

herent for tumor cells and has never found on normal ones. This study we analyzed the expression of antigens, CD58 CD10, CD34, CD38 which are used for the monitoring MRD on blast cells children's B-lymphoblastic leukemia before and during antileukemic treatment. Found that these antigens are not always homogeneously expressed on lymphoblasts: there are variants with the absence of any antigen and with heterogeneous expression. The population-lymphoid tumor cells at the beginning of the disease

is heterogeneous, there are subpopulations with different physical and functional characteristics. During antileukemic treatment the average fluorescence intensity leukemia-associated antigens is decrease.

Key words: *acute leukemia, leukemia-associated immunophenotype, minimal residual disease, mean fluorescence intensity*

Впервые поступила в редакцию 25.02.2014 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.233 – 02 – 053.2 – 092 : 612.017] – 085 : 615.8

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Нечипуренко О.Н., Пархоменко Л.К.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования;
shonik@list.ru*

Увеличение количества детей, получающих лечение по поводу рецидивирующего бронхита в условиях поликлиники, диктует необходимость разработки новых комплексных схем лечения данной патологии.

Ключевые слова: *дети, рецидивирующий бронхит, новый способ лечения, динамика клинических симптомов.*

Введение

Ухудшение экологической обстановки, общепопуляционное снижение резистентности к воздействиям неблагоприятных факторов внешней среды продолжают способствовать росту заболеваемости бронхитами у детей. Увеличивается количество рецидивирующих форм данной патологии [1, 2].

Увеличивается количество больных, получающих лечение по поводу рецидивирующего бронхита (РБ) в условиях детской поликлиники [3].

Современные проблемы, тенденции развития бронхитов у детей, свидетельствуют о необходимости создания новых схем их профилактики и лечения с включением комплексных физиотерапевтических методов, которые обладают возможностью позитивного влияния как на этиопатогенез заболевания, так и на различные звенья физиологических мер

защиты организма [4].

Цель

Разработать новый комплексный метод лечения рецидивирующего бронхита у детей с учетом возможности влияния физиотерапии, как на патогенез патологического процесса, так и на физиологические меры защиты организма.

Материалы и методы

Нами был разработан новый комплекс физиотерапии РБ (фаза обострения) у детей (Патент України «Спосіб лікування рецидивуючого бронхіту у дітей» М.кл. А61В 5/00, № 32631, бюл. № 10. Нечипуренко О.М.), который состоит из последовательного применения теплового воздействия на ЛОР-органы, сочетанного воздействия низкочастотного ультразвука, оптического потока красного диапазона спектра и низкочастотного магнитного поля, ингаляции синглетно-кислородной смесью.

Сочетание вышеперечисленных физических факторов было продиктовано следующим: лечение острых респираторных вирусных заболеваний и их осложнений в виде бронхитов затруднено тем, что у организма нет устойчивого иммунитета, так как вирус развивается внутри клеток слизистой оболочки. В этом случае у организма существуют только неспецифические факторы защиты: выработка интерферона, накопление кислых радикалов, которые «убивают вирусы», повышение температуры до цифр, при которых начинается процесс замедления размножения и гибель вируса. При развитии любого вирусного заболевания эти три фактора включаются организмом примерно к 3 — 5 дню заболевания, поэтому очень важно прогреть внешним источником тепла очаг размножения вирусов на самых ранних стадиях болезни [5].

Включение в новый комплекс лечения рецидивирующего бронхита у детей магнитолазероультразвуковой терапии от аппарата «МИТ-11» основано на совокупной возможности лечебного влияния трех факторов на пато-и саногенетические звенья патологического процесса [6].

Под воздействием ультразвука изменения в системе органов дыхания носят компенсаторный характер за счет влияния механического, теплового, физико-химического эффектов.

Одновременное сочетание нескольких физических факторов широко используется в современной физиотерапии и, в частности, магнитного поля с низкоэнергетическим оптическим излучением. При подобном воздействии эффект светового излучения усиливается в магнитном поле за счет увеличения поглощения красного излучения. Низкоэнергетическое оптическое излучение оказывает на организм многообразное действие с различными эффектами, основными из которых являются противовоспалительное, анальгезирующее действие и стимуляция репаративных про-

цессов.

Лечебные возможности синглетного кислорода, обеспечивающие нормализацию антиоксидантного статуса организма, повышение иммунитета, улучшение реологических свойств крови, дезинтоксикацию организма, восстановление структуры слизистой оболочки бронхов и нормализацию функции внешнего дыхания [7], явились основанием для его включения в данный комплекс.

