

ВАКЦИНАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ В ДИНАМИКЕ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

Аполонина А.В., Багмут И.Ю.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

г. Харьков, Украина

irina.bagmut@ukr.net

Вступление. С момента введения вакцинации, как первичной профилактики распространения инфекционных болезней, календарь прививок подвергся усовершенствованию, в результате чего сократилось количество противопоказаний по вакцинации упомянутыми препаратами. Однако ранее сахарный диабет 1 типа учитывался как противопоказание в системе здравоохранения. Актуальной является задача поиска эффективных методов иммунизации населения, предусмотренных Приказом Министерства здравоохранения Украины № 595 от 16.09.2011 года «Календарь профилактических прививок в Украине» [www.portal.rada.gov.ua/].

Поскольку дифтерия продолжает регистрироваться, дополнительное изучение влияния различных факторов на иммуногенез не утратило актуальности. Среди причин, которые определяют характер иммунного ответа на вакцинацию и негативно влияют на показатели напряженности и сохранения активного искусственного иммунитета против дифтерии, являются имеющиеся болезни разного характера у лиц, которым проводится вакцинация. Наряду с инфекционными следует учитывать и неинфекционные заболевания, в частности, эндокринную патологию. Наиболее распространенная среди них - сахарный диабет. По данным ВОЗ, в 2001 году около 5% населения США и стран Европы имело диагноз или латентные формы сахарного диабета. В Украине эта болезнь составляет 8% в структуре патологии человека и имеет тенденцию к росту. В Харькове распространенность сахарного диабета I типа среди детей до 18 лет составила в 2001 году 96,1 на 100 тыс. населения, что по сравнению с общими показателями в стране имеет высшую отметку. Учитывая,

что детский контингент является основным объектом плановой иммунизации населения в Украине, считаем целесообразным изучить методы иммунопрофилактики дифтерии у детей и подростков, больных сахарным диабетом I типа. **Целью** данной работы явилось изучение показателей искусственного активного антитоксического противодифтерийного иммунитета у детей и подростков, больных сахарным диабетом I типа в зависимости от длительности течения болезни.

Материалы и методы Научные исследования выполнялись по научному направлению «Определение роли и значения социальных и биологических факторов в развитии эпидемического процесса при отдельных инфекционных болезнях», утвержденному Постановлением Президиума ВАК Украины от 09.01.2002р. № 18-09/1. Материалом для изучения стала кровь и сыворотки больных сахарным диабетом I типа детей от 1 до 18 лет. Объектами наблюдений было 105 человек. Исследование сывороток проводилось у 12 детей и подростков с впервые диагностированным сахарным диабетом I типа единовременно (на момент госпитализации), у 93 детей и подростков в стадии декомпенсации единовременно (на момент госпитализации). Контрольную группу составили 71 здоровых детей разного возраста. Изучались и анализировались истории болезней пациентов, справки о прививках детей, эпидемиологические карты, статистические формы: 112 / у, № 63/у. Лабораторные методы применялись для определения уровня специфических антител к дифтерии с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Иммунная защита у детей имела место, если показатели титров составляли от 0,1 МЕ / мл, недостаточными были титры менее 1,0 МЕ / мл - пациент подлежит повторной (усилительной) иммунизации. Статистический метод был внедрен для проверки полученных данных на соответствие закону Гаусса, использованы однофакторный дисперсионный анализ, параметрические (F-test) и непараметрические (Kruskal-Wallis-test) критерии. Статистические показатели представлены в виде средней арифметической (M) и стандартной погрешности (SE), а также медианы (Me) нижнего (LQ) и верхнего (Up.Q.) quartiles лей.

Статистический анализ данных выполнен с помощью компьютерной программы «Statgraphics Plus 3.0».

Результаты и обсуждение. Анализ показателей специфических антител к дифтерии показал, что у детей и подростков с впервые диагностированным сахарным диабетом I типа (I группа) количество серонегативных составило 2 ребенка ($16,67 \pm 10,76\%$), с низким защитным уровнем противодифтерийных антител - 4 ребенка ($33,33 \pm 13,67\%$). Как средний, так и высокий защитный уровень антител к дифтерии было обнаружено у 3 детей ($25,0 \pm 12,5\%$). Среди детей и подростков, больных сахарным диабетом I типа 1 - 5 лет (II группа) количество серонегативных детей и подростков составило 1 ребенок ($1,79 \pm 1,77\%$). Низкий защитный уровень противодифтерийных антител был обнаружен у 5 детей ($8,93 \pm 3,81\%$). Со средним защитным уровнем антител - 22 ($39,28 \pm 6,53\%$). Высокий защитный уровень антител были определены у 28 человек ($50,00 \pm 6,68\%$) (рис. 1.)

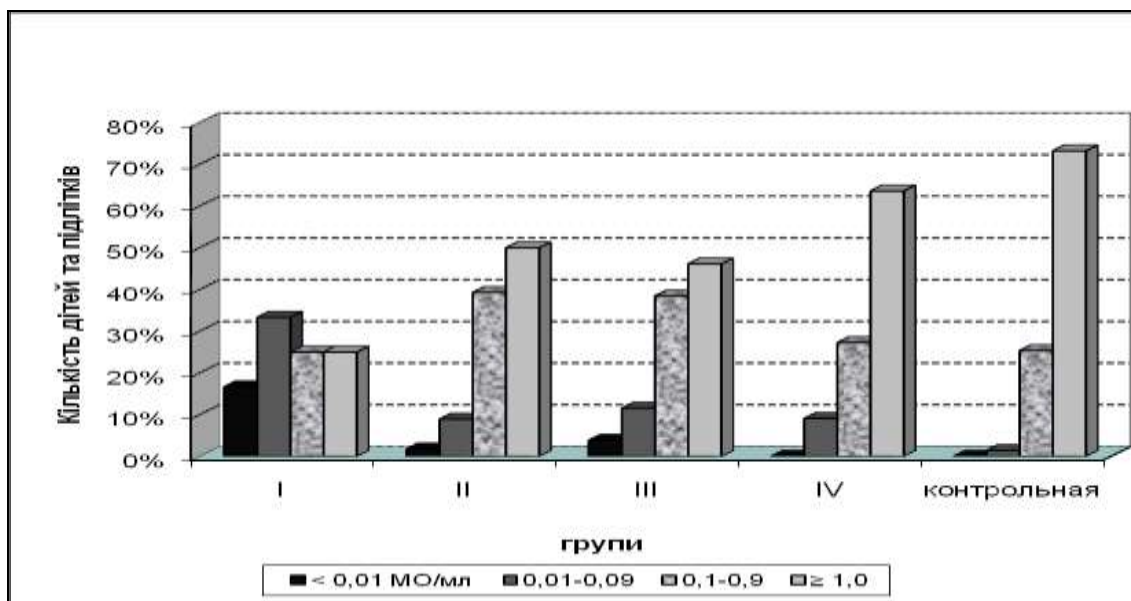


Рис. 1 Показатели уровней противодифтерийного антитоксического иммунитета у детей и подростков, больных СД I типа.

