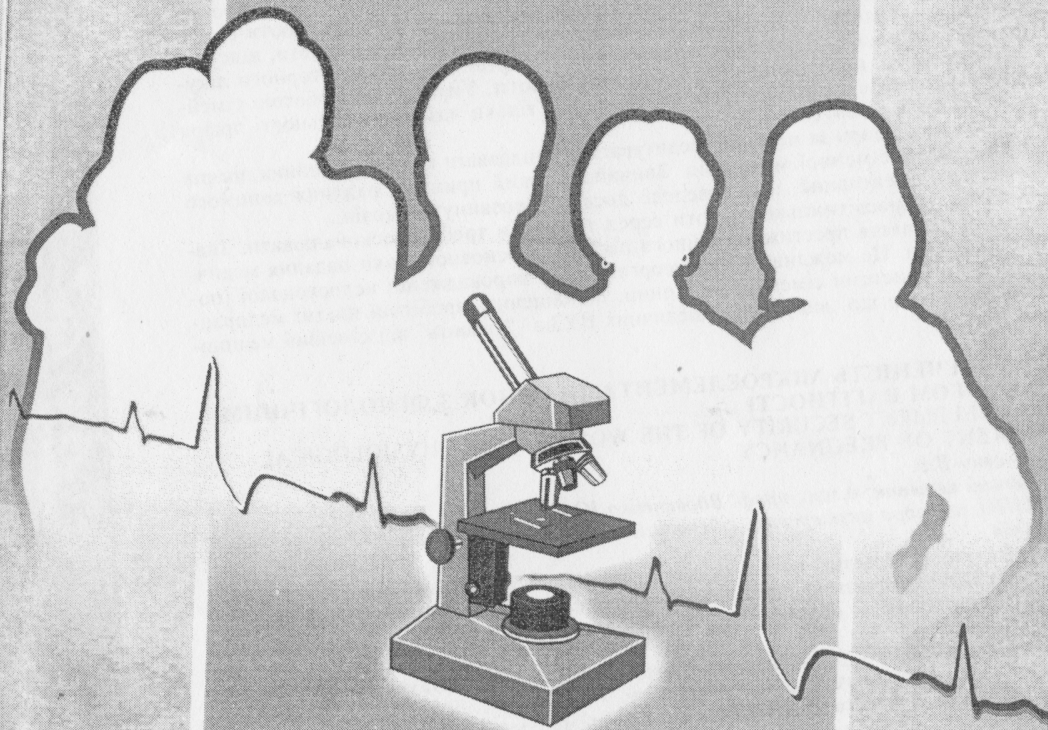


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УЖГОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

**МАТЕРІАЛИ
ІІІ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

25-27 квітня 2005 р.



Вступ. Еритропоетин (ЕРО) – гормон глікопротеїнової природи, який є одним з головних регуляторів еритропоезу. Рівень ЕРО в плазмі коливається в межах 4-26 МОД/мл. Він підвищується при зниженні концентрації гемоглобіну менше 105 г/л.

Мета роботи – вивчити забезпеченість ЕРО сироватки крові здорових дітей та дітей із залізодефіцитною анемією (ЗДА) I-II ст. та в ході її лікування препаратом тривалого дії заліза (Мальтофер) та комплексом Мальтоферу з вітамінами А, С, Е.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 48 дітей із ЗДА віком від 4 місяців до 3 років та 25 здорових дітей такого ж віку. Сироваткову концентрацію ЕРО вивчали шляхом імуноферментного аналізу з використанням набору Pro Con ЕРО HS ТОВ “Протейновий контур” (Росія).

Результати дослідження. У здорових дітей сироваткова концентрація ЕРО складала $15,29 \pm 4,26$ МОД/мл, вона відповідала фізіологічним межам цього показника.

При розвитку ЗДА рівень ЕРО підвищувався більш, ніж в 2 рази і складав $36,77 \pm 5,25$ МОД/мл, $p < 0,01$. Підвищена продукція ЕРО стимулює еритропоез, але для збільшення кількості ретикулоцитів та еритроцитів необхідні достатні запаси заліза. Тому збільшення ЕРО-синтезувальної функції при ЗДА в певній мірі поглиблює існуючий ДЗ і сприяє прогресуванню анемії.

При застосуванні Мальтоферу концентрація ЕРО поступово зменшувалася на тлі зростання рівня гемоглобіну, і на 30-40-ву добу від початку лікування не відрізнялася від рівня здорових дітей ($17,76 \pm 3,92$ МОД/мл).

При використанні Мальтоферу з комплексом вітамінів А, С, Е вже на 14-15-ту добу відбувалося достовірне зниження рівня ЕРО ($22,5 \pm 3,4$ МОД/мл). Покращення гематологічних параметрів в цей період (гемоглобін – $107 \pm 1,28$ г/л, еритроцити $3,79 \pm 0,05 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит $0,322 \pm 0,003$) призводило до пригнічення еритропоезу – синтезувальної функції. На 30-40-ву добу від початку лікування спостерігалася “друга хвиля” підвищення рівня ЕРО в сироватці ($29,57 \pm 3,47$ МОД/мл). Це, напевне, обумовлено індукцією синтезу ЕРО на тлі застосування вітамінного комплексу.

