

CLINICAL - DIAGNOSTIC CRITERIA AND CHARACTERISTICS OF THE TREATMENT OF HELMINTHIASIS IN CHILDREN

Summary. The aim of the study was the analysis of the methods of the diagnostic of helminthiasis and the way of its effective treatment. The 121 children at the age of 2-16 years old with diagnostic of ascariasis, lamblia and toxocariasis were under medical observation. The helminthiasis type was confirmed by serological tests of blood serum with immune-enzyme analysis (IEA). According to the number of treatment types all patients were divided into two groups. The main group included the patients (61 children) who received the phased complex helminthiasis therapy. The comparison group included patients who received standard allopathic therapy only (60 children). The effectiveness of the antihelminthic therapy of the children from the both groups had been estimated for six months since the moment of their treatment. The results of the research confirmed that the blood serum tests with the method of IEA allow to determine the helminthiasis type even on the early invasion stages and the most appropriate treatment depends on it. The application of the complex phased therapy accordingly the kind of helminthiasis has the significant advantages comparison with the application of monotherapy with allopathic preparations.

Key words: helminthiasis, child, allopathic therapy, appropriate treatment.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2012р.

© Константинович Т.В.

УДК: 616.2:616.248:616-009.021.1

Константинович Т.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, Україна, 21018)

"ВЕГЕТАТИВНИЙ ПОРТРЕТ" ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Резюме. В статті представлені дані обстеження 207 хворих на бронхіальну астму (БА) та 82 здорових пацієнтів (контрольна група), у яких вивчений стан вегетативних функцій за комплексною методикою Вейна О.М. та співав. (1998). Було встановлено, що у них спостерігається перевага симпатикотонічних впливів у 41,5% та вищий розмах коливань інтегративних бальних показників за об'єктивними та суб'єктивними шкалами, що свідчить про наявність синдрому полісистемної вегетативної дистонії у 78,3% хворих БА проти 14,6% в групі контролю ($p < 0,001$) і є соматогенно обумовленим. Частота психовегетативного синдрому у хворих БА складає 48,5%. Жінки, хворі на БА достовірно частіше висували скарги вегетативного характеру (39,7 балів проти 31,8 у чоловіків) та мали схильність до симпатикотонічних впливів регуляції. встановлена статистично значуща вірогідність відхилень вегетативного тону у бік парасимпатикотонії у чоловіків, що обумовлює формування специфічного типу синдрому бронхіальної обструкції.

Ключові слова: бронхіальна астма, вегетативна дисфункція, діагностика.

Вступ

Вегетативний статус осіб із захворюваннями органів дихання досліджувався в багатьох клінічних та експериментальних роботах [Амосова, Коноплева, 2003], [Белялов, 2007; Бернс, 2003; Зінченко, 2001; Немеров, 2000; Портнова та ін., 2001]. Виявлена наявність поліморфних полісистемних вегетативних розладів (ВР) в популяціях хворих бронхіальною астмою (БА) та хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Також встановлений високий ступінь вегетативної лабільності. Мають місце відомості, що вираженість та тяжкість ВР корелює з рівнем функціональних порушень зовнішнього дихання, тривалістю захворювання, характеру та тяжкості загострень [Райский, 1988]. За думкою авторів, у регуляції тону трахеобронхіального дерева, а, відповідно і рівня вираженості синдрому бронхіальної обструкції та бронхіальної гіперреактивності, приймають участь крім тригерів (інфекційних та неінфекційних алергенів), ще й механізми фізіологічного рівня (інтегративні системи мозку, периферичні механізми вегетативно-гуморального регулювання, органний рівень регуляції [Бурчинський, 2002; Сердюк, 2000]. Також беруть участь і механізми психологічної регуляції, включаючи соціальний та емоційний рівні. Причому, спостерігається висока динамічність та

лабільність означених показників, що залежить від багатьох зовнішніх та внутрішніх факторів.

