

групи: I – 48 (58,5%) больных, которым была проведена венэктомия при помощи стандартного набора инструментов и II группа – 34 (41,5%), в которых использовались предложенные нами устройства. Результаты исследования. У 51 (62,2%) пациента была варикозная болезнь, а у 31 (37,8%) – посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей. Время затраченное на оперативное вмешательство у пациентов II группы был меньше чем у больных первой, разница составила  $15,2 \pm 6,37$  минуты. Частота ранних послеоперационных осложнений: гематома в II группе – у 4 (8,3%) больных, в I – в 2 (5,8%) пациентов; лимфоррея с послеоперационных ран – в 7 (14,6%) первой и у 1 (2,9%) больного II групп; нагноение послеоперационной раны встречались в 4 (8,3%) лиц только I группы. Средний койко-день составил в I группе  $5,2 \pm 1,83$ , а во II –  $7,9 \pm 1,64$ . Выводы. 1. Применение предложенных устройств позволило повысить эффективность результатов лечения больных с венозными язвами, снизить длительность вмешательств и сроки снятия швов. 2. Частота возникновения осложнений раннего послеоперационного периода уменьшилась почти в 2 раза при применении разработанных нами устройств. 3. В группе больных, где во время выполнения операций применялись разработанные и запатентованные устройства, удалось почти на треть уменьшить средний койко-день пребывания в стационаре.

### Summary

VENECTOMY COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH TROPHIC ULCERS OF THE LOWER EXTREMITY OF VENOUS GENESIS  
Ryabushko R.M.

Key words: varicose veins, post-thrombotic disease, venous trophic ulcer, venectomy, complications.

Objective: to investigate the incidence of complications that occurs in the early postoperative period after venectomy in patients with venous trophic ulcers of the lower extremities. Materials and methods: The analysis of the medical records of 82 patients who underwent venectomy during 2009-2014 was carried out. The patients were divided into 2 groups: I group involved 48 (58.5%) patients who underwent venectomy by the standard set of tools, and II group was formed of 34 (41.5%), who were operated on by using the device we designed. Results. 51 (62.2%) patients were diagnosed to have varicose veins, and 31 (37.8%) had post-thrombophlebitis of the lower extremities. Time spent on a surgery in the patients of II group was less than that in the patients of I group, the difference was  $15,2 \pm 6,37$  minutes. The incidence of early postoperative complications was following: hematoma in II group was observed in 4 (8.3%) patients, and in 2 (5.8%) patients of the group I; lymphorrhea from postoperative wounds was registered in 7 (14.6%) patients of the group I and in 1 (2.9%) patient of group II; suppuration of postoperative wound occurred in 4 (8.3%) persons only in the I group. The average hospital stay term was  $5,2 \pm 1,83$  days in the in the group I and  $7,9 \pm 1,64$  days in the group II. Conclusions. 1. The application of the proposed device has resulted in increasing the effectiveness of treatment outcomes in the patients with venous ulcers, reducing the surgery duration and terms of suture removal. 2. The incidence of complications in early postoperative period decreases almost two-fold under applying the device we have developed. 3. The length of hospital stay in the group of patients, who were operated on by using this patented device, has reduced by almost a third.

УДК 614.1+616.248+616-08

**Сем'яничук В.Б.**

## ПОШИРЕНІСТЬ ПРОЯВІВ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ПРИКАРПАТТЯ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Івано-Франківський національний медичний університет

*Наявність проявів синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) пов'язують із генетичними факторами, впливом несприятливих чинників на плід та зовнішніми екологічними та кліматичними умови регіону, де проживає дитина. Тому є важливим з'ясувати поширеність проявів НДСТ та вплив на останні клімато-географічного регіону Прикарпаття у дітей, хворих на бронхіальну астму (БА). Обстежено 93 дітей з проявами НДСТ, хворих на БА, віком від 6 до 14 років, що проживають у рівнинній, передгірській та гірській місцевості. Із наростанням ступеня тяжкості БА зростає частота проявів сполучнотканинної дисплазії, що підтверджується кореляційним зв'язком ( $r_p=0,54$ ;  $p<0,001$ ). Основними зовнішніми фенотиповими ознаками НДСТ у дітей, хворих на БА тяжкого перебігу, були астенична тілобудова (87,1%), порушення провідності і ритму серця (94,6%), аномалії жовчного міхура (93,9%) та хронічні гастродуоденіти (91,8%). Більша частота проявів НДСТ спостерігається у рівнинних та гірських регіонах (35% та 34% випадків відповідно) у порівнянні з передгірською місцевістю (24% обстежених,  $p<0,05$ ), що зумовлено наявністю промислових підприємств та дефіцитом мікроелементів (магнію та цинку).*