Анализ напряженности противодифтерийного иммунитета у детей и подростков III группы показал, что высокий защитный уровень антител имели 12 человек ($46,15 \pm 9,78\%$), средний защитный уровень антител имели 10

человек ($38,46 \pm 9,54\%$); низкий защитный уровень - 3 человека ($11,54 \pm 6,27\%$), серонегативный был - 1 человек ($3,85 \pm 3,77\%$).

Показатели противодифтерийного иммунитета у детей и подростков, страдающих сахарным диабетом 1 типа более 10 лет (IV группа) свидетельствуют, что серонегативных в этой группе не было выявлено, с низким защитным уровнем выявлен 1 ребенок ($9,10 \pm 5,64\%$), со средним защитным уровнем было обнаружено 3 человека ($27,27 \pm 8,73\%$), с высоким защитным уровнем - 7 человек ($63,63 \pm 9,43\%$). Такой уровень защитных противодифтерийных антител можно объяснить плановой ревакцинацией АДС-анатоксином в 2006-2007 годах лиц этой группы.

Результаты исследования выявили определенные закономерности формирования защитного уровня противодифтерийного иммунитета в зависимости от длительности течения СД 1. Выяснилось, что дети, которые болели меньше 10 лет имели слабую способность к формированию высокого уровня защиты против дифтерии. Лица же с длительностью заболевания более 10 лет не отличались от здоровых сверстников. Особо следует отметить и группу детей с впервые диагностированным СД 1. Этот контингент больных был наиболее незащищенным против дифтерии среди всех выделенных групп.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что сахарный диабет I типа негативно влияет на напряженность активного искусственного иммунитета против дифтерии в зависимости не только от продолжительности основной болезни (СД I), но и от осложнений, которые она вызывает, значит, этот вопрос требует более тщательного изучения динамики течения сахарного диабета 1 типа и разработки определенных мер по коррекции уровней показателей специфического иммунитета к дифтерии, которая продолжает регистрироваться на территории Украины.

Полученные результаты и предложения могут быть использованы в решении практических задач проведения профилактических плановых прививок, в частности, детям с медицинскими противопоказаниями в день плановых прививок.

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Березняков А.В.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

an-ber@ukr.net

По данным Международной Федерации Диабета (IDF) во всем мире сахарным диабетом больны уже 285 миллионов человек. Это семь процентов взрослого населения в мире. Статистика свидетельствует, что в 1985 году этим заболеванием страдали 30 миллионов человек. Спустя 15 лет это число превысило 150 миллионов. Сегодня же, меньше чем за 10 лет, количество заболевших диабетом приближается к 300 миллионам, половина из которых в трудоспособном возрасте между 20 и 60 годами. Основную тяжесть эпидемии несут на себе люди в странах с низким и средним уровнем дохода. Но в ряде стран, где уровень жизни достаточно высокий, например, в США и Канаде, заболеваемость диабетом наблюдается у 10.2% взрослого населения. IDF предсказывает, что, если нынешние темпы роста продолжатся, к 2030 году общее количество больных превысит 435 миллионов. Мировая наука находится в постоянном поиске новых подходов и методов лечения этого заболевания.

С недавнего времени на мировом рынке появились инновационные разработки инсулиновых помп израильской фирмы «Geffen Medical» и компании «Cellnovo» из Уэльса для лечения больных сахарным диабетом I типа (инсулинзависимый диабет). Способ использования инсулиновых помп для людей, зависимых от инсулина, позволяет получить необходимое количество вещества. Предназначена медицинская помпа для непрерывного подкожного введения инсулина в организм на протяжении всего дня и имеет большие удобства использования по сравнению с инъекциями. Для введения инсулина в данной помпе используются две составляющие: пульт управления и Pod – модуль, внутри которого скомпонованы помпа, электроника, батарейки и небольшой резервуар, который после закачивания инсулина крепится на теле в

любом удобном месте (на животе, предплечье, бедре, ягодице) лейкопластырем. Pod водонепроницаем и меняется через каждые 3 дня. Вес модуля на теле – 34 грамма. Подача инсулина регулируется при помощи беспроводного пульта управления, который имеет встроенный глюкометр и различные программы для расчета доз инсулина. Инсулин при помощи шприца (идет в упаковке вместе с Pod – модулем) закачивается в небольшой резервуар. После этого Pod – модуль клеится на тело. После того, как активируется его работа, в тело проникает тоненькая иголочка, которая мельчайшими дозами подает инсулин в организм. Данное устройство уже можно считать модернизированным, так как первые модели помп соединялись с корпусом посредством системы трубок для поставки инсулина от насоса в организм человека. В числе главных преимуществ новых моделей следует учесть меньший вес устройства и более простое, и функциональное использование. Благодаря пульта дистанционного управления можно легко и быстро регулировать подачу инсулина. Среди основных преимуществ системы следует отметить автоматическое выявление показателей глюкозы в крови, возможность рекомендовать использование инсулина для оптимального выбора. Также можно получать другие важные параметры, включая углеводное потребление и уровень физической активности. Такие аппараты еще называются искусственной «бета-клеткой», так как они имеют систему обратной связи. Беспроводная технология компании «Cellnovo» позволяет легко передавать соответствующие данные на ПК, портативный компьютер либо планшет для более детального анализа полученных данных. Данная система была опробована в 2013 году и будет доступна уже в 2014-м году.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Березняков А.В., Медяник Н.С.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

an-ber@ukr.net

Курение является наиболее распространенной и массовой в мировом масштабе привычкой, наносящей урон, как здоровью отдельного человека, так и обществу в целом. В курение вовлечены практически все слои населения и, что наиболее опасно, женщины и юношество. Это социальная проблема общества, как для его курящей, так и для некурящей части. Для первой – проблемой является бросить курить, для второй – избежать влияния курящего общества и не «заразиться» их привычкой, а также – сохранить своё здоровье от продуктов курения. У курильщиков повышается риск развития патологий, к которым относятся: заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, инфаркт миокарда, инсульт, хронический бронхит, эмфизема и рак легких. Воздействие никотина способствует развитию заболеваний органов пищеварения и нарушений репродуктивной функции, как у мужчин, так и у женщин.

