 0,34$, $p = 0,007$) і ТГ ($r = 0,72$, $p = 0,0001$), антропометричними показниками, що відображають абдомінальне ожиріння: ОТ ($r = 0,37$, $p = 0,003$). Наявність кореляційних взаємозв'язків між індексом

інсулінорезистентності та показниками ліпідного обміну дає підстави припустити їхню участь як у розвитку, так і у прогресуванні ХП на тлі МС [9, с.20-24].

Висновки. Застосування запропонованого методу лікування із включенням в комплексну терапію омега-3 поліненасичених жирних кислот призводить до більш ефективної корекції ліпідного і вуглеводного обміну, що полягає у достовірному зниженні рівня ТГ та ХС ЛПДНЩ та засвідчує клініко-лабораторну ефективність лікувальної програми у хворих на ХП при поєднанні його з МС.

Література

1. Братусь В. В. Ожирение, инсулинорезистентность, метаболический синдром: фундаментальные и клинические аспекты / В.В. Братусь, Т. В. Талаева, В. А. Шумаков / под ред. В. Н. Коваленко. – К.: Четверта хвиля, 2009. – 413 с.
2. Вермель А. Е. Применение омега-3-жирных кислот (рыбий жир) в клинической практике / А. Е. Вермель // Клинич. медицина. – 2005. – Т. 83, № 10. – С. 51 – 57.
3. Губергриц Н. Б. Метаболическая панкреатология / Н. Б. Губергриц, А. Н. Казюлин. – Донецк: ООО «Лебедь», 2011. – 464 с.
4. Дмитриев А. Н. Метаболический синдром и поджелудочная железа. Состояние экзокринной и инкреторной функции поджелудочной железы при различных типах гиперлиппротеинемий у пациентов с метаболическим синдромом / А. Н. Дмитриев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2003. — № 2. — С. 56 - 58.
5. Звягинцева Т. Д. Метаболический синдром и органы пищеварения / Т. Д. Звягинцева, А. И. Чернобай / Сучасні медичні технології. — 2010. — №2. — С. 110 — 114.
6. Климов А. Н. Липиды, липопротеиды и атеросклероз / А. Н. Климов – Санкт-Петербург: Питер. — 1995. — 512с.
7. Коркушко О. В. Применение омега-3 полиненасыщенных жирных кислот для нормализации эндотелиальной функции и реологических показателей крови при патологии сердечно-сосудистой системы / О. В. Коркушко, В. Б. Шатило, В. А. Ищук // Український медичний часопис. — 2010. — № 2. — С. 46 — 49.
8. Лутай М. І. Дисліпідемії: клінічне значення та класифікації / М. І. Лутай // Нова медицина. — 2003. — №4. — С. 16 — 21.
9. Мітченко О. І. Патогенетичні основи метаболічного синдрому / О. І. Мітченко // Нова медицина. – 2004. – № 4. – С. 20-24.
10. Рифан Н. Лабораторное измерение липидов, липопротеидов и аполипопротеидов // Н. Рифан, Г. Варника. – М.: Фармарус-принт, 1997. – 346с.
11. Alberti K. The metabolic syndrome - a new world wide definition / K. Alberti, P. Zimmet, J. Shaw // Lancet. – 2005. – Vol. 366. – P. 1059-1062.
12. Clinical implications of fatty pancreas: Correlations between fatty pancreas and metabolic syndrome / S. L. Jun, H. K. Sang, W. J. Dae [et al] // World J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 15, No 15. — P. 1869-1875.

Геря О.В.

дитячий невролог, старший ординатор Бориславської СЗОШ
для дітей із порушеннями ОРА

ВИКОРИСТАННЯ САУНОТЕРАПІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ЕПІСИНДРОМУ ТА ДЕЗАДАПТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З ДЦП

Вітчизняні дослідження кінця 1970-их років використовувати саунотерапію з лікувальною метою при неспецифічних запальних процесах верхніх дихальних шляхів, порушеннях периферійного кровообігу, регуляторних порушеннях гіпе - і гіпотонічного характеру, захворюваннях опорно-рухового апарату тощо. Протипоказом є використання сауни при злоякісних пухлинах, епілепсії, гострих фазах запального процесу, серцево-судинній та легеневій недостатності. Ці загальні рекомендації стали поштовхом та оберегом на той час і спричинили упередження щодо обмеженого використання сауни в наш час. На 2012 рік ми володіємо достатньо великими знаннями з патофізіології перебігу хронічного захворювання і в тому числі ДЦП, знаємо особливості перебігу епісіндрому у дітей з ДЦП на відміну від епілепсії як самостійного захворювання, розуміємо фізіологічні механізми впливу термотерапії на організм людини.