У доступній літературі мають місце досить обмежена кількість досліджень, які висвітлюють питання щодо залежності рівня вегетативної дисфункції та станом психоемоційної сфери, рівня поширеності психоемоційної дисфункції та її особливості у разі різного роду зсувів вегетативної регуляції. Невивченим лишається питання про комплексний вплив вегетативного та психоемоційного дисбалансу на перебіг та наслідки БА.

Мета роботи - встановити частку соматопсихічних розладів у хворих на БА на підставі аналізу вегетативних показників.

Матеріал та методи

Було обстежено 207 хворих на БА (80 (38,6%) чоловіків та 127 (61,4%) жінок), що склали основну групу. Для контролю було обстежено 82 практично здорових особи (27 (32,9%) чоловіків та 55 (67,1%) жінок). Середній вік в групі хворих на БА склав $(42,1 \pm 0,9)$ роки, коливався від 18 до 69 років. В групі контролю середній вік пацієнтів становив $(40,5 \pm 1,4)$ років, коливався в межах 18-61 рік.

Діагноз БА встановлювали відповідно вимогам Наказів МОЗ України №128 від 19.03.2007 р. [Наказ МОЗ

України № 128, 2007]. Розподілення хворих на БА залежно від важкості перебігу захворювання представлене в таблиці 1.

Розподіл хворих БА в залежності від важкості загострення захворювання представлений в таблиці 2.

Середня тривалість БА становила (12,5±8,6) років та коливалась в межах від 0,5 до 41 року.

Всім хворим на БА було проведено комплексне клінічне обстеження з використанням поглибленого вивчення скарг та анамнезу, визначення об'єктивного статусу та результатів додаткових методів обстеження.

Для оцінки функціонального стану респіраторної системи використовувались міжнародні європейські рекомендації з клініко-патофізіологічних аспектів застосування функціональних методів дослідження в пульмонології [Баранов та ін., 2002], [Miller et al., 2005]. За межове нормальне значення параметрів ФЗД приймали показник 80 % від належних розрахункових значень.

Дослідження психічних та вегетативних функцій у хворих БА та в групі контролю проводили, базуючись на клініко-експериментальному підході, який включав орієнтовне вивчення психовегетативного статусу пацієнтів (діагностична співбесіда), психологічне тестування (визначення типів акцентуації особистості), діагностику типу та важкості супутніх СПС.

Орієнтовне вивчення психовегетативного статусу пацієнтів проводили на підставі клінічного інтерв'ю. Для додаткового контролю отриманих даних використовували метод інтегральної табличної оцінки вираженості психовегетативних порушень, що розроблений А.М. Вейном та ін. (1998). При цьому протягом обстеження використовували 2 види шкал. Перша (суб'єктивна шкала), яку заповнювали пацієнти, дала змогу припустити наявність соматопсихічних порушень, друга (об'єктивна) - заповнював лікар, дала змогу верифікувати або виключити їх наявність.

Таблиця 1. Розподіл хворих залежно від важкості перебігу БА.

Стать хворих БА	Інтермітуюча БА (n = 4)		Легка персистиуюча БА (n = 22)		Середньоважка персистиуюча БА (n = 95)		Важка персистиуюча БА (n = 86)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіки	3	3,8	7	8,8	37	46,3	33	41,3
Жінки	1	0,8	15	11,8	58	45,7	53	41,7
Усього:	4	1,9	22	10,6	95	45,9	86	41,5

Таблиця 2. Розподіл хворих на БА залежно від важкості загострення.

Стать хворих БА	Легке загострення (n = 32)		Середньоважке загострення (n = 97)		Важке загострення (n = 78)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіки	16	20,0	32	40,0	32	40,0
Жінки	16	12,6	65	51,2	46	36,2
Усього:	32	15,5	97	46,9	78	37,7

Для оцінки вегетативного тонусу використовували також чисельний показник - вегетативний індекс Кердо (ІК), який визначали за формулою:

$$ІК = 1 - (АТд : ЧП) \times 100\%$$

де АТд - величина діастолічного артеріального тиску в мм рт.ст., ЧП - частота пульсу за 1 хвилину.