Миллионы людей пытаются бросить вредную привычку каждый год, но многие все еще продолжают курить, и процент успешных попыток прекратить табакокурение пока что остается низким. Самостоятельно прекратить курить удается немногим. Для тех, кто не смог это сделать самостоятельно, существует целый ряд эффективных, доказавших свою результативность, методов лечения табакокурения.

Цель работы. Проанализировать современные методы лечения табакокурения.

Главная цель терапии – прекращение курения и борьба с последующей никотиновой абстиненцией. Существующие методы лечения можно условно разделить на лекарственные и психотерапевтические. В свою очередь, лекарственную терапию делят на 4 группы:

1. Никотинзаместительная терапия (применение средств, содержащих никотин и облегчающих преодоление никотиновой зависимости). Применяются препараты: «Цитизин», «Табекс», «Лобелин», «Лобесил», «Гамибазин», «Никоретте»: никотинсодержащая жевательная резинка, никотиновый пластырь, никотиновый спрей в состав которых входит либо никотин, либо другие алкалоиды, влияющие на Н-холинорецепторы. Механизм действия этих препаратов основан на заместительной терапии. При попадании в организм действующее вещество этих лекарств оказывает влияние, сходное с влиянием никотина.

2. Препараты без никотина и алкалоидов. К ним относятся Варениклин («Чампикс») и Бупропион («Зибан»). Они блокируют зоны удовольствия, которые активизируются при курении, делая курение безрадостным по ощущениям, а также устраняют неприятные симптомы, в том числе психические, возникающие при отказе от курения.

3. Аверсивная терапия (применение средств, вызывающих отвращение к курению). Наиболее распространенный метод – полоскание рта жидкостями, которые, взаимодействуя с табачным дымом, вызывают неприятный вкус во рту (0,25—0,5 % раствор нитрата серебра, 0,1 % раствор сернокислой меди и др.). Кроме этого применяются способы условно-рефлекторного рвотного отучения от курения с помощью апоморфина гидрохлорида.

4. Симптоматическая терапия (снотворные, успокаивающие и обезболивающие препараты). Применяется при абстинентном синдроме во время лечения у курильщиков с большим стажем, когда возникает резкое и сильное желание закурить. В это время появляется повышенная раздражительность, снижение работоспособности, внутренний дискомфорт и другие симптомы. Применяют различные седативные средства: настой и экстракт валерианы, траву пустырника, транквилизаторы (элениум, седуксен и др.), препараты с адаптогенным действием (корень женьшеня, плоды лимонника, пантокрин, настойка аралии), и витамины (А, С, Е, группы В).

К методам психотерапии в первую очередь относятся гипнотерапия и самовнушение. Гипнотерапия является одним из наиболее распространенных

методов боротьби з табакокурінням. Во время гіпнозу курильщику проводиться внушення, направлене на усунення симптомів нікотинної абстиненції і укріплення волевих якостей в боротьбі з курінням. Зміст гіпнозу впливів також направлено на виробку у курильщика отвращення до куріння і формування у нього нової моделі поведінки. Пациентам внушається впевненість в собі, в успіху лікування. Самовнушення направлено на виробку позитивних асоціацій, зв'язаних з повним відмовою від куріння.

Висновки. Многочисленні методи і підходи в боротьбі з курінням, к сожалению, не гарантують досягнення стопроцентного результату, так як в першу чергу залежать від «внутрішнього настрою» людини, який повинен сам усвідомлювати необхідність позбутися від шкідливої ​​привички. Також досвід лікування численних наркозалежних пацієнтів показує, що найбільш ефективною є комплексний і систематизований підхід в терапії куріння з урахуванням медичних, соціальних і біологічних аспектів.

ВИВЧЕННЯ СТАВЛЕННЯ БАТЬКІВ ДО ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Котвіцька А.А., Волошина М.М., Суріков О.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

На сьогоднішній день однією з найважливіших функцій системи охорони здоров'я є забезпечення профілактики захворювань. Однією з першочергових проблем у проведенні вакцинопрофілактики в Україні визначається наявність низького рівня щеплення серед дитячого населення, що пов'язано зі збільшенням кількості медичних відводів через вроджені патології, алергійні захворювання, а також добровільну відмову батьків від щеплень. Як наслідок, протягом 2010-2012 років рівень вакцинації дітей становив 70-75%. Стосовно окремих дитячих хвороб рівень щеплення складав лише 46%.

Враховуючи вищезазначене, метою нашої роботи стало проведення анкетного опитування стосовно ставлення до вакцинопрофілактики, а також дослідження біоетичних аспектів вакцинації та її організації в системі охорони здоров'я.

Дослідження проводилося шляхом анкетування батьків дітей, які були на прийомі у лікаря-педіатра в Міській дитячій лікарні №2 м. Харкова у період з січня по лютий 2014 року, кількість анкет складала 55. До аналізу відібрано 44 анкети, які містили відповіді на усі запитання.

За результатами анкетування встановлено, що більшість батьків вважають за необхідне проводити профілактику інфекційних хвороб методом вакцинації, що зазначило 62,5% опитаних. Достатньо велика кількість батьків – 67,5%, погоджується вакцинувати свою дитину згідно Календаря профілактичних щеплень. Загальновідомим є, те що рівень вакцинації залежить від процесу організації. Як свідчать результати анкетування – 47,5% респондентів довелось чекати надходження вакцин у лікувально-профілактичний заклад, 32,5% довелось самостійно купувати вакцину, 70,1% опитаних респондентів вказали, що не отримують офіційної інформації МОЗ про проведення вакцинації.

На питання відносно джерела інформації, рівень довіри до якої оцінювався за п'ятибальною школою респонденти користуються найчастіше інформацією МОЗ, ступінь довіри якої склав – 3,2 бали, порадами лікаря - ступінь довіри складає – 2,6 бали та Інтернет – 2,4 бали відповідно. На загальне запитання про ставлення до вакцинопрофілактики, батьки обрали відповідь: «відношусь до інформації з обережністю, але все одне вакциную дітей», що зазначено у 57,5% опитаних.

Таким чином, поліпшення ставлення до вакцинації на нашу думку передбачає, в обов'язковому порядку проведення просвітницької роботи, надання офіційної інформації уповноважених органів з метою збільшення довіри батьків до вакцинації та препаратів вакцинопрофілактики, а також формування ефективної системи забезпечення та зберігання вакцин.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ КРАСНУХЕ У НАСЕЛЕНИЯ Г.АЛЕКСАНДРИИ ЗА 1999-2009 г.

