



Південна  
Фундація  
Медицини

**МІЖНАРОДНА  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ  
ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ЯК  
ПРІОРИТЕТНА ФУНКЦІЯ ДЕРЖАВИ»**

**м. Одеса, 27-28 квітня 2012**

**Одеса 2012**

#### Література:

1. Давиденко І.С. Морфологічна характеристика структур матково-плацентарної ділянки в різні терміни гестації при залізодефіцитній анемії у вагітних / І. С. Давиденко // Клінічна та експериментальна патологія. – 2005.- Т.IV, №3.- 49-53.
2. Милованов А. П. Патология системы мать-плацента-плод : руководство [для врачей] / А. П. Милованов. – М. : Медицина, 1999. – 448 с.
3. Пат. 60921 А Україна, МПК А 61 В 10/00, G 01 N 33/48. Спосіб діагностики матково-плацентарної форми недостатності плаценти екстрахоріального типу / Тюленева О. А.; заявник і патентовласник Буковинська держ. мед. академія МОЗ України. - № 2003043588 ; заявл. 21.04.2003 ; опубл. 15.10.2003, Бюл. № 10. – 2 с.
4. Тюленева О. А. Доплерометрична характеристика судинного русла матки при екстрахоріальних плацентах / О. А. Тюленева // Клінічна та експериментальна патологія. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 113 – 115.
5. Тюленева О. А. Морфологія кровоносних судин матково-плацентарної ділянки та міометрія при екстрахоріальних плацентах / О. А. Тюленева, В. М. Завалецький // Буковинський медичний вісник. – 2004. – Т. 8, № 3 – 4, - С. 229 – 231.
6. Benirschke K. Pathology of the Human Placenta / K. Benirschke, P. Kaufmann, R. N. Baergen. - [5 rd. ed]. – New York : Springer, 2006. – 1050 p.

Полянська О. С.

д. мед. н., професор

Буковинського державного медичного університету

Тихоход І. В.

лікар-терапевт

вузлової клінічної лікарні станції Чернівці

м. Чернівці, Україна

#### СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Одним із найефективніших засобів зміцнення та збереження здоров'я є дотримання здорового способу життя з достатньою фізичною активністю людини. Величезні можливості, закладені в організмі кожної людини, можуть бути реалізовані в здоров'я і активне довголіття тільки за умови постійного фізичного навантаження. Обмеження м'язових навантажень призводять до гіподинамії, яка сприяє виникненню детренованості організму. У разі недостатньої рухової активності зменшується ефективність обмінних процесів, що призводить до накопичення речовин, які пошкоджують ендотелій судин і сприяють розвитку атеросклерозу.

Результати проведених епідеміологічних досліджень свідчать про недостатню фізичну активність серед населення в нашій країні і цей показник

по Україні складає 43,6%. Недостатня фізична активність не залежить від віку і майже однаково висока в усіх вікових десятиріччях. Встановлено, що 40,8% чоловіків та 43,5% жінок витрачають 5 год і більше на сидіння в робочий час; тільки 19,3% чоловіків і 14,0% жінок займаються ранковою гімнастикою [4, С.165].

Регулярна фізична активність підвищує фізичну працездатність, тобто спроможність здійснювати фізичні дії, не відчуваючи втоми. Фізична активність істотно залежить від функціональних можливостей індивіда, рівня його фізичного виховання, побутових, природних умов, способу життя і виду занять. Під час фізичного навантаження закономірно поглиблюється дихання, що збільшує дихальний об'єм легень, забезпечує підвищення рівня поглинання кисню та насичення ним крові на 15-30%. Відомо, що у стані спокою тканини використовують 30% кисню крові, то під час фізичного навантаження у нетренованих осіб – 47%, у тренуваних – 73%. У разі недостатньої рухової активності зменшується ефективність окисного фосфорилування, що спричиняє накопичення продуктів неповного окислення вуглеводів, які пошкоджують ендотелій судин і сприяють розвитку атеросклерозу. І навпаки, під впливом регулярних дозованих фізичних навантажень підвищується еластичність судин і зменшується периферичний судинний опір. Встановлено, що толерантність до фізичного навантаження чітко корелює з рівнем ліпідів у крові. Рухова активність, завдяки корекції порушення обміну ліпідів і підвищенню толерантності до навантажень, сприяє збільшенню працездатності організму.