Хворих на БА та пацієнтів групи контролю обстежували на поширеність та рівень невротизації (РН) за методикою Л.І.Вассермана (2002) [Райгородский, 1998]. Рівень тривожності на даний момент (реактивна тривожність (РТ) як стан) та особистісної тривожності (ОТ) (як стійкої характеристики людини) оцінювали за стандартною методикою самооцінки Ч.Д.Спілберга - Ю.Л.Ханіна (1976). Рівень депресивних розладів вивчали за методикою В.Зунге [Zung, 1971] (в адаптації Т.І.Балашової).

Статистична обробка отриманих результатів виконана на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows, Grand Pack, Serial Number 9593869) [Бююль, Цефель, 2005]. Дані отримані шляхом побудування кросс-таблиць, розрахунку статистичних критеріїв хи-квадрат (χ^2) та коефіцієнта кореляції r (Спірмена) для змінних порядкової шкали.

Результати. Обговорення

Враховуючи динамічність та лабільність вегетативних показників, їх залежність від тривалості захворювання, стану функції зовнішнього дихання (ФЗД), характеру та тяжкості перебігу БА ми провели аналіз функціонального стану вегетативної нервової системи (ВНС) для діагностики вегетативного тонусу та визначення місця соматопсихічної дисфункції (СПД) в структурі синдрому полісистемної вегетативної дистонії. В таблиці 3 наведені показники вегетативного статусу у хворих на БА та практично здорових осіб.

Загалом група хворих БА достовірно відрізнялася від групи практично здорових осіб за параметрами "вегетативного портрету" та вегетативного тонусу. За нашими даними, у хворих на БА вірогідно частіше спостерігалися відхилення у вегетативному тонусі (в бік симпатикотонії у 41,5% проти 28,0% в групі контролю, $p < 0,05$). Для них був характерний вірогідно вищий розмах коливань інтегративних бальних показників за суб'єктивною та об'єктивною діагностичними шкалами та індексу Кердо, що свідчить про наявність синдрому полісистемної вегетативної дистонії у хворих БА (у 78,3% хворих проти 14,6% в групі здорових, $p < 0,001$), що свідчить про його соматогенну обумовленість.

Аналіз вегетативних симптомів об'єктивного та суб'єктивного типу у хворих на БА, за даними наших попередніх досліджень [Константинович, 1998], дозволив виділити домінуючі синдроми вегетативної дистонії, серед яких спостерігалися синдроми нейрогенної гіпервентиляції (32,0%), нейрогенної тетанії (50,5%), гемодинамічних розладів (40,8%), "хибний" інтоксикаційний синдром, що виявлявся за наявності "подовженого гіпергідрозу" та "вегетативної гіпертермії" у 34,0% хво-

Таблиця 3. Показники вегетативного статусу у хворих бронхіальною астмою та практично здорових осіб.

Ознака, щр враховувалась	Хворі БА (n = 207)		Практично здорові (n = 82)	
	Абс.	%	Абс.	%
Вегетативний тонус:				
імпатикотонія (IK>0)	86	41,5**	23	28,0
Парасимпатикотонія (IK<0)	118	57,0	55	67,1
Ейтонія (IK=0)	3	1,4	4	4,9
Індекс Кердо:				
Середнє значення (M)	-6,4		-7,2	
Мінімальне значення	-108,3**		-54,5	
Максимальне значення	55,0*		68,0	
Стандартне відхилення (σ)	25,9		23,7	
Синдром вегетативної дистонії за суб'єктивною шкалою:				
Середнє значення, бали (M)	36,5*		23,9	
Мінімальне значення, бали	3		3	
Максимальне значення, бали	64**		32	
Стандартне відхилення (σ)	14,8		13,4	
Наявність суб'єктивних ознак синдрому	189***	91,3	12	14,6
Синдром вегетативної дистонії за об'єктивною шкалою:				
Середнє значення, бали (M)	36,4*		26,9	
Мінімальне значення, бали	9		7	
Максимальне значення, бали	68*		42	
Стандартне відхилення (σ)	13,5		11,7	
Наявність об'єктивних ознак синдрому	162***	78,3	12	14,6

Примітки: різниця достовірна: * - p<0,05, ** - p< 0,01, *** - p<0,001.