Под нашим наблюдением находились 64 ребенка с РБ. Основная группа состояла из 34 детей, контрольная группа из 30 детей. Дети из основной группы с третьего дня заболевания получали разработанный комплекс физиотерапии для РБ. Дети из контрольной группы получали традиционную физиотерапию РБ (лекарственный электрофорез, ингаляционную терапию, вибрационный массаж).

Результаты и их обсуждение

В основной группе больных положительная динамика в виде улучшения субъективных данных отмечалась после 4 — 5 процедуры и характеризовалась улучшением общего состояния и самочувствия. Сухой кашель трансформировался во влажный с выделением различного количества слизистой или слизисто-гнойной мокроты.

Уже к 7 дню кашель стал отмечаться только по утрам. Аускультативные данные свидетельствовали к этому времени о значительном уменьшении количества влажных и сухих хрипов.

При объективном исследовании детей, получавших традиционные методы физиотерапии, динамика была менее показательна, что проявлялось значительным уменьшением и урежением кашля к 10 — 13 дню лечения. Аускультативные данные указывали на исчезновение влажных и уменьшение сухих хрипов по сравнению с таковыми в основной группе на 4 — 5 дней позже.

Позитивная динамика клинической симптоматики у детей основной группы,

страдающих РБ, после проведенного лечения с включением разработанного нами комплекс физиотерапии в сравнении с пациентами контрольной группы, свидетельствует о его значимой эффективности, которая выражается в сокращении сроков лечения в среднем на 4 дня ($p < 0,01$).

Выводы

1. Комбинация физиотерапевтических факторов в разработанном для лечения РБ комплексе подобрана с учетом возможности их влияния, как на патогенез, так и саногенез патологического процесса.
2. Разработанный физиотерапевтический комплекс лечения РБ у детей оказывает значимое позитивное влияние на динамику клинических симптомов по сравнению с контролем.
3. Новый комплексный метод лечения РБ у детей может использоваться в детских лечебных учреждениях.

Литература

1. Антипкин Ю. Г. Рецидивирующий бронхит у детей: дискуссионные вопросы / Ю. Г. Антипкин, В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманцев // Здоров'я України. – 2008. – № 18/1. – С. 19-21.
2. Bityutskaya O. E. Mussel concentrate Bipolan and its effect on the lipid metabolism in radiation injuries / O. E. Bityutskaya, D. B. Zhirko, M. M. Luk'yantsov // International journal of radiation medicine. – 2004. – № 6. – P. 144.
3. Пархоменко Л. К. Медико-социальные проблемы сохранения здоровья подростков в Украине / Л. К. Пархоменко // Здоровье ребенка. – 2006. – № 1. – С. 15-17.
4. Тондий Л. Д. Значение курортного лечения в мобилизации физиологических мер защиты организма / Л. Д. Тондий // Лікувальні фізичні чинники та здоров'я людини : матер. ІІ з'їзду Всеукраїнської асоціації фізіотерапевтів та курортологів наук.-практ. конф. з міжнародною участю. –Одеса, 2003. – Додаток до журналу "Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія". – 2003. – № 2. – С. 79.
5. Иванов А. И. Аппараты нового поколения для локальной магнитотерапии и локаль-

ного теплечения / А. И. Иванов, Ю. Б. Кириллов. – М., 2001. – 38 с.

6. Магнитолазерноультрозвуковая терапия / И. З. Самосюк, Н. В. Чухраев, В. Г. Мясников [и др.] // Научно- практические материалы. – К. – М., 2001. – С. 189.
7. Самосюк И. З. Синглетно-кислородная терапия : научно-методическое пособие / И. З. Самосюк, Н. В. Чухраев, О. И. Писанко. – К. ; М., 2004. – 104 с.