Колесник Ю.С., Багмут И.Ю.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

г. Харьков, Украина

irina.bagmut@ukr.net

Вступление. На протяжении последних лет в Украине наблюдаются высокие показатели заболеваемости краснухой детского населения. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 16.09.2011р. № 595 «Календарь профилактических прививок в Украине» предусматривает обязательные прививки детского контингента против краснухи. **Целью** исследования был анализ заболеваемости краснушной инфекцией в ретроспективной динамике в условиях действующей вакцинопрофилактики против краснухи в городе Александрии Кировоградской области.

Материалы и методы исследования. Для достижения целей мы использовали эпидемиологические, статистические методы исследования. Эпидемиологические методы в работе предусматривали изучение особенностей эпидемического процесса краснухи в г. Александрии за 1999-2009гг. Для решения вопроса о значимости полученных показателей и оценки их вероятности, результаты исследования подлежали статистическому анализу по общепринятым методам определения средней ошибки процентного отношения.

Результаты и обсуждение. Анализ заболеваемости краснухой населения г. Александрии в период с 1999 по 2009гг. показал особенности течения эпидемического процесса за период с 2005 по 2009 год - удельный вес заболеваемости краснухой среди всех детских капельных инфекций, управляемых с помощью иммунопрофилактики, составил - 64,8% в общей структуре. Средний показатель заболеваемости краснухой в этот период составил $75,3 \pm 8,8$ на 100 тыс. населения.

В многолетней динамике заболеваемости краснухой прослеживается умеренная тенденция к снижению уровня заболеваемости. Средний темп снижения за этот период составил - 2,04%. Для эпидемического процесса краснухи характерны выраженные подъемы заболеваемости, которые регистрируются с интервалом 3 – 4 года. Установлен сезонный период подъема заболеваемости, который наблюдается в январе-мае. На него приходится в среднем около 78,6% (коэффициент сезонности колеблется от 52,7% до 100% в разные годы) от общих показателей за год. Среднее превышение заболеваемости превышает межсезонный уровень в 2,6 раза. При оценке отдельных форм заболеваемости в годовой динамике вспышечная заболеваемость в 2004 году имела доминирующее значение и ее удельный вес составил 66,5%.

За изучаемый период с 1999 по 2009 годы наибольшей стабильностью и значимостью характеризовалась круглогодичная заболеваемость, в общей структуре годовой динамики она составляла 35,5%. В возрастной структуре заболеваемости краснухой более 85% составляют дети. Тесное общение детей в организованных коллективах способствует распространению инфекций с капельным процессом передачи, что подтверждают результаты изучения заболеваемости среди различных контингентов в г. Александрии. Уровень заболеваемости организованных детей в 1,5 раза превышает заболеваемость неорганизованных.

Следует отметить, что в годы циклических подъемов заболеваемости в возрастной структуре наибольшую долю составляют дети 10-14 лет и взрослые от 20 лет и старше. В городе Александрии прослеживается рост заболеваемости краснухой взрослого населения. В последние годы количество заболевших краснухой взрослых составила 15% от общего количества заболевших. Иммунная прослойка у лиц старше 20 лет составляет менее 85% и, следовательно, напряженность иммунитета недостаточная, что определяет случаи заболеваемости в этом возрасте.

Выводы. Таким образом, ввиду высокой контагиозности краснухи, которая передается и через третье лицо, в эпидемический процесс вовлекается не только детское население, но и взрослое. Изучение распространенности этой инфекции среди взрослого населения – женщин фертильного возраста является важной составляющей эпидемиологического надзора. В Украине отсутствует надзор за уровнем заболеваемости краснухой среди отдельных возрастных групп взрослого населения, что осложняет своевременное проведение эффективных мероприятий профилактики с ставит необходимостью обязательное введение в Календарь профилактических прививок вакцинации женщин старше 20 лет.

Перспективным в данном направлении является изучение причин снижения поствакцинального иммунитета против краснухи у населения города Александрии Кировоградской области.

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ДЕРМАТОМІКОЗІВ

Котвіцька А.А., Костюк В.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

Останніми роками в світі спостерігається зростання кількості випадків грибкових захворювань шкіри. Сьогодні дерматомікоз є однією з актуальних проблем сучасної дерматовенерології, оскільки, зустрічаються приблизно у 20% населення світу, а серед осіб, старших за 60 років, - до 30%. Дані світової статистики ВООЗ свідчать про те що, захворюваність на грибкові захворювання шкіри зростає з віком у 2,5 рази через кожні 10 років.

Стійкий хронічний перебіг дерматомікозів, схильність до рецидивів, гнійні алергійні ускладнення, а також пов'язана з цим утрата працездатності — не тільки медична, але й соціально-економічна проблема. Патологічні зміни зовнішності чинять негативний вплив на психоемоційний стан, сприяють розвитку депресії та соціальної дезадаптації.

На сучасному рівні розвитку профілактики, діагностики та лікування дерматомікозу значна увага приділяється попередженню виникнення, розвитку та загострення захворювання. Для цього необхідно враховувати не тільки етіологічні та патогенетичні складові захворювання, а й, насамперед, фактори ризику виникнення дерматомікозу.

На підставі вищезазначеного, метою нашого дослідження стало проведення аналізу факторів, що впливають на виникнення та важкість перебігу грибкових захворювань шкіри.

Під час дослідження нами використано системний, логічний та графічний методи аналізу.

Встановлено, що стабільно високий рівень захворюваності на дерматомікоз зумовлений двома основними групами факторів: *модифікованими* та *немодифікованими*.

Необхідно зазначити, що найбільше значення для профілактики

дерматомікозу має перша група факторів ризику. Разом з тим, друга група факторів може бути використана для прогнозування виникнення та прогресування захворювання.

За результатами узагальнення літературних даних встановлено, що до *модифікованих* факторів належать *соціальні, медичні та фармакологічні*. Так, серед *соціальних* чинників необхідно виділити погіршення екологічної ситуації в Україні, недостатність санітарно-просвітницької роботи серед населення, соціально-економічний статус людини, її емоційний стан (стрес та хронічне психоемоційне напруження), шкідливі звички.

До *медичних* факторів належить загальне погіршення показників імунітету населення, використання інвазивних методів діагностики, зростання кількості випадків захворювань з порушенням імунологічних реакцій, зокрема, цукровий діабет, онкологічні захворювання, ВІЛ-інфекція. Зазначені причини сприяють зростанню захворюваності на системні мікози, що через високу вартість лікування основного захворювання набувають важливого соціально-економічного значення.

Серед *фармакологічних* чинників провідне місце належить застосуванню антибіотиків широкого спектра дії, призначенню імуносупресивних, цитостатичних препаратів, гормональної терапії, неконтрольоване використання населенням протигрибкових медикаментів з наступним формуванням резистентності збудників, а також введення речовин з вираженою протимікробною дією до складу косметичних та гігієнічних засобів для догляду за шкірою, що призводить до порушення її біоценозу.