Таблиця 4. Розподіл показників вегетативного статусу у хворих бронхіальною астмою в залежності від статі.

Ознака, щр враховувалась	Чоловіки (n = 80)		Жінки (n = 127)		Критерій	r	p
	Абс.	%	Абс.	%			
Вегетативний тонус:							
імпатикотонія (IK>0)	31	38,8	55	43,3	$\chi^2 = 2,55$	0,03	0,28
Парасимпатикотонія (IK<0)	49	61,2	69	54,3			
Ейтонія (IK=0)	-	-	3	2,4			
Індекс Кердо:							
Середнє значення (M)	-11,4		-3,2		t=2,2		0,027
Мінімальне значення	-108,3		-95,7				
Максимальне значення	55,0		54,1				
Стандартне відхилення (σ)	29,4		23,0				
Стандартна похибка (m)	3,3		1,9				
Синдром вегетативної дистонії за суб'єктивною шкалою:							
Середнє значення, бали (M)	31,8		39,7		t=3,9		0,001
Мінімальне значення, бали	5		3				
Максимальне значення, бали	64		62				
Стандартне відхилення (σ)	15,1		13,8				
Наявність суб'єктивних ознак синдрому	1,9		1,4				
Синдром вегетативної дистонії за об'єктивною шкалою:							
Середнє значення, бали (M)	70	87,5	118	92,9	$\chi^2 = 1,7$	0,104	0,191
Мінімальне значення, бали	34,3		37,7				
Максимальне значення, бали	9		12				
Стандартне відхилення (σ)	61		68				
Наявність об'єктивних ознак синдрому	13,3		13,6				
Синдром вегетативної дистонії за об'єктивною шкалою:							
Середнє значення, бали (M)	1,7		1,4		t=1,5		0,123
Мінімальне значення, бали	59	73,6	104	81,9			
Максимальне значення, бали	34,3		37,7				
Стандартне відхилення (σ)	9		12				
Наявність об'єктивних ознак синдрому	61		68				
Синдром вегетативної дистонії за об'єктивною шкалою:							
Середнє значення, бали (M)	13,3		13,6		$\chi^2 = 1,53$	0,099	0,216
Мінімальне значення, бали	1,7		1,4				
Максимальне значення, бали	59		104				
Стандартне відхилення (σ)	34,3		37,7				
Наявність об'єктивних ознак синдрому	9		12				

рих. Частка психовегетативного синдрому у хворих на БА склала 48,5%.

Орієнтовне вивчення психовегетативного статусу пацієнтів проводили на підставі клінічного інтерв'ю (збір анамнезу з акцентуацією питань на психоемоційній сфері пацієнтів, що проводили за типом клініко-психологічного консультування, уточнювали значимі психотравмуючі ситуації, що попереджували розвиток хвороби та встановлювали хронологічну послідовність між розвитком захворювання та появою змін у психоемоційній та вегетативній сферах пацієнтів, що виключало преморбідний характер наявних психоемоційних станів).

Емоційні порушення у хворих БА проявлялися підвищенням тривоги, гніву, нестриманості, занепокоєння, відчуттям страху, що особливо посилювалися під час нападів ядухи, набуваючи клініки панічних станів, різкій зміні настрою протягом доби та астеничних реакціях. Наші дані співпадали з результатами інших науковців, що працюють над проблемою психосоматики БА [Овчаренко та ін., 2000; Зінченко, 2001; Портнова та ін., 2001] і підкреслювали той факт, що психоемоційний стан хворих на БА характеризується в цілому високим рівнем емоційної лабільності, тривожності, схильністю до депресивних станів, різноманітність невротичних проявів. Також досліджено, що навіть при відсутності тривожно-депресивних проявів вегетативна регуляція хворих БА відзначається великою гнучкістю. Навіть неяскраві, клінічно малодиференційовані емоційні розлади, в першу чергу, приводять до інертності, напру-

ження регуляторних механізмів та зниження адаптивних можливостей організму.

