

довело, що на теперішній час не існує універсального, високоефективного методу лікування АІТ.

Метою дослідження була розробка методу комплексного лікування різних форм АІТ.

Вперше була розроблена методика, яка включає інтраорганний мультифокальний дозований кровоплив на щитовидну залозу та внутрішньоорганне введення в неї глюкокортикоїдів. Кровоплив проводився інтраопераційно мультифокально при температурі мінус 196°C з експозицією: одна хвилина в кожній точці. Після цього в кожен частку залози вводився глюкокортикоїд пролонгованої дії Кеналог-40 в дозі 1-3 мл. При розробці методу враховувалися результати попередньо проведених експериментів.

Доведено, що самостійне використання ІМДК, а особливо в комплексі з глюкокортикоїдами ефективно впливає на клінічний та імунологічний статуси хворих з АІТ. При цьому зменшується аутоімунна агресія у щитовидній залозі: знижується або нормалізується рівень антитіл до тироглобуліну та мікросомального антигену, нормалізуються показники Т-клітинного імунітету, активізуються репаративні процеси у щитовидній залозі, що частково відновлює її функціональну активність та дає можливість знизити дозу замісної гормональної терапії.

Все це вказує на вплив розробленого методу на патогенетичні ланки АІТ. Висока ефективність методу, його патогенетичність свідчать про медичинську та соціальну значущість розробленого методу для населення України. Подальші дослідження в цьому напрямку є перспективними та обґрунтованими, але для остаточних висновків потрібні спостереження за більшим числом хворих у більш віддалені строки.



UA0000368

Клініко-спектральні дослідження зразків сечі осіб з онкогематологічними захворюваннями і осіб, що зазнали впливу дії іонізуючого випромінювання в наслідок аварії на ЧАЕС

В.Г.Бешко, Л.О.Дарчук

Інститут клінічної радіології НЦРМ АМН України

Розвиток лейкозного процесу супроводжується глибокими порушеннями фазового вмісту мінеральної і органічної складових кісток. При цьому відбувається перехід основних нерозчинних ортофосфатів $(\text{PO}_4)^{3-}$ кристалу гідроксиапатиту в розчинні кислі $(\text{H}_2\text{PO}_4)^-$ $(\text{HPO}_4)^{2-}$, зменшення вмісту фосфатних і карбонатних сполук, збільшення вмісту амідних груп і пірофосфатів. Аналогічні зміни спостерігаються і в сечі хворих на лейкози. Будь-які зміни будови або міцності зв'язків молекул змінюють частоти коливань, і, відповідно цьому, будуть змінюватись смуги інфра-червоних (ІЧ) спектрів поглинання, що є характерними для цих молекул. Характерною ознакою конденсованих фосфатів (пірофосфатів), є наявність зв'язку Р-О-Р. Дослідження ІЧ-спектрів поглинання кісткових тканин і сухих проб сечі дає змогу зафіксувати зміну вмісту орто- і пірофосфатів на протязі розвитку лейкозів.

Мінеральна компонента кісток обумовлює присутність в ІЧ-спектрах смуг поглинання, що є характерними для карбонатів $(\text{CO}_3)^{2-}$ - 880,1430,1460 cm^{-1} і ортофосфатів $(\text{PO}_4)^{3-}$ - 570, 610, 1030,1050,1080 cm^{-1} . У випадках онкогематологічних захворювань спостерігаються смуги, які відповідають пірофосфатним сполукам, з характеристичними хвильовими числами 700-740, 920-940, 960-980 cm^{-1} . Нами проведено спектральні дослідження сухих зразків добової сечі для таких груп: хворі на лейкоз; контрольна група; особи, що зазнали впливу радіоактивного опромінення; мешканці районів, забруднених радіонуклідами. При онкогематологічних захворюваннях в спектральному діапазоні 1030-1090 cm^{-1} спостерігається зменшення інтенсивності максимумів поглинання, які пов'язані з PO_4^{3-} , аж до їх зникнення, що можна пояснити зменшенням відносного вмісту основних фосфатів в сечі. В той же час починають розрізнятися смуги поглинання, присутність яких спричинена наявністю в зразках конденсованих фосфатів: кальцій дигідрофосфат і кальцій дигідрофосфат тетрагідрат. А саме, спостерігається інтенсивне поглинання в спектральному інтервалі 920-940 і 960-980 cm^{-1} . Також стає ширшою і утворює дуплет інтенсивна смуга поглинання в області 720-740 cm^{-1} . Відношення площі під кривою смуги поглинання на

частоті 736 см^{-1} , яка є характерною для пірофосфатів, до площі під кривою смуги поглинання на частоті 730 см^{-1} , яка відповідає основним фосфатам, дає змогу зробити кількісний аналіз вмісту конденсованих і основних фосфатів. Це відношення, тобто кількість пірофосфатів, зростає для осіб з більш важким станом.