До найбільш істотних немодифікованих факторів розвитку грибкових захворювань шкіри відноситься вік людини, оскільки дерматомікози вражають переважно дорослих, що пов'язано з віковими змінами рН шкіри, товщини і структури рогового шару епідермісу, ослабленням імунного захисту і резистентності шкіри.

За результатами проведеного дослідження нами визначено основні фактори, що впливають на виникнення дерматомікозу, та згруповано за двома

критеріями – ступінь корекції та характер впливу.

За ступенем корекції фактори поділено на *модифіковані* та *немодифіковані*. *За характером впливу* визначено такі групи факторів, як *соціальні, медичні та фармакологічні*.

Класифікація факторів ризику розвитку дерматомікозу відповідно до зазначених критеріїв, представлено на рис. 1.

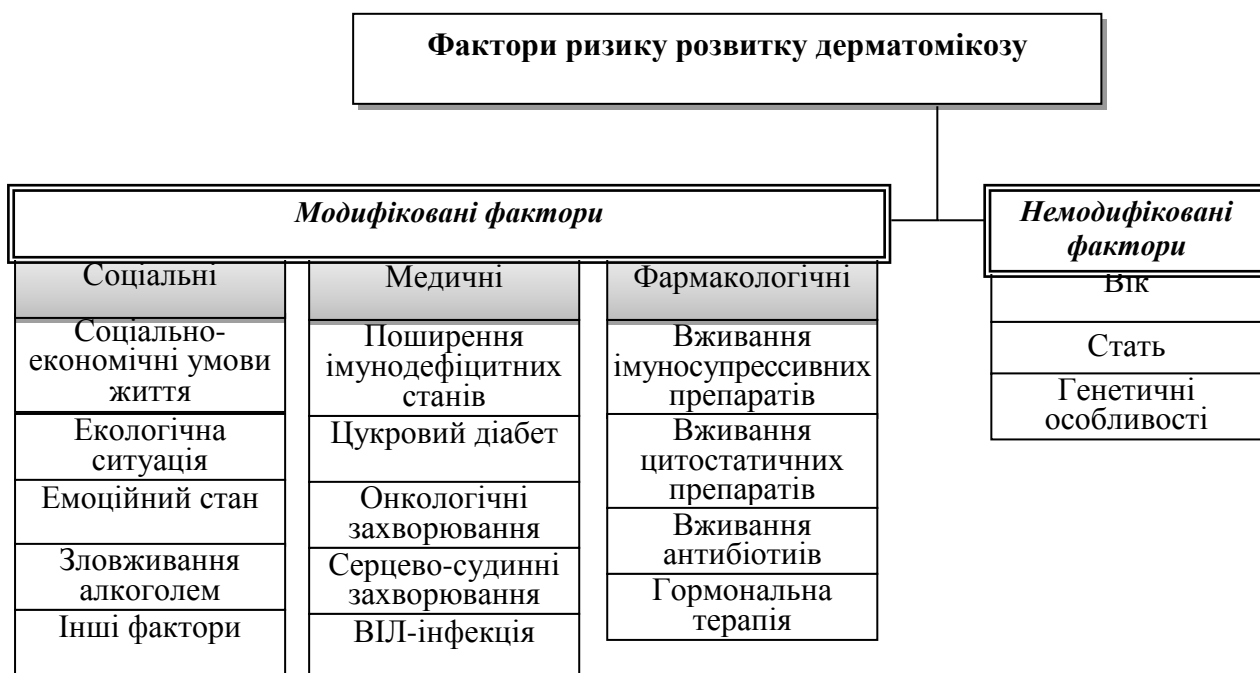


Рис. 1. Фактори ризику виникнення дерматомікозу.

Розподіл факторів ризику за визначеними критеріями, на нашу думку, дозволяє об'єктивно оцінити ступінь їх впливу на виникнення, розвиток та перебіг дерматомікозу.

Також безперечним є те, що визначення факторів ризику виникнення дерматомікозу та їх своєчасне усунення надасть можливість попередити захворювання як у окремої людини, так і на рівні сім'ї та суспільства в цілому.

АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЕНДОМЕТРІОЗУ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Піняжко О.Б., Заліська О.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила

Галицького,

м. Львів, Україна

orestapb@gmail.com

Вступ. У структурі гінекологічної патології ендометріоз посідає третє місце після запальних захворювань жіночих статевих органів та фіброміоми матки. Близько 176 млн жінок у цілому світі уражено ендометріозом, а найчастіше діагностується у жінок віком від 30 до 40 років – репродуктивного та працездатного віку, що становить важливу соціальну проблему. Враховуючи значну потребу в оптимізації лікування ендометріозу у жінок, актуальним вибір доказових схем фармакотерапії пацієток для зменшення, як персональних, так і соціальних витрат на лікування захворювання.

Метою нашого дослідження було провести порівняльний аналіз основних підходів до фармакотерапії ендометріозу в Україні, Росії, Польщі та Великобританії.

Методи дослідження. Об'єктами вивчення були такі джерела: рекомендації Світового товариства з питань ендометріозу (World Endometriosis Society – WES) «Консенсус щодо сучасного лікування ендометріозу»; клінічне керівництво Європейського товариства репродуктології та ембріології (ESHRE) з лікування ендометріозу; рекомендації Національного інституту досконалості охорони здоров'я (NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*); стандарти Польського гінекологічного товариства PTG.

Також ми проаналізували фармацевтичну складову наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу Міністерства охорони здоров'я та соціального розвитку Російської Федерації від 7 квітня

2006 р. № 257 «Про затвердження стандарту медичної допомоги хворим з ендометріозом».

Результати й обговорення. Основними підходами до лікування ендометріозу є консервативна терапія – гормональними лікарськими засобами (ЛЗ), неспецифічна протизапальна терапія та хірургічне лікування. Фармакотерапія ендометріозу спрямована на усунення двох основних жіночих проблем таких як ендометріоз-асоційований біль (дисменорея, диспареунія, хронічний тазовий біль, біль під час овуляції, дисхезія) та безпліддя.