Ключові слова: недиференційована дисплазія сполучної тканини, діти, бронхіальна астма, Прикарпаття.

### **Вступ**

Незважаючи на зростаючу зацікавленість поширеності проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) серед дитячого населення та пошук методів впливу на перебіг останньої, питання ранньої діагностики залишається актуальним. Відомо, що раніше розглядалися переважно генетично детерміновані, спадкові захворювання сполучної тканини як окремі нозологічні одиниці (синдроми Марфана, Елерса-Данлоса, незавершений остеогенез тощо). На даний час реєструють більший відсоток пацієнтів з фенотипічними та клінічними проявами сполучнотканинного дефекту, які повністю не вкладаються в жодну з відомих диференційованих сполучнотканинних дисплазій. Саме ці прояви і були названі НДСТ [2, 3, 6].

Поширеність НДСТ у популяції коливається, згідно різних авторів, від 20 до 65%. Однак, більшість лікарів оминають даний діагноз та виокремлюють тільки деякі найчастіші прояви, наприклад, пролапс мітрального клапана, аномалії жовчного міхура, нефроптоз, тощо. У деяких країнах НДСТ є окремою нозологічною одиницею, що зумовлено несприятливим впливом останньої на перебіг хронічних захворювань [7].

Зміни зі сторони бронхолегеневої системи займають значне місце серед пацієнтів з НДСТ ускладнюючи перебіг основного захворювання. Для забезпечення адекватного газообміну органи дихання перебувають в умовах постійного навантаження, що негативно відображається на стані патологічно змінених білків колагену та еластину у даних хворих. Це призводить до структурних та морфологічних змін стінок трахеї і бронхів, зниження еластичності легеневого каркасу з формуванням прогресуючої емфіземи [1, 5, 6]. Ураження бронхолегеневої системи при НДСТ поєднуються з торако-діафрагмальним синдромом і характеризуються трахеобронхіальною дискінезією (так званім експіраторним пролапсом, що клінічно проявляється сухим приступоподібним кашлем, задухою, зарудинними болями). Хронічне кисневе голодування при бронхолегеневих захворюваннях погіршує функціональний стан всього організму і в тому числі обмін сполучної тканини, оскільки патологічно змінений колаген особливо піддається руйнуванню при зниженні кислотного стану крові (респіраторний і метаболічний ацидоз) при гіпоксії [2, 4, 3].

Наявність проявів синдрому НДСТ пов'язують, з одного боку, з спадково детермінованими пошкодженнями сполучної тканини, з іншого - несприятливим внутрішньоутробним впливом на плід різноманітних чинників (гестози, стресові ситуації, погане харчування, вживання мамою

медикаментів, гострі та хронічні захворювання матері, шкідливі екологічні впливи та ін.). Окрім того, на ступінь проявів НДСТ у дитячому віці впливають зовнішні екологічні та кліматичні умови регіону, де проживає дитина.

### **Мета дослідження**

З'ясувати поширеність проявів НДСТ та вплив на останні клімато-географічного регіону Прикарпаття у дітей, хворих на бронхіальну астму.

### **Матеріали і методи дослідження**

Для виконання поставлених в роботі мети і завдань було обстежено 93 дітей з проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини, хворих на бронхіальну астму, віком від 6 до 14 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська. Оскільки на Прикарпатті розрізняють декілька географічно-кліматичних зон, дітей було умовно розподілено на тих, що проживають у рівнинній, передгірській та гірській місцевості. Окрім того, враховували особливості впливу розміщення великих промислових підприємств поруч їх домівок. Контрольну групу склали 22 практично здорових дітей того ж віку з даних регіонів.