Проводили обчислення параметрів вегетативного тону та кількісної оцінки синдромів полісистемної вегетативної дистонії у хворих БА відповідно до статі (табл. 4). Була виявлена статистично значуща відмінність при p=0,001 за ІП середнього значення суб'єктивного синдрому вегетативної дистонії залежно від статі хворих на БА - жінки, хворі на БА, вірогідно частіше висували скарги вегетативного характеру (39,7 балів проти 31,8 у чоловіків). Також встановлена статистично значуща відмінність відхилень

вегетативного тонусу в бік парасимпатикотонії у чоловіків, хворих БА (-11,4 проти -3,2 в групі жінок, $p=0,027$). Для жінок були більше характерні симпатикотонічні впливи, що підкреслюється також в роботі Резнікова М.К., Антипової О.С. (2003), які також встановили, що БА у жінок супроводжується більшою залежністю від психогенних факторів, вони мають схильність до формування тривожно-депресивних розладів на фоні стану напруження регуляторних систем організму.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Хворі БА вірогідно відрізняються від групи практично здорових осіб за параметрами "вегетативного портрету" та "вегетативного тонусу"; у них спостерігається перевага симпатикотонічних впливів у 41,5% проти 28,0% при $p<0,05$ та вищий розмах коливань інтегративних бальних показників за об'єктивними та суб'єктивними шкалами, що свідчить про наявність синдрому

полісистемної вегетативної дистонії у 78,3% хворих БА проти 14,6% в групі контролю при $p<0,001$ і є соматогенно обумовленим; частота психовегетативного синдрому у хворих БА складає 48,5%; виявлена статистично значуща відмінність при $p=0,001$ за ІП середнього значення наявності суб'єктивного синдрому полісистемної вегетативної дистонії залежно від статі хворих на БА - жінки, хворі на БА достовірно частіше висували скарги вегетативного характеру (39,7 балів проти 31,8 у чоловіків) та мали схильність до симпатикотонічних впливів регуляції; встановлена статистично значуща вірогідність відхилень вегетативного тонусу в бік парасимпатикотонії у чоловіків, хворих БА (-11,4 проти -3,2 в групі жінок, $p=0,027$), що обумовлює формування специфічного типу синдрому бронхіальної обструкції.

Виявлені дані потребують подальшого вивчення в залежності від супутніх синдромів СПД з метою встановлення ступеня впливу клінічно значущих соматопсихічних станів на формування типу вегетативної регуляції.