Відповідно до видання Світового товариства з питань ендометріозу (WES) «Консенсус щодо сучасного лікування ендометріозу», яке базується на даних доказової медицини (Evidence-based medicine), фармакотерапія включає такі ЛЗ 1-ї лінії – нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) та інші анальгетики (парацетамол), комбіновані оральні контрацептиви (КОКи), прогестагени (медроксипрогестерону ацетат, норетистерон, дієногест) та ЛЗ 2-ї лінії – агоністи гонадотропін-релізінг гормонів (аГнРГ) з додатковою гормонозамісною терапією, левоноргестрел-релізінг внутрішньоматкову систему, депо-прогестагени, опіоїдні анальгетики, комбіновані гормональні контрацептиви (трансдермальні пластирі та вагінальні кільця). Даназол та гестринон не слід застосовувати через високий ризик виникнення побічних реакцій за рекомендаціями WES. Інгібітори ароматази (анастрозол, фадрозол, форместан, летрозол, екземестан), селективні модулятори рецепторів прогестерону (міфепристон, уліпристал), антагоністи ГнРГ (елаголікс) є у клінічній практиці також.

Проаналізувавши отримані дані бачимо, що накази в Україні та Росії не були оновлені ще з 2003 та 2006 рр., основні групи ЛЗ є однаковими, але нема уніфікованої термінології груп гормональних препаратів. В Україні включені КОКи, серед гестагенів нема ще дієногесту, а присутні прогестерон та дидрогестерон, 5 препаратів аГнРГ. Даназол та антиестрогенні ЛЗ входять в наказ МОЗУ, але їх вже нема в рекомендаціях WES щодо терапії ендометріозу. В Росії в наказ не включені КОКи та прогестагенні препарати, які є у світовій

практиці, а також відсутні андрогени та нафарелін серед аГнРГ. У наказ МОЗУ № 582 також включені розсмоктуюча терапія, імуномодулятори, антиоксиданти, вітамінні препарати, гепатопротектори. В наказ МОЗ РФ № 257 додатково для лікування ендометріозу включені анестетики та міорелаксанти, антигістамінні препарати, антибіотики, засоби, що підтримують функцію ШКТ та ті, що впливають на кров.

У Великобританії рекомендації щодо лікування відповідають сучасним світовим тенденціям, також рекомендовано препарат захисної терапії тиболон.

Розглядаючи неспецифічну протизапальну терапію, бачимо, що у всіх вказаних країнах рекомендовані НПЗЗ, найширший перелік яких є у Великобританії. Відмінним є те, що в Росії включені також опіоїдні аналгетики, транквілізатори.

У стандарти Польського гінекологічного товариства до фармакотерапії ендометріозу включені: НПЗЗ, естроген-прогестагенні та прогестагенні (дієногест, левоноргестрел, медроксипрогестерон) засоби, аГнРГ (трипторелін, нафарелін, гозерелін), даназол, що відповідає рекомендаціям WES.

Висновки. Результати проведеного детального порівняльного аналізу схем фармакотерапії ендометріозу в Україні, Росії, Польщі та Великобританії вказують на істотні відмінності між ЛЗ в клінічних керівництвах та протоколах лікування. Слід відзначити, що у Великобританії та Польщі спостерігається повна відповідність з рекомендаціями WES. У досліджуваних країнах основні фармакотерапевтичні групи ЛЗ для лікування ендометріозу є аналогічними. ЛЗ для гормональної терапії займають основне місце серед зареєстрованих з показом до застосування ендометріоз. Неспецифічна протизапальна терапія є рекомендованою при ендометріозі в стандартах лікування. В усіх країнах визначено, що популярне застосування КОКів у фармакотерапії ендометріозу є «off-label». В Україні можна рекомендувати переглянути схеми лікування ендометріозу відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій на основі даних доказової медицини, оптимізувати протоколи лікування та відповідність з Державним реєстром ЛЗ.

РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИЯ ГЕПАТИТА А И СОХРАНЕНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ДИФТЕРИИ

Подорожная А.С., Багмут И.Ю.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

г. Харьков, Украина

irina.bagmut@ukr.net

Вступление. Календарь профилактических прививок, который действует как приказ Министерства здравоохранения Украины от 16.09.2011р. № 595 «Календарь профилактических прививок в Украине» предусматривает обязательные прививки детского контингента против дифтерии. **Целью** исследования было выяснение состояния активного искусственного антитоксического противодифтерийного иммунитета среди детей, переболевших ВГА на протяжении 6 месяцев реконвалесценции

Материалы и методы Исследования проводились среди 135 реконвалесцентов (через 6 месяцев после начала заболевания ВГА) в возрасте от 1 года до 14 лет, находившихся на лечении в Харьковской детской областной клинической инфекционной больнице № 8. Обследование детей, переболевших ВГА, проводилось при условии удовлетворительного их состояния и отсутствия каких-либо заболеваний. Контрольную группу составили 146 здоровых детей. Все дети были вакцинированы и ревакцинированы в соответствии с календарем прививок. Дети были разделены на три возрастные группы: 1-6 лет, 7-10 лет, 11-14 лет. У обследованных детей определялся уровень титров специфических антител к дифтерии в периферической крови. Кровь из пальца брали натощак утром. В это же время осуществлялся забор крови из вены.

Исследования напряженности активного искусственного антитоксического иммунитета к дифтерии проводили с применением реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) с эритроцитарным диагностикумом для определения уровней антитоксических антител против дифтерии производства

Московского научно-исследовательского института вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова (РФ) и Московского научно-производственного объединения «БИОМЕД» (РФ), серия 59, К 63, активность 1:3200.

Результаты и обсуждение Анализ титров специфических антител к дифтерии у детей в возрасте от 1 до 6 лет показал, что детей с незащитными титрами было $17,9 \pm 7,2\%$ ($p > 0,05$), среди них серонегативные - $3,6 \pm 3,5\%$ ($p > 0,05$); минимальные защитные титры 1:40 отмечены у $50 \pm 9,5\%$ детей, в то время как среди детей контрольной группы отсутствовали ($p \leq 0,001$), среднезащитные титры определялись среди $21,4 \pm 7,8\%$ детей ($p \leq 0,01$), высокозащитные титры имели $10,7 \pm 5,9\%$ детей опытной группы и $93,9 \pm 4,2\%$ детей контрольной группы ($p \leq 0,001$). Установлено, что СГТ детей основной группы составлял $5,7 \pm 0,3 \log_2$, в то время как среди детей контрольной группы - $10,7 \pm 0,3 \log_2$ ($p \leq 0,001$).

Было обследовано 35 реконвалесцентов основной группы и 43 ребенка контрольной группы в возрасте от 7 до 10 лет. Установлено, что детей с незащитными титрами было $17,1 \pm 6,4\%$ обследованных ($p > 0,05$ при сравнении с контролем), среди них $14,3 \pm 5,9\%$ серонегативных ($p \leq 0,05$), титры 1:40 отмечены у $8,6 \pm 4,7\%$ детей ($p > 0,05$), титры от 1:80 до 1:160 - в $28,6 \pm 7,6\%$ ($p \leq 0,001$), титры от 1:320 и выше - в $45,7 \pm 8,4\%$ ($p \leq 0,001$). СГТ детей основной группы составлял $7,6 \pm 0,3 \log_2$, контрольной - $10,9 \pm 0,2 \log_2$ ($p \leq 0,001$).