Клінічне дослідження дітей в клініці поєднувало, як детальне вивчення скарг, об'єктивне обстеження з оцінкою тяжкості стану, так і наявність ознак дисплазії сполучної тканини за результатами клініко-інструментальних даних. Для визначення наявності проявів синдрому НДСТ використовували антропометричні і антропоскопічні параметри (за даними В.А. Таболіна, Н.П. Шабалова, 1984; Т.Мілковської та співавт., 1986). У випадку присутності шести і більше ознак недиференційованої дисплазії діагностували синдром НДСТ. У 72,7% дітей контрольної групи були поодинокі прояви слабкості сполучної тканини, що не розцінювалось, як НДСТ. Також проводили електрокардіографію (ЕКГ) з використанням апарату „Cardimax-FX-326U” (Fucuda Denshi, Японія), ехокардіоскопію (Ехо-КС), ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини з використанням апаратів УЗД “FHILIPS” (En Visor CHD) та “ALOKA CO., LTD” (SSD-630).

Математичне і статистичне опрацювання проведене на комп'ютері за допомогою Microsoft Exel 2010 та SPSS 15.0 для Windows.

### **Результати досліджень та їх обговорення**

У обстежених дітей нами виявлено легкий ступінь дисплазії (наявність 2 головних ознак) у 14,0% випадків серед пацієнтів, середній (3 головних та 2-3 другорядних або 4 головних та 1-2 другорядних ознак) – у 41,9%, тяжкий (5 головних та 3 другорядних фенотипових ознак) – у 44,1% випадків. Характерно, що з наростанням ступеня тяжкості БА зростає частота проявів

сполучнотканинної дисплазії, що з високою статистичною вірогідністю підтверджується прямим середньої сили кореляційним зв'язком ( $r_0=0,54$ ;  $p<0,001$ ). У пацієнтів з середньою тяжкістю БА виявлено переважно легкий та середній ступінь дисплазії - у 27,3% і 56,8%, а у дітей з тяжким перебігом - у 2,0% і 28,6% випадків відповідно ( $p<0,001$ ). У групі дітей з тяжким перебігом БА частка важкого ступеня дисплазії у 4,4 рази вища (69,4%) у порівнянні з середнім перебігом БА ( $p<0,001$ ).

Аналізуючи вплив клімато-географічного району проживання на ступінь проявів НДСТ, нами відмічено більшу поширеність останніх у рівнинних та гірських регіонах (35% та 34% випадків відповідно) у порівнянні з передгірською місцевістю (24% обстежених,  $p<0,05$ ). Висока частота проявів НДСТ у гірських районах, незважаючи на теоретично кращу екологічну ситуацію, скоріш за все, зумовлена розміщенням у деяких з них (Долинській, Надвірнянській райони) великих промислових підприємств та дефіцитом мікроелементів (магнію та цинку), які сприяють розвитку НДСТ у дитячому віці [7].

Основними зовнішніми фенотиповими ознаками НДСТ були (табл. 1): астенична тілобудова у 87,1% та понижене відживлення у 73,1%; деформація хребта (сколіоз, гіперлордоз, гіперкіфоз, „пряма спина“) у 58,1%; зміни форми

грудної клітки (воронкоподібна, кілеподібна, асиметрична) у 41,9%; виражена підшкірна венозна сітка у 68,8%; гіпертрихоз у 52,7%; локальна гіпермобільність суглобів за шкалою Бейтона у 46,2% випадків. Важливо зазначити, що більшість перерахованих ознак істотно переважали у дітей з тяжким перебігом БА.

Значний відсоток у обстежених пацієнтів займали краніоцефальні стигми дизембріогенезу: неправильна форма черепа (16,1%); викривлення носової перегородки (26,9%); зміни піднебіння (19,4%): готичне (8,6%), високе (5,4%), плоске (2,2%), скошене (3,2%); відстовбурчені вуха (32,3%) та зміни їх розмірів (30,1%); тонкі або товсті губи (25,8%); коротка або довга шия (19,4%). Вагому частку також становила щелепно-зубна патологія: порушення росту зубів (22,6%), гіпоплазія емалі (25,8%), верхня та нижня діастема (16,1%), порушення прикусу (14,0%).