Список літератури

- Амосова Е.Н. Гетерогенності морфо-функціонального состояния сердца и сосудов при различных формах легочного сердца [Текст] /Е.Н.Амосова, Л.Ф.Коноплева //Укр. пульм. журн. - 2003. - № 2. - С. 37-39.
- Белялов, Ф. И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов. Часть II [Текст] /Ф. И. Белялов //Клинич. медицина. - 2007. - №4. - С. 20-23.
- Бронхиальная астма с гипервентиляционным синдромом (психосоматические особенности) [Текст] /С.И.Овчаренко, А.Б.Смулевич, М.Ю.Дробижев [и др.]: материалы X Конгресса по болезням органов дыхания // Пульмонология. - 2000. - С. 48-48.
- Бурчинський С.Г. Препарат Ноофен (фенибут): властивості, перспективи застосування та місце серед нейротропних засобів [Текст] /С.Г.Бурчинський //Ліки. - 2002. - №1-2. - С. 1-4.
- Бэрнс П. Бронхиальная астма [Текст] / П. Бэрнс, С. Годфри; [пер. с англ.; под ред. проф., д.мед.наук А.И.Синопальникова]. - М.: Бином-прес, 2003. - 128 с.
- Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика [Текст]; под ред. А.М.Вейна. - М.: Мед. Информ. Агенство, 1998. - 752 с.
- Діагностика, клінічна класифікація та лікування бронхіальної астми [Текст] /Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія": Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. - Київ, 2007. - 146 [31-62] с.
- Зінченко Т.М. Стан вищої нервової діяльності у жінок, хворих на бронхіальну астму [Текст] /Т.М.Зінченко //Лікарська справа. - 2001. - №4. - С. 105-107.
- Исследование функции внешнего дыхания [Текст] /В.Л.Баранов, И.Г.Куренкова, В.А.Казанцев, М.А.Харитонов]. - СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2002. - С. 70-74; 172-187.
- Константинович-Чічирелью Т.В. Особливості перебігу бронхіальної астми у хворих із супутніми вегетативними розладами та шляхи їх медикаментозної корекції : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.27 "Пульмонологія" [Текст] / Константинович-Чічирелью Т.В. - Київ, 1998. - 17 с.
- Немеров Е.В. Особенности течения бронхиальной астмы в сочетании с тревожными и депрессивными расстройствами [Текст] /Е.В.Немеров: материалы X Конгресса по болезням органов дыхания //Пульмонология. - 2000. - С.47-47.
- Портнова О.А. Эффективность вегетокорригирующей терапии у детей с бронхиальной астмой [Текст] /О.А.Портнова, А.В.Зубаренко, Л.Г.Кравченко //Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. - 2001. - №2(26). - С. 20-22.
- Райский В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней [Текст] /В.А.Райский. - [2-е изд. перераб. и доп.]. - М.: Медицина, 1988. - 256 с. (Библиотека практического врача).
- Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: [учеб. пособие] [Текст] /Д.Я.Райгородский. - Самара: Издательский Дом "БАХРАХ", 1998. - С. 14-386.
- Резников М.К. Исследования личностных особенностей и вегетативного статуса больных бронхиальной астмой [Текст] /М.К.Резников, О.М.-Антипова //Научные труды 4-й международной научно-практической конференции ["Здоровье и Образование в XXI веке"], (Москва, 23-25 мая 2003 г.). - М., 2003. - С. 523-525.
- Сердюк А.И. Социальная значимость заболевания как "точка приложения" психотерапии соматических больных [Текст] /А.И.Сердюк //Укр. терапевт. журн. - 2000. - №1. - С. 17-18.
- Series "ATS/ERS Task Force: Standardisation of Lung function testing" [Text] /M.R. Miller, J.Hunkinson, V.Brusasco [et al.] //Europ. Respir. Journ. - 2005. - Vol.26. - P. 319-338
- Zung W.W.K. A rating instrument for anxiety disorders [Text] /W.W.K.Zung //Psychosomatics. - 1971. - Vol.12. - P. 371-379.

Константинович Т.В.

"ВЕГЕТАТИВНЫЙ ПОРТРЕТ" БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Резюме. В статье представлены данные обследования 207 больных бронхиальной астмой (БА) и 82 здоровых пациентов (контрольная группа), у которых изучено состояние вегетативных функций комплексной методикой Вейна А.М. и соавт.

(1998). Установлено, що у них спостерігається переважання симпатикотонічних впливів в 41,5% і більш високі амплітуди коливань інтегративних бальних показників по об'єктивним і суб'єктивним шкалам, що свідчить про наявність синдрому полісистемної вегетативної дистонії у 78,3% хворих БА проти 14,6% в групі контролю ($p < 0,001$) і є соматогенно обумовленим. Частота психовегетативного синдрому у хворих БА становить 48,5%. Жінки, хворі БА достовірно частіше висували скарги вегетативного характеру (39,7 балів проти 31,8 у чоловіків) і мали схильність до симпатикотонічних впливів регуляції. Установлено статистично значиме достовірне відхилення вегетативного тону в бік парасимпатикотонії у чоловіків, що обумовлює формування специфічного типу синдрому бронхіальної обструкції.