В возрасте 11-14 лет через 6 месяцев после возникновения заболевания ВГА было обследовано 72 ребенка основной группы и 70 детей контрольной группы. Состояние уровня незащитных титров антител к дифтерии в группе детей в возрасте от 11 до 14 лет в периоде реконвалесценции составляло $34,9 \pm 7,3\%$ ($p \leq 0,001$), в частности $20,9 \pm 6,2\%$ серонегативных ($p \leq 0,001$), уровень низкозащитных титров был зарегистрирован у $16,3 \pm 5,6\%$ ($p \leq 0,001$). Среднезащитные титры антител к дифтерии отмечались у $25,6 \pm 6,7\%$ детей основной группы ($p \leq 0,001$) и высокозащитные титры среди $23,3 \pm 6,4\%$ ($p \leq 0,001$). СГТ детей возрастной группы 11-14 лет составлял $6,7 \pm 0,3 \log_2$

среди детей исследуемой группы и $10,8 \pm 0,2 \log_2$ среди детей контрольной группы ($p \leq 0,001$).

Изучение динамики изменения титров антител в течение периода реконвалесценции показало, что у больных 1-6 лет при выписке наблюдалось снижение СГТ при сравнении с уровнями на момент госпитализации ($p \leq 0,01$), что указывает на прогрессивное угнетение иммунитета в течение болезни. За 6 месяцев уровень СГТ увеличился, но незначительно ($p > 0,05$). Среди детей 7-10 лет можно отметить снижение уровня СГТ в течение болезни, но статистически незначимо ($p > 0,05$). В то же время значительное ($p \leq 0,01$) повышение уровня СГТ через 6 месяцев после выписки из стационара указывает на лучшую способность иммунной системы к восстановлению в данном возрасте. Среди детей 11-14 лет в течение болезни и после выздоровления СГТ находился практически на одном уровне, что указывает на высокую устойчивость иммунной системы в данном возрасте к иммуносупрессорному действию вируса ГА.

Выводы: Выявлено, что уровень активного искусственного противодифтерийного иммунитета в периоде реконвалесценции гепатита А характеризуется динамичными изменениями, которые определяются возрастом детей и первичным состоянием их иммунитета. В частности, доказано, что наличие незащитных титров антител у больных гепатитом А детей 7-14 г. наблюдались через 6 месяцев после выписки из стационара удельный вес больных с незащитными титрами антител составил 52,0%. Восстановление уровней антител происходит только через 6 месяцев после начала заболевания, но и до этого не достигает исходного уровня.

Перспективными являются исследования по действию вирусного гепатита А на состояние напряжения поствакцинального иммунитета к инфекциям против которых проводится вакцинация в Украине с целью оптимизации тактики иммунопрофилактики.

РЕЗУЛЬТАТИ ОПРАЦЮВАННЯ ТЕОРЕТИЧНОГО ПІДГРУНТЯ ЕЛІМІНАЦІЇ КОРУ В УКРАЇНІ

Федяк І.О., Іванюлик І.І.

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

irynaf@tvnet.if.ua

Вступ. Кір одне з найпоширеніших інфекційних захворювань, збудник якого постійно циркулює в людській популяції. В умовах природного перебігу епідемічного процесу до початку масової вакцинації широке розповсюдження вірусу і його висока контагіозність обумовлювали в структурі захворюваності переважання дитячого населення. Тому кір відносився до так званих «дитячих інфекцій». Проте впровадження планової вакцинопрофілактики, яка охопила переважно дитяче населення, привело до створення серед дітей могутнього імунного прошарку. З різних причин, серед яких обговорюються обмеженість в часі поствакцинального імунітету, неадекватність імунізації (недостатній рівень охоплення щепленнями, відсутність ревакцинації), мінливість вірусу кору, відбувся зсув захворюваності в сторону дорослих осіб.

Метою роботи було висвітлити питання імунопрофілактики кору та показати її значення щодо контролю активності епідемічного процесу цієї інфекції, зокрема її елімінації.

Результати дослідження. На основі опрацювання фахових літературних джерел на сьогоднішній день у світі ліквідована тільки одна інфекція – натуральна віспа. Елімінації кору, якою передбачається рівень захворюваності 1 випадок на 1 млн. населення та менше, досягнуто лише в Західній півкулі. В інших регіонах ще занадто рано говорити про перемогу над цією хворобою. Лише належний рівень вакцинопрофілактики дозволить контролювати активність епідемічного процесу цієї інфекції. Важливим чинником, що привертає підвищену увагу різних спеціалістів охорони здоров'я до кору, є участь нашої країни в програмі Всесвітньої організації охорони здоров'я

(ВООЗ) з елімінації кору на Європейському континенті, яка передбачає сертифікацію України до 2015 року як території, вільної від кору. Проте, мабуть, цього не відбудеться, оскільки рівень захворюваності в країні значно перевищує показник елімінації, а епідемічні спалахи 2001, 2006, 2012 років продемонстрували нестабільність епідемічної ситуації. Тому, на сьогоднішній день можна говорити тільки про ліквідацію епідемічної захворюваності. Для досягнення цієї мети важливе проведення правильної та раціональної вакцинації населення.

Згідно календаря профілактичних щеплень в Україні профілактика кору проводиться живою коровою вакциною, яка містить у своєму складі атенуйований вірус, різновид якого залежить від фірми-виробника. Вакцина може випускатися чи у вигляді моновакцини чи у вигляді комбінованої вакцини проти кору, краснухи і паротиту. В Україні вакцинація проти кору призначається у віці 12-15 місяців, ревакцинація проводиться в 6 років. Тим дітям, які не отримали ревакцинацію в 6 років, ревакцинація проти кору проводиться в 11 років. Кір на сучасному етапі залишається надзвичайно важливою проблемою для системи охорони здоров'я. Збільшення показника захворюваності на кір в Україні, як і у світі, спостерігають кожні 5–6 років. За останніми даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, із січня 2011 р. у 29 країнах Європейського регіону зареєстровано понад 30 тис. випадків кору серед усіх вікових груп населення – від немовлят до дорослих. За даними ретроспективного аналізу, спалахи захворюваності на кір в Україні спостерігали в 2001 р. (16 970 випадків), в 2006 р. (42 724 випадки), в 2011–2012 рр. (2392 випадки). Вакцини проти кору, що застосовуються на сучасному етапі, є високоефективними та безпечними препаратами. Вакцинація відноситься до найбільших досягнень в галузі соціального здоров'я в світі та дозволяє запобігати епідеміям, тому її роль для суспільства дуже велика. Проведення імунізації є незамінним методом профілактики інфекційних захворювань. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, завдяки вакцинації щорічно запобігається 3 млн. смертей і 750 тисяч дітей уникають інвалідності.