Характерно, що при тяжкому перебігу БА на відміну від середньо-тяжкого, доволі часто відмічались очні ознаки ДСТ: гіперметропія - у 32,7 і 13,6% ( $p<0,05$ ), косоокість - у 12,2 і 2,3% ( $p<0,05$ ), прогресуюча патологія зору - у 28,6 і 11,4% ( $p<0,05$ ) випадків відповідно. У дітей, хворих на БА важкого ступеня, у 2,8 рази більше спостерігали гіперрозтяжність шкіри ( $p<0,001$ ), а у чотирьох - діагностовано іхтіоз ( $p<0,01$ ).

*Таблиця 1  
Частота фенотипових ознак дисплазії сполучної тканини у дітей, хворих на бронхіальну астму, у залежності від тяжкості*

Фенотипові ознаки	Загальна кількість (n=93)		Середньої тяжкості перебіг БА (n=44)		Тяжкий перебіг БА (n=49)	
	к-сть випадків	%	к-сть випадків	%	к-сть випадків	%
Деформація хребта	54	58,1	17	38,6	37	75,5 <sup>9</sup>
Зміни форми грудної клітки	39	41,9	16	36,4	23	46,9
Ювенільний остеохондроз	11	11,8	3	6,8	8	16,3
Астенична тілобудова	81	87,1	34	77,3	47	95,9 <sup>9</sup>
Доліхостеномелія	18	19,4	8	18,2	10	20,4
Понижене відживлення	68	73,1	26	59,1	42	85,7 <sup>9</sup>
Неправильна форма черепа	15	16,1	8	18,2	7	14,3
Коротка, довга шия	18	19,4	9	20,5	9	18,4
Плоска потилиця, обличчя	14	15,1	5	11,4	9	18,4
Зрослі брови (синофрив)	18	19,4	7	15,9	11	22,4
Широке перенісся	11	11,8	6	13,6	5	10,2
Гіпер- чи гіпотелоризм	12	12,9	5	11,4	7	14,3
Монголоїдний розріз очей	11	11,8	4	9,1	7	14,3
Антимонголоїдний розріз очей	8	8,6	2	4,5	6	12,2
Епікант	5	5,4	2	4,5	3	6,1
Блакитні склери	6	6,5	3	6,8	3	6,1
Неправильний ріст повік	5	5,4	1	2,3	4	8,2
Міопія	14	15,1	4	9,1	10	20,4
Гіперметропія	22	23,7	6	13,6	16	32,7*
Тонкі, товсті губи	24	25,8	12	27,3	12	24,5
Великий рот	8	8,6	3	6,8	5	10,2
Зміни піднебіння	18	19,4	6	13,6	12	24,5
Зміни щелепи	6	6,5	2	4,5	4	8,2
Порушення росту зубів	21	22,6	9	20,5	12	24,5
Діастема	15	16,1	7	15,9	8	16,3
Гіпоплазія емалі	24	25,8	9	20,5	15	30,6
Порушення прикусу	13	14,0	6	13,6	7	14,3
Аномалії вуздечки язика	14	15,1	7	15,9	7	14,3
Зміни розмірів вух	28	30,1	11	25,0	17	34,7