Спектральні дослідження для осіб, які зазнали впливу зовнішнього опромінювання, показали, що найбільш інформативним є спектральний інтервал $650\text{-}800 \text{ см}^{-1}$ - тут виникає додатковий максимум поглинання при частоті 765 см^{-1} , що пов'язаний з присутністю в зразках кальція дігідрофосфата тетрагідрат. Кількісний аналіз спектрів показав, що вміст орто- і пірофосфатів не залежить від дози отриманого зовнішнього опромінення. Смуга поглинання сухого залишку добової сечі здорових осіб на ділянці $650 - 850 \text{ см}^{-1}$ має вигляд одиночної вузької смуги, що містить три лінії поглинання на частотах 720 (вазелинове масло), 730 і 756 см^{-1} (характерні для ортофосфата $\text{Ca}(\text{H}_2\text{PO}_4)_2$). Всі ІЧ-спектри зразків сечі людей, які мешкають на забрудненій радіонуклідами території, є спектрами здорових людей, вони не містять ліній, що обумовлені пірофосфатами, які присутні в ІЧ-спектрах зразків сечі хворих на лейкози. Спостерігаються інтенсивні смуги поглинання, що характерні для ортофосфатних сполук. В цих спектрах чітко проявляються смуги, які відповідають кальцію фосфорнокислому двохзаміщеному (CaHPO_4) і кальцію фосфорнокислому двухзаміщеному, дігідрату - $\text{CaHPO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$.

Таким чином, знайдена залежність зміни вмісту основних і конденсованих фосфатів на протязі розвитку онкогематологічних захворювань. Ці результати можна застосовувати в медичній практиці одночасно з традиційними клінічними методами діагностики таких захворювань.



UA0000369

Комплексні методи профілактики і реабілітації хворих з початковими формами церебро-васкулярної недостатності, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС

Е.Л.Мачерет, О.О.Коркушко, Л.П.Лукашевич, Л.Ю.Мойсеєнко, Г.М.Чуприна

Центр "Біомед" акупунктури і лазеротерапії

Відомо, що внаслідок аварії на ЧАЕС проблема судинних захворювань мозку набула певних особливостей. Результати клінічних спостережень за особами, які зазнали радіаційного впливу внаслідок аварії на ЧАЕС, свідчать про те, що навіть малі дози опромінення призводять до різноманітних церебро-васкулярних порушень.

На основі досліджень, проведених співробітниками Центру "Біомед" і кафедри рефлексотерапії Київської медичної академії післядипломної освіти, доведено, що у хворих з початковими проявами церебро-васкулярної недостатності потрібно широко використовувати рефлексотерапевтичні методи дослідження та лікування. Об'єктом дослідження були 90 хворих з початковими формами церебро-васкулярної недостатності, які проживали на територіях, забруднених внаслідок аварії на ЧАЕС, у контрольованих районах Київської області: Вишгородському, Бородянському, Іванківському, Макарівському та Поліському. Хворі перебували на обстеженні та лікуванні в неврологічних відділеннях Київської клінічної обласної лікарні. Для обліку використовувалась "Картка комплексно-інструментального обстеження хворих з початковими формами церебро-васкулярної недостатності. Діагноз - початкові порушення мозкового кровообігу (ППМК) формувался на підставі даних комплексного дослідження, що включало клінічне обстеження, реоенцефалографію, електроенцефалографію, комп'ютерну іридіодіагностику, даних судин очного дна, а також рефлексотерапевтичну діагностику: методи Накатані та Акабана, які є високоінформативними, дешевими, нешкідливими, і дають можливість обстежити велику кількість хворих на всіх рівнях надання медичної допомоги у короткий термін. Враховуючи етіологічний фактор розвитку початкових порушень мозкового кровообігу хворі були розподілені на такі групи: а) вегето-судинна дистонія - 25; б) гіпертонічна хвороба - 56; в) атеросклероз - 9 осіб. Аналізуючи дані, отримані при обстеженні хворих за допомогою вищезгаданої картки, ми виявили головним чином функціональні зміни, які можна класифікувати в синдром вегето-судинної дистонії, астено-невротичні і вестибуло-атактичні.