Щоб уникнути важких наслідків інфекційних захворювань для всього населення потрібно відновити довіру людей до вакцинації. Нині Національний календар щеплень передбачає обов'язкову вакцинацію від 10 інфекційних хвороб: дифтерії, правця, кашлюку, кору, паротиту, поліомієліту, туберкульозу, гепатиту В, краснухи та гемофільної інфекції. Найбільш дієвим заходом у боротьбі з інфекційною захворюваністю є профілактичні щеплення. Особливо це стосується керованих інфекцій. Підвищення ефективності імунопрофілактики інфекційних хвороб – одна з актуальних проблем медицини. Епідеміологічної безпеки щодо інфекцій, які контролюються засобами специфічної профілактики, можна досягнути завдяки високим показникам охоплення населення (не менше 95%) профілактичними щепленнями та наявності адекватної імунної відповіді у 90% вакцинованих. Сьогодні надзвичайно важливим є питання вакцинації осіб, які часто і тривало хворіють. Їх частка в Україні постійно зростає і натеper становить 10-12% усієї кількості населення. Існуючий рівень охоплення щепленням проти кору є недостатнім для попередження виникнення спалахів на дану інфекцію. Досягнення подальшого прогресу щодо контролю захворюваності на кір потребує повного впровадження у практику боротьби з цим інфекційним захворюванням всіх рекомендацій ВООЗ. Елімінаційні стратегії ВООЗ рекомендують адаптуватись до фази, в якій знаходиться країна. Лише невелика кількість країн мали досконалі програми вакцинації та вже досягли рівня припинення циркуляції вірусу кору.

Висновок. Отже, як показав аналіз спеціальної літератури, епідеміологія захворювання на кір зазнала значних змін завдяки розробці та широкому впровадженню високоефективних вакцин проти кору, однак захворюваність на цю інфекцію і досі залишається актуальною. Питання щодо ліквідації кору потребує подальшого доопрацювання насамперед з урахуванням особливостей фінансового характеру. На сьогодні вакцинація розглядається світовою спільнотою як найбільш економічний та доступний засіб боротьби з інфекціями та засіб досягнення активного довголіття для всіх соціальних груп населення як

у розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються, до яких відноситься і Україна. Вивчення питань фінансування вакцинопрофілактики кору на рівні західного регіону зокрема і країни в цілому і буде нашим подальшим завданням.

ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ІВАНО-ФРАНКІВЩИНИ ЗА 2013 РІК

Федяк І.О., Максименко О.В.

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

irynaf@tvnet.if.ua

Вступ: Хвороби печінки розглядаються ВООЗ як серйозна проблема охорони здоров'я населення, що зумовлено їхнім глобальним розповсюдженням, тривалим перебігом, несприятливими наслідками. Зазначена проблема є актуальна й для нашої держави. Однією з найпоширеніших форм хронічних захворювань печінки є цироз печінки (ЦП). Дана патологія призводить до значного зниження якості життя хворих, стійкої втрати працездатності, тому має не тільки загально медичне, а й соціальне значення. ЦП розвивається у 30-40% хворих на хронічний гепатит С чи В. Проте цей процес повільний, з поступовим початком і триває 8-15 років. Нерідко має місце прихований (латентний) перебіг ЦП, тому часто діагноз встановлюється на пізній стадії захворювання. Як свідчать дані літературних джерел на ЦП хворіють переважно особи чоловічої статі працездатного віку, у зв'язку з чим вивчення даної патології представляє як теоретичний, так і практичний інтерес.

Мета дослідження: Характеристика населення Івано-Франківщини, хворих на ЦП за 2013 рік.

Методи дослідження: Проведено ретроспективний аналіз 65 медичних карток стаціонарних хворих Обласної клінічної лікарні, які перебували на лікуванні в гастроентерологічному відділенні 2013 року.

Результати дослідження: Було проведено аналіз медичних карток стаціонарних хворих Обласної клінічної лікарні, які перебували на лікуванні в гастроентерологічному відділенні 2013 року, яким встановлено кількість осіб чоловічої статі - 49 (75,4 %), а жіночої – 16 (24,6 %). Зазначених пацієнтів було поділено на 6 вікових груп (табл. 1).

Таблиця 1

Віковий розподіл хворих на цироз печінки

<i>Вік, рр.</i>	<i>Відсоток, %</i>	<i>Чоловіки, %</i>	<i>Жінки, %</i>
21-30	4,6	67	33
31-40	13,9	67	33
41-50	27,7	83	17
51-60	36,9	75	25
61-70	10,8	57	43
71 і більше	6,1	100	-

Як свідчать отримані дані кількість хворих на ЦП чоловічої статі працездатного віку становить 83,7 %, а жіночої – 63,3 %.

За місцем проживання незначно переважають особи сільської місцевості (53,85 %) над міською (46,15 %).

Серед осіб, які проходили лікування були різні соціальні прошарки, а саме: службовці – 20% (чол. 60 %, жін. 40 %), робітники - 23,1 % (чол. 80 %, жін. 20 %), безробітні – 21,5 % (чол. 78,5 %, жін. 20,5 %), пенсіонери – 15,4 % (чол. 70 %, жін. 30 %), інваліди – 16,9 % (чол. 80 %, жін. 20 %) та учасники бойових дій – 3,1 % (чол. 100 %).

Аналіз етіологічних чинників ЦП дозволив встановити, що вірусним ЦП хворіли 9,2 % пацієнтів, змішаним 60 %, криптогенним 24,6 %, біліарним 4,6 % і портальним 1,6 %. При чому змішаним ЦП страждають більше чоловіки 79,5 %, ніж жінки 20,5 %, а вірусним ЦП навпаки 67 % і 33% відповідно.

Висновок: Отже, аналіз медичних карток стаціонарних хворих підтвердив високий рівень захворюваності на ЦП серед працездатного населення незалежно від місця проживання та роду діяльності, причому частка вірусних і змішаних ЦП дуже висока (69,2 %), що підкреслює необхідність створення державної програми діагностики та лікування вірусних ЦП та спонукає до проведення всебічного фармакоеконічного аналізу схем лікарської терапії цирозу печінки в Україні, що і стане метою наших подальших досліджень.