Зміни розташування вух	22	23,7	9	20,5	13	26,5	
Відстовбурчені вуха	30	32,3	12	27,3	18	36,7	
Деформації вушних раковин	9	9,7	2	4,5	7	14,3	
Гіперрозтяжність шкіри	33	35,5	8	18,2	25	51,0 <sup>1</sup>	
Вогнища пігментації та депігментації	16	17,2	6	13,6	10	20,4	
Стрії на шкірі	5	5,4	1	2,3	4	8,2	
Суха, зморщена шкіра	20	21,5	7	15,9	13	26,5	
Іхтіоз	4	4,3	0	0	4	8,2 <sup>2</sup>	
Гіпертрихоз	49	52,7	17	38,6	32	65,3 <sup>3</sup>	
Виразена підшкірна венозна сітка	64	68,8	24	54,5	40	81,6 <sup>3</sup>	
Низький ріст волосся	14	15,1	7	15,9	7	14,3	
Зміна розмірів, форми пальців	17	18,3	4	9,1	13	26,5*	
Арахнодактилія	7	7,5	2	4,5	5	10,2	
Порушення росту і дистрофія нігтів	18	19,4	6	13,6	12	24,5	
4 палець кисті коротший за 2-й	36	38,7	12	27,3	24	49,0*	
Плоскостопість	25	26,9	6	13,6	19	38,8 <sup>3</sup>	
Сандалеподібна щілина на стопі	16	17,2	8	18,2	8	16,3	
3 палець стопи довший за 2-й	12	12,9	5	11,4	7	14,3	
Варикозне розширення вен	22	23,7	6	13,6	16	32,7*	
Гіпермо-більність суглобів	загальна	21	22,6	8	18,2	13	26,5
	локальна	43	46,2	12	27,3	31	63,3 <sup>3</sup>
Пролапс клапанів серця	45	48,4	15	34,1	30	61,2 <sup>3</sup>	
Аберантні хорди	62	66,7	28	63,6	34	69,4	
Порушення ритму і провідності серця	88	94,6	42	95,5	46	93,9	
Птоз	9	9,7	2	4,5	7	14,3	
Косоокість	7	7,5	1	2,3	6	12,2*	
Прогресуюча патологія зору	19	20,4	5	11,4	14	28,6*	
Викривлення носової перегородки	25	26,9	10	22,7	15	30,6	
Носові кровотечі	17	18,3	7	15,9	10	20,4	
Нефроптоз	21	22,6	11	25,0	10	20,4	
Аномалії чашково-мискового комплексу	19	20,4	8	18,2	11	22,4	
Подвоєння нирок і сечоводів	11	11,8	5	11,4	6	12,2	
Кристалурія	81	87,1	32	72,7	49	100,0 <sup>0</sup>	
Крипторхізм	14	15,1	6	13,6	8	16,3	
Вісцероптоз	31	33,3	10	22,7	21	42,9*	
Дисфункція біліарного тракту	87	93,5	39	88,6	48	97,95	
Аномалії жовчного міхура	80	86,0	34	77,3	46	93,9*	
Хронічні гастродуоденіти	72	77,4	27	61,4	45	91,8 <sup>3</sup>	
Підвищена кровотоковість	19	20,4	7	15,9	11	22,4	
Вегетосудинна дистонія	57	61,3	25	56,8	32	65,3	
Мігрень	8	8,6	3	6,8	5	10,2	
Енурез	9	9,7	3	6,8	6	12,2	
Дефекти мови	5	5,4	3	6,8	2	4,1	

Примітки: 1. \* - вірогідність розбіжностей між показниками при середньому і тяжкому перебігу БА  $p < 0,05$ ;

2. <sup>□</sup> - вірогідність розбіжностей між показниками при середньому і тяжкому перебігу БА  $p < 0,01$ ;

3. <sup>◊</sup> - вірогідність розбіжностей між показниками при середньому і тяжкому перебігу БА  $p < 0,001$ .

Зміни зі сторони кінцівок відмічались майже у всіх обстежених пацієнтів, однак при тяжкому ступені БА частіше реєстрували плоскостопість, зміни розмірів і форми пальців ( $p < 0,05$ ) та варикозне розширення вен ( $p < 0,05$ ).

Внутрішні фенотипові ознаки дисплазії сполучної тканини виявляли за допомогою ультразвукового обстеження з доплер-приставкою та ЕКГ. Ехо-КС проводили після зняття гострого приступу задухи. Порушення скоротливої діяльності серцевого м'язу та зниження фракції викиду нами не спостерігалось. Частіше виявляли: малі аномалії розвитку серця (пролапс мітрального клапана у 48,4%, аберантні хорди - у 66,7%), порушення провідності і ритму серця - у 94,6%, вегетосудинну дистонію - у 61,3% випадків. Функціональну та (або) органічну патологію органів черевної порожнини відмічали у більшості обстежених дітей I групи, однак