References

1. Antipkin Yu. G. Recidiviruyushhij bronxit u detej: diskussionnye voprosy / Yu. G. Antipkin, V. F. Lapshin, T. R. Umancev // Zdorov'ya Ukraini. – 2008. – № 18/1. – S. 19-21. (in Russian)
2. Bityutskaya O. E. Mussel concentrate Bipolan and its effect on the lipid metabolism in radiation injuries / O. E. Bityutskaya, D. B. Zhirko, M. M. Luk'yantsov // International journal of radiation medicine. – 2004. – № 6. – P. 144.
3. Parxomenko L. K. Mediko-socialnye problemy soxraneniya zdorovya podrostkov v Ukraine / L. K. Parxomenko // Zdorove rebenka. – 2006. – № 1. – S. 15-17. (in Russian)
4. Tondij L. D. Znachenie kurortnogo lecheniya v mobilizacii fiziologicheskix mer zashhity organizma / L. D. Tondij // Likuvalni fizichni chinniki ta zdorov'ya lyudini : mater. ІІ z'їzdu Vseukraїнської асоціації фізіотерапевтів та курортологів наук.-практ. конф. z mizhnarodnoyu uchastyu. –Одеса, 2003. – Додаток до zhurnalу "Medichna reabilitaciya, kurortologiya, fizioterapiya". – 2003. – № 2. – S. 79. (in Russian)
5. Ivanov A. I. Apparaty novogo pokoleniya dlya lokalnoj magnitoterapii i lokalnogo teploleniya / A. I. Ivanov, Yu. B. Kirillov. – М., 2001. – 38 s. (in Russian)
6. Magnitolazernoul'trozvukovaya terapiya / I. Z. Samosyuk, N. V. Chuxraev, V. G. Myasnikov [i dr.] // Nauchno- prakticheskie materialy. – К. – М., 2001. – S. 189. (in Russian)
7. Samosyuk I. Z. Singletno-kislородnaya terapiya : nauchno-metodicheskoe posobie / I. Z. Samosyuk, N. V. Chuxraev, O. I. Pisanko. – К. ; М., 2004. – 104s. (in Russian)

Резюме

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
НОВОГО КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДУ
ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО
БРОНХІТУ У ДІТЕЙ

*Нечипуренко О.М., Пархоменко Л.К.
Харківська медична академія післядип-
ломної освіти*

Збільшення кількості дітей, які отримують лікування з приводу рецидивуючого бронхіту в умовах поліклініки, диктує необхідність розробки нових комплексних схем лікування даної патології.

Ключові слова: діти, рецидивуючий бронхіт, новий спосіб лікування, динаміка клінічних симптомів.

Summary

THEORETICAL SUBSTANTIATION OF A
NEW COMPLEX METHOD OF
RECURRENT BRONCHITIS TREATMENT
IN CHILDREN

*Nechepurenko O.N., Parkchomenko L.K.
Kharkov Medical Academy for Advanced
Training of Doctors*

Increasing the number of children being treated for recurrent bronchitis in a clinic, dictates the need to develop new integrated circuits treatment of this pathology.

Keywords: children, recurrent bronchitis, a new treatment, dynamics of clinical symptoms.

*Впервые поступила в редакцию 13.05.2014 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*

УДК 612.352.1/357-092-02:616.711/.714-001-005.1-085.361:611.013]-092/9

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПЛИВУ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ НА
ПОГЛИНАЛЬНО-ВИДІЛЬНУ ТА ГЛІКОГЕНСИНТЕЗУВАЛЬНУ
ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ В РАННІЙ ПЕРІОД КРАНІОСКЕЛЕТНОЇ
ТРАВМИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОВТРАТОЮ**

Гудима А.А., Заєць Т.А.

*ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.
Горбачевського МОЗ України”*

В експерименті на нелінійних білих щурах вивчали вплив краніоскелетної травми, ускладненої крововтратою, на поглинально-видільну і глікогенсинтезувальну функції печінки та корекцію виявлених змін клітинною терапією. Встановлено, що умовах модельованої травми виникають порушення поглинально-видільної та глікогенсинтезувальної функцій, про що свідчить істотне збільшення тривалості виділення бромсульфалеїну із жовчю та зниження вмісту глікогену в печінці. Внутрішньоочеревинне ведення фетальних нервових клітин через 12 год. після нанесення травми сприяє скороченню тривалості виділення бромсульфалеїну у всі терміни спостереження та збільшенню глікогенсинтезувальної функції печінки, особливо через 3 і 7 діб посттравматичного періоду.

Ключові слова: краніоскелетна травма, крововтрата, печінка, поглинально-видільна функція, глікоген.

Вступ

Поліорганна недостатність є тяжким ускладненням травматичної хвороби і належить до основних причин загибелі організму в умовах тяжкої травми [1]. Ключове місце серед її причин займає

краніоскелетна травма (КСТ). Одночасне пошкодження кісток скелета, черепа та головного мозку створює сприятливий ґрунт для порушення нейрогуморальної регуляції, розвитку системної реакції організму на запалення з ураженням ба-