Ключові слова: бронхіальна астма, вегетативна дисфункція, діагностика

Konstantynovych T. V.

"VEGETATIVE PORTRAIT" OF THE BRONCHIAL ASTHMA PATIENTS

Summary. The article presents the survey 207 patients with bronchial asthma (BA) and 82 healthy subjects (control group), which studied the state of autonomic functions by complex methodology Waine A. et al. (1998). It has been found that they exhibit predominance of sympathicotonic effects in 41,5% and higher peak-ball integrative indicators of objective and subjective scales, indicating the presence of the polysystemic vegetative dystonia syndrome in 78,3% of BA-patients vs 14,6% in the control ($p < 0,001$) and is somatogenic conditioned. The frequency of psycho-vegetative syndrome in BA-patients was 48,5%. Women were significantly more advanced nature of the vegetative complaints (39,7 points against 31,8 for men) and had a tendency to sympathicotonic impacts of regulation proved statistically significant probability of deviations autonomic tone toward parasimpatikotonii men, resulting in the formation of a particular type of symptoms of bronchial obstruction.

Key words: bronchial asthma, vegetative dysfunction, diagnostics.

Стаття надійшла до редакції 29.11. 2012 р.

© Превар А.П.

УДК: 617.55 - 007.43

Превар А.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра загальної хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЛАСТИКИ ГРИЖОВИХ ВОРІТ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Резюме. Проведено ретроспективний аналіз лікування хворих з грижами передньої черевної стінки та дана оцінка застосування того чи іншого методу пластики.

Ключові слова: грижа, пластика грижових воріт.

Вступ

У даний час у світі накопичено великий досвід хірургічного лікування гриж передньої черевної стінки, хоча результати операцій не можна вважати зовсім задовільними. Кількість операцій з приводу гриж не тільки зменшується, але має тенденцію до збільшення. У США кожний рік виконується до 2 млн лапаротомій, після яких у 2 - 11% випадків виникають післяопераційні вентральні грижі. Після операцій, виконаних за екстреними показаннями, частота гриж збільшується до 28 - 32% [Millikan, 2003]. Одночасно, не дивлячись на велику кількість способів пластики передньої черевної стінки, збільшується і кількість післяопераційних рецидивних гриж. Кількість рецидивів навіть при планових операціях коливається в межах від 0 до 7% [Жебровський та ін., 2005; Тутченко та ін., 2011; Піотрович та ін., 2011; Пацкань та ін., 2011] при алопластиці, а при аутопластиці кількість рецидивів збільшується до 10%, причому при повторній аутопластиці - до 15 - 36% [Піотрович та ін., 2011]. Кількість оперативних втручань в структурі всіх хірургічних операцій, наприклад за нашими даними та за даними інших авторів [Тутченко та ін., 2011], посідають перші місця,

причому переважна більшість з них - це пахвинні грижі [Тутченко та ін., 2011; Піотрович та ін., 2011; Пацкань та ін., 2011].

У сучасних умовах усі способи хірургічного лікування гриж передньої черевної стінки розподілено в основному на дві групи: пластика місцевими тканинами та комбінована пластика з використанням пластичних матеріалів, в числі яких застосовують ауто дерму або полімерні сітки [Юрасов, 2001]. Не дивлячись на те, що пластичним матеріалам притаманні ті чи інші недоліки, вивчення віддалених результатів свідчить про зменшення загальної кількості рецидивів до 5 - 8%, що виправдовує подальші пошуки у цьому напрямку [Саенко, Белянский, 2003]. Однак, досягнуті успіхи не зменшують актуальності проблеми, які полягають не тільки в пошуку і покращенню оперативної техніки, але і в підборі матеріалу для пластики [Ковтун, Акперов, 2002; Нудненко, 2005].

Слід зазначити, що використання алопластичних та ксенопластичних матеріалів вимагає їх доставки, зберігання, великих коштів, що недоступно у наш час багатьом пацієнтам. Використання сіток часто приво-