частіше при тяжкому перебігу БА: вісцероптоз у 42,9 і 22,7% ( $p < 0,05$ ), аномалії жовчного міхура у 93,9% і 77,3% ( $p < 0,05$ ), хронічні гастродуоденіти - у 91,8% і 61,4% ( $p < 0,001$ ). У переважній частині пацієнтів (93,5%) діагностовано дисфункцію біліарного тракту, нерідко у них виявляли осад в жовчному або в сечовому міхурі ( $p < 0,001$ ). Диспластичні ознаки нирок і сечовидільних органів діагностували рідше і останні були у вигляді нефроптозу (22,6%), аномалій чашково-мискового комплексу (20,4%) і ще рідше - подвоєння нирок та сечоводів (11,8%). Кристалурія спостерігалась у більшості дітей I групи (87,1%), частіше при тяжкому перебігу БА (100,0%,  $p < 0,01$ ).

### Висновки

1. Із наростанням ступеня тяжкості БА зростає частота проявів сполучнотканинної дисплазії, що підтверджується кореляційним

зв'язком ( $r_{\phi}=0,54$ ;  $p<0,001$ ).

2. Основними зовнішніми фенотиповими ознаками НДСТ у дітей, хворих на БА тяжкого перебігу, були астенична тілобудова (87,1%) та понижене відживлення (73,1%); аберантні хорди (66,7%) та порушення провідності і ритму серця (94,6%), аномалії жовчного міхура (93,9%) та хронічні гастродуоденіти (91,8%).

3. Більша частота проявів НДСТ спостерігається у рівнинних та гірських регіонах (35% та 34% випадків відповідно) у порівнянні з передгірською місцевістю (24% обстежених ( $p<0,05$ )).

### Перспективи подальших досліджень

Проаналізувати показники імунограми у дітей з проявами НДСТ, хворих на БА, залежно від клімато-географічного регіону проживання та рівня мікроелементів у крові, для діагностики вторинного дефіциту антитілоутворення та способів його корекції.

### Література

1. Нецаєва Л.Д. Бронхиальная астма, ассоциированная с наследственной дисплазией соединительной ткани: особенности клинических проявлений и течения / Л.Д. Нецаєва і співавт. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – № 6. – С. 26-31.
2. Казимирко В.К. Труднощі діагностики недиференційованої дисплазії сполучної тканини у практиці лікаря-ревматолога / В.К. Казимирко, Л.М. Іваницька, В.К. Дубкова [та ін.] // Український ревматологічний журнал. – 2013. – № 53 (3). – С. 32-37.

3. Калмикова А.С. Синдром дисплазии соединительной ткани. Взгляд педиатра / А.С. Калмикова, Т.С. Герасимова // Росс. педиатр. журнал. – 2007. – № 5. – С. 27-30.
4. Марушко Ю.В. Синдром гіпермобільності суглобів у дітей / Ю.В. Марушко // Дитячий лікар. – 2012. – № 6. – С. 40-44.
5. Починок Т.В. Недиференційована дисплазія сполучної тканини у дітей: діагностика і тактика лікування / Т.В. Починок і співавт. // Медицина транспорту України. – 2007. – № 1. – С. 85-89.
6. Синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини: від концепції патогенезу до стратегії лікування: навчальний посібник / [О.В. Солейко, Н.А. Рикало, І.П. Осипенко та ін.]. – Вінниця: Нова Книга, 2014. – 166 с.
7. Солейко О.В. «Біохімічне обличчя» синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини / О.В. Солейко, І.П. Осипенко, Л.П. Солейко // Ліки України. – 2014. – № 1(177). – С. 6-14.