Висновки. Таким чином, вітаміни А, С, Е виступають в ролі індукторів синтезу ЕРО. Вони викликають пікове збільшення рівня ЕРО в сироватці наприкінці 1-го місяця лікування, що забезпечує більш тривалу стимуляцію еритропоезу. Зазначені вітаміни доцільно включати в комплексне лікування дітей з дефіцитними анеміями для зменшення дози рекомбінантного ЕРО і вартості лікування.

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА В ОБСЛУГОВУВАННІ ДІТЕЙ FAMILY MEDECINE IN THE TREATMENT OF CHILDRENS

Лукавенко Іван, Полов'ян Катерина, студенти 6 курсу

Науковий керівник: к.м.н., доц. Загородній М.П.

медичний факультет Сум ДУ, кафедра педіатрії №2 м.Суми, Україна

Вступ. Реформи системи охорони здоров'я в Україні впроваджуються мляво, безсистемно, половинчато. В їх проведенні нема зацікавленості ні практичних лікарів, ні організаторів охорони здоров'я. Вкрай недостатнє фінансування алузі не дає змоги забезпечити сучасний рівень медичного обслуговування населення. В області створені відділення сімейної медицини, реформовано структури підготовки лікарів загальної практики.

Метою дослідження було визначення якості надання медичної допомоги дітям відділенні сімейної медицини поліклініки м. Суми з точки зору батьків дітей. Всі лікарі цього відділення мають спеціальну підготовку з сімейної медицини.

Матеріали і методи дослідження. Методом анонімного анкетування нами проведено опитування 61 респондента, які з дітьми звернулися за медичною допомогою у відділення сімейної медицини. При цьому виявлено, що 54 (88,5%)

знайомі із своїм сімейним лікарем, 37 (60,6%) респондентів вважають, що їх діти часто хворіють.

Кожен шостий опитаний (14,7%) незадоволений рівнем кваліфікації свого сімейного лікаря, а 16,4% невдоволені відношенням медичного персоналу поліклініки до себе та дитини. Це спонукало до того, що майже половина батьків (49,1%) додатково консультували свою дитину у лікаря-педіатра, а 40,9% респондентів користувалися послугами дитячих лікарів, які мають приватну практику.

Ми поставили собі за мету уточнити чи були випадки з боку сімейних лікарів вимог від батьків дітей додаткової винагороди. Ствердно на це питання відповіли 3 (4,9%) особи. Разом з тим 22,9% відповіли, що вони за власною ініціативою висловлювали вдячність сімейному лікарю за лікування дитини у вигляді матеріальних цінностей чи грошей.

Майже половина всіх респондентів 49,1% задоволені результатами лікування дитини у стаціонарах міських лікарень. Причому відсоток дітей, які лікувалися в стаціонарі зріс.

Кожна п'ята сім'я (19,6%) звертається за допомогою в лікуванні хворих дітей до знахарів, екстрасенсів і т.д. Це змушує замислитися над причинами цього явища.

Більше половини (52,5%) опитаних батьків вважає, що якість надання медичної допомоги дітям після відкриття відділення сімейної медицини і реорганізації педіатричної служби погіршилася.

Висновки. Таким чином, ми розуміємо, що відділення працює менше року і не всі організаційні питання вирішені. На даному етапі організація роботи сімейного лікаря практично нічим не відрізняється від роботи дільничного, відсутні будь-які матеріальні фактори зацікавленості в організації амбулаторного лікування хворого, проведенні профілактичної роботи. Управління роботою сімейними лікарями не змінилося, тобто змінилася тільки назва спеціальності лікаря та об'єкт обслуговування.

Ми не ставили за мету дискредитувати, чи піддавати критиці сімейних лікарів або установи сімейної медицини. Звичайно, такий принцип надання допомоги може бути ефективний, і це доведено досвідом розвинутих країн.

Рівень просвітницької роботи серед громадян треба удосконалювати. Знаючим є підняття престижу сімейного лікаря, як основної ланки надання медичної допомоги. Це можливо через реорганізацію впровадженної недосконалої (повинчатої) системи сімейної медицини, підвищення заробітної платні медпрацівникам, а поки що випускники медичних ВУЗів “тікають” від сімейної медицини. Чому?

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ МІКРОЕЛЕМЕНТАМИ ЖІНОК З ФІЗІОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ MICROELEMENT SECURITY OF THE WOMEN WITH PHYSIOLOGICAL CURRENT OF PREGNANCY

Маркевич В.В.

Науковий керівник: д.м.н., проф. Вдовиченко Ю.П.

КМАПО, кафедра акушерства, гінекології та перинатології.
м. Київ

Вступ. Публікації останніх років, присвячені проблемі залізодефіцитної анемії (ЗДА) свідчать про важливість порушення обміну інших мікроелементів при цій патології. З обміном заліза найбільш тісно пов'язаний метаболізм Cu, Zn, Co, Ni.

Мета роботи – дослідити забезпеченість мікроелементами (Fe, Cu, Zn, Co, Ni), в ході перебігу гестаційного процесу.

Матеріали і методи дослідження. Рівень мікроелементів досліджували атомно – абсорбційною спектроскопією.