Саунотерапія не використовувалась як метод термотерапії в державних медичних закладах (і особливо дитячих) через громісткість самого методу і нерозробленість системи діагностичного контролю за функціональним станом серцево-судинної та дихальної систем дитини.

Проблема здоров'я дитини з ДЦП є поліфункціональна, близька до проблем при системних захворюваннях. Окрім порушень ЦНС і опорно-рухового апарату, дітям із ДЦП притаманні імунопатії, метаболічні та вегетативні порушення, порушення обміну колагену, мікроциркуляції. Саунотерапія зарекомендувала себе як ефективний метод термотерапії у випадках, коли в короткий час, використовуючи резервний потенціал організму, можна отримати позитивну динаміку при накопичені одночасно поліфакторів: недостатність часу, матеріального забезпечення, порушення функціонального стану організму на різних рівнях тощо.

Метою цього дослідження є вивчення особливостей використання саунотерапії в комплексному лікуванні дітей із наслідками ДЦП, епісіндромом, дезадаптаційними порушеннями функціональних систем для корекції метаболічних, вегетативних порушень, покращення периферійного кровообігу та мікроциркуляції.

Об'єктом роботи є медична реабілітація як процес подолання порушень функціональних систем у дітей, хворих на ДЦП, з епісіндромом.

Предмет дослідження – метод термотерапії в загальному комплексі медичної реабілітації дітей з ДЦП та епісіндромом.

Анамнез дослідження. У м. Львові на базі Інституту Нейробіохімічних технологій проводилось курсове лікування дітей з епілепсією комбінованою, безмедикаментозною методикою, з використанням саунотерапії в поєднанні з масажем і мануальною

терапією. Курс лікування – 1 раз у 2 тижні впродовж 2 – 6 місяців. Четверо дітей, які навчалися і проходили реабілітацію в Бориславській СЗШ з 1998 по 2002 рік, пройшли курс реабілітації впродовж 6 місяців з позитивною динамікою – повне припинення судом у трьох дітей і легка форма (рідкі напади) в однієї дитини. Лікування забезпечував контроль за станом дитини спеціально за допомогою розробленої комп'ютерної програми на базі інституту.

В БСЗШ термотерапія є складовою комплексної медичної реабілітації, яка включає спецкурс медикаментозного лікування, термотерапію, масаж, розробку суглобів, позокорекцію. З 2011 року, крім традиційних методів термотерапії таких, як укутування, озокеритолікування, впроваджено інфрачервону саунотерапію.

Методика застосування саунотерапії.

Алгоритм процедур починається з підготовчого етапу, який включає ЕКГ, ЕЕГ, функціональні проби. Далі – поетапні дії:

1. Обстеження АТ, пульсу, ЧД до першого заходу і після.
2. Проведення процедури в другій половині дня.
3. Перший захід до 5 хвилин.
4. Температура в сауні 54°C.
5. Відпочинок 5 – 10 хвилин.
6. Другий захід – до потіння (5 – 10 хвилин).
7. Масаж до 30 хвилин.
8. Розробка суглобів 15 – 20 хвилин.
9. Механотерапія 10 – 15 хвилин.
10. Позокорекція 20 хвилин.

До процедурних особливостей саунотерапії в БЗОСШ належать такі:

- Одночасно отримують лікування двоє дітей.
- Курс лікування однієї дитини – один раз в тиждень.
- Продовження саунотерапії як самостійного методу при лікуванні епілепсії – 4 – 6 місяців (два рази в місяць), корекція метаболічного синдрому 1 – 1,5 місяців (4 – 6 процедур), корекція дезадаптаційного синдрому – 1 місяць (2 – 3 процедури).

Висновок. Термотерапія засобом інфрачервоної сауни є доступним і ефективним в часі, засобах і вихідному результаті методом у комплексному медично-реабілітаційному процесі дітей із порушеннями опорно-рухового апарату з супутніми комбінованими порушеннями функціональних систем організму в умовах стаціонарного супроводу.

Покращення метаболічних порушень, водного обміну, коригування дезінтоксикаційної функції під впливом термотерапії відбувається в межах від одного до шести місяців, із першими позитивними результатами вже після першого місяця.

Корекція дезадаптаційних симптомів проходить на основі механізму підвищення чутливості організму та мобілізації резервних можливостей дитини через один – півтора місяці.

Описаний підхід ламає стереотипи обмеженого використання саунотерапії як термотерапевтичного методу в системі реабілітації дітей із ДЦП.

При добре збалансованому діагностичному і терапевтичному підході комбіновані методики, в тому числі й саунотерапія (і термотерапія загалом), дають значне підвищення ефективності лікування.