### References

1. Nechaeva L.D. Bronkhial'naya astma, assotsirovannaya s nasledstvennoy displaziyei soyedinitel'noy tkani: osobennosti klinicheskikh proyavleniy i techeniya / L.D. Nechaeva і співавт. // Profilaktika zabolevaniy i ukrepleniye zdorov'ya. – 2003. – № 6. – С. 26-31.
2. Kazymyrko V.K. Trudnoshchi diahnostryky nedyferentsiyovanoj dysplaziji spoluchnoyi tkanyny u praktytsi likarya-revmatolooha / V.K. Kazymyrko, L.M. Ivanyts'ka, V.K. Dubkova [ta in.] // Ukrayins'kyj revmatolohichnyy zhurnal. – 2013. – № 53 (3). – С. 32-37.
3. Kalmykova A.S. Sindrom displazii soyedinitel'noy tkani. Vzglyad peditra / A.S. Kalmikova, T.S. Gerasimova // Ross. peditr. zhurnal. – 2007. – № 5. – С. 27-30.
4. Marushko YU.V. Syndrom hipermobil'nosti suhlobiv u ditej / YU.V. Marushko // Dytyachyy likar. – 2012. – № 6. – С. 40-44.
5. Pochynok T.V. Nedyferentsiyovana dysplaziya spoluchnoyi tkanyny u ditej: diahnostryka і тактика likuvannya / T.V. Pochynok і співавт. // Medytsyna transportu Ukrainy. – 2007. – № 1. – С. 85-89.
6. Syndrom nedyferentsiyovanoj dysplaziji spoluchnoyi tkanyny: vid kontseptsiji patohenezu do stratehiji likuvannya: navchal'nyy posibnyk / [O.V. Soleyko, N.A. Rykalo, I.P. Osypenko ta in.]. – Vinnytsya: Nova Knyha, 2014. – 166 s.
7. Soleyko O.V. «Biokhimichne oblychchya» syndromu nedyferentsiyovanoj dysplaziji spoluchnoyi tkanyny / O.V. Soleyko, I.P. Osypenko, L.P. Soleyko // Liky Ukrainy. – 2014. – № 1(177). – С. 6-14.

### Реферат

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ ПРИКАРПАТЬЯ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Семьянчук В.В.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, дети, бронхиальная астма, Прикарпатье.

Наличие проявлений синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) связывают с генетическими факторами, влиянием неблагоприятных факторов на плод и внешними экологическими и климатическими условиями региона, где проживает ребенок. Поэтому, важно выяснить распространенность проявлений НДСТ и влияние на последние климато-географического региона Прикарпатья у детей, больных бронхиальной астмой (БА). Обследовано 93 детей с проявлениями НДСТ, больных БА, в возрасте от 6 до 14 лет, проживающих в равнинной, предгорной и горной местности. По мере нарастания степени тяжести БА возрастает частота проявлений соединительнотканной дисплазии, что подтверждается корреляционной связью ( $r_{\phi} = 0,54$ ;  $p < 0,001$ ). Основными внешними фенотипическими признаками НДСТ у детей, больных БА тяжелого течения, были астеническое телосложение (87,1%), нарушение проводимости и ритма сердца (94,6%), аномалии желчного пузыря (93,9%) и хронический гастродуоденит (91,8%). Большая частота проявлений НДСТ наблюдается в равнинных и горных регионах (35% и 34% случаев соответственно) по сравнению с предгорной местностью (24% обследованных,  $p < 0,05$ ), что обусловлено наличием промышленных предприятий и дефицитом микроэлементов (магния и цинка).

### Summary

PREVALENCE OF MANIFESTATIONS OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA OF PRE-CARPATHIAN REGION

Semyanchuk V. V.

Key words: undifferentiated connective tissue dysplasia, children, bronchial asthma, Pre-Carpathian region.

The manifestations of the syndrome of undifferentiated connective tissue dysplasia (UDCTD) are usually associated with genetic factors, the influence of negative factors on the fetus and external environmental and climatic conditions of the region where the child lives. Therefore, it is important to establish the prevalence of UDCTD symptoms and the impact produced by climate and geographic conditions of Pre-Carpathian region on the children with bronchial asthma (BA). The study involved 93 children with UDCTD symptoms and concomitant BA, aged 6 – 14 years, who live in the plains, foothills and mountains. With increasing severity of asthma increases the frequency of manifestations of connective tissue dysplasia, which is confirmed by the

correlation ( $r\phi = 0,54$ ;  $p < 0,001$ ). The main external UDCTD phenotypic traits in children with severe asthma are asthenic constitution (87.1%), conduction and heart rhythm disturbances (94.6%), abnormalities of the gallbladder (93.9%) and chronic gastroduodenitis (91, 8%). High frequency of UDCTD manifestations is observed in the children dwelling in plains and mountain areas (35% and 34%, respectively) compared with foothill areas (24% of patients,  $p < 0,05$ ) due to the presence of industrial and micronutrient deficiencies (zinc and magnesium).

УДК 614.25:347.61:616 - 084

**Слабкий Г.О., Знаменська М.А.**

## **ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИМИ ЛІКАРЯМИ**

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

*Профілактична робота в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря є пріоритетним напрямком діяльності. Мета дослідження: визначити основні напрямки профілактичної діяльності лікарів загальної практики-сімейних лікарів та розробити схему форм та методів комунікативної діяльності в їх роботі з профілактики хронічних неінфекційних хвороб. Матеріали та методи. В ході виконання роботи використано наступні методи дослідження: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, соціологічний. За допомогою спеціально розробленої анкети опитано 73 лікарі загальної практики-сімейних лікарів. Результати та їх обговорення. В повсякденній діяльності лікарі загальної практики-сімейні лікарі 14,7% робочого часу використовують на профілактичну роботу. Серед досліджень, що проводять ЛЗП-СЛ як скринінгові і спрямовані на раннє виявлення захворювань, найчастіше використовують флюорографічне обстеження грудної клітки (93,5%), обстеження на виявлення артеріальної гіпертензії (75,4%). Крім того, лікарі обстежують жінок для виявлення новоутворень молочної залози (52,6%), шийки матки (21,4%), для визначення рівня холестерину (19,6%) та цукру (20,8%) у крові. Основними напрямками профілактичної діяльності ЛЗП-СЛ є організаційно-профілактичний, санітарно-освітній, діагностично-скринінговий та диспансерний. Висновки. Основними формами та методами комунікативного впливу є на індивідуальному рівні: пам'ятки, буклети, плакати, муляжі, слайди, відео-, аудіо матеріали тощо; на рівні сім'ї - проведення занять з питань ЗСЖ, а на рівні громади: створення громадських рухів за здоров'я, звернення через ЗМІ до населення про ЗСЖ.*

Ключові слова: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, профілактична робота, напрямки, форми, методи.

Необхідність переорієнтації систем охорони здоров'я на первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД), яка проголошена у Алма-Атинській декларації (1978 р.), дотепер не втратила своєї актуальності і залишається нагальною потребою, особливо у періоди радикальних соціально-економічних перетворень у системах охорони здоров'я [1].

17–19 червня 1996 р. в м. Любляні зроблено висновок про те, що ПМСД є основою політики системи охорони здоров'я, і визначено орієнтацію на реформування ПМСД [5].

Існує багато причин такої зацікавленості до ПМСД. З одного боку, ПМСД розглядають як спосіб зменшення затрат або сферу, де можна легко здійснити приватизацію, з іншого – як спосіб досягнення медичних та інформаційних технологій. Тобто ПМСД має відповідати кращим традиціям підтримки гідності людини, забезпечуючи рівність, справедливість і гарантувати надання послуг високої якості [2].

Основною метою діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря (ЛЗП-СЛ) є профілактична робота та забезпечення умов для формування здорового способу життя,

зміцнення здоров'я населення, зниження захворюваності, інвалідності та смертності.

ЛЗП-СЛ охоплює значно ширше коло проблем і завдань, які потребують вирішення, ніж тих, що виникають у діяльності лікаря-спеціаліста. Це визначається, передусім, наближенням ЛЗП-СЛ до населення – саме він має перший контакт з пацієнтом, працює з оточенням пацієнта. Робота базується на довгострокових особистих взаєминах між пацієнтом та лікарем, охоплюючи охорону здоров'я людей і вирішуючи їх соціальні потреби протягом усього життя і не обмежується якимось епізодом хвороби.

Принципи роботи ЛЗП-СЛ базуються на наступних концептуальних підходах [8]:

– безперервність допомоги – мається на увазі медичне забезпечення пацієнта від моменту зачаття до смерті. Хоча неможливо забезпечити спостереження протягом доби, однак ЛЗП-СЛ має бути поруч, коли в цьому виникає потреба. Безперервність включає і профілактику захворювань;

– холістичний підхід – наявна потреба в спеціалісті, який спроможний розібратися у