30% населення України хворіють на серцево-судинні захворювання (ССЗ), у 1/3 - це причина смерті. У Західній Європі, починаючи з 1970 р., загальна смертність від ССЗ поступово знижується, причому як у людей середнього віку, так і в літніх [6 Р.2-4.]. Виділяють три напрями профілактики ССЗ: популяційний, який забезпечується корекцією способу життя і чинників навколишнього середовища, на рівні факторів ризику у здорових осіб із високим ризиком ССЗ та вторинної профілактики у хворих, які вже мають певне ССЗ.

Проблема фізичного розвитку є надзвичайно актуальною і для європейського суспільства. Згідно Європейських рекомендацій всім хворим і пацієнтам високого ризику ССЗ необхідно збільшувати фізичну активність до безпечного рівня, який зумовлює мінімальний ризик [6, Р.9-11]. Фізичні вправи необхідно виконувати протягом 30 хв 4-5 разів на тиждень, хоча і помірна активність приносить користь для здоров'я. Хворим на ССЗ рівень фізичної активності з урахуванням результатів клінічного обстеження, включаючи пробу з фізичним навантаженням [3 Р.52-54]. Дозована ФА закріплює, удосконалює, посилює регулюючий і координуючий вплив ЦНС на функції різних органів і систем [2, С.84-90, 3, С.28-37.]. Рух активізує основні фактори гемодинаміки – кардіальний і екстракардіальний, а також позитивно впливають на психоемоційний статус [2, Р.84-85].

Головною умовою забезпечення оптимального оздоровчого ефекту при використанні фізичних вправ є відповідність величини навантажень функціональним можливостям організму з регламентації навантажень по відносній міцності, по абсолютним і відносним значенням числа повторень вправи, по величині фізіологічних параметрів, по суб'єктивним відчуттям. В

оздоровчому тренуванні діапазон рекомендованої міцності коливається в дуже широких відрізках, складаючи 40-90% максимального споживання кисню, найбільш раціональною є інтенсивність 60-70%. Частота пульсу відображає не тільки інтенсивність роботи серцево-судинної системи, але і напруження практично всіх систем організму, в тому числі і енергообміну. Між частотою пульсу і витратами енергії існує пряма залежність. Знаючи частоту пульсу і кількість часу, витраченого на виконання фізичних вправ, можна підрахувати енерговитрати. Вважається, що мінімальна затрата енергії під час занять для ефективності повинна складати 300-500 ккал. Для того щоб залишатися здоровим, кожна людина повинна кожний день витрачати за рахунок м'язових зусиль не менше 1200-2000 ккал. Кількість повторень одних і тих же вправ коливається в межах 6-20. Спосіб дозування вправ передбачає урахування максимального числа повторень на протязі певного проміжку часу (15-30 с.). В процесі занять необхідно в першу чергу слідкувати за пульсом. Для початківців пульс в середньому не повинен перевищувати 120-130 уд./хв., для людей середнього віку і практично здорових людей – 130-140 уд.хв., а для молодих 150-160 уд./хв. Під час повільного бігу витрати енергії складають від 600 до 800 ккал за 1 год. Таке навантаження в поєднанні з розумним обмеженням в харчуванні сприяє ліквідації надлишкової ваги тіла.

Фізична тренуваність є об'єктивним показником регулярної фізичної активності. Рух стимулює обмін речовин та енергії в організмі, поліпшує діяльність серцево-судинної системи, дихання, а також функції інших органів, які відіграють важливу роль в пристосуванні людини до змін зовнішнього середовища. Правильне фізичне виховання справляє значний позитивний вплив на перебіг атеросклерозу, приводячи до зниження на 20-25% загальної смертності від ССЗ. Європейські рекомендації щодо профілактики ССЗ вказують на те, що фізичні вправи слід виконувати протягом 30 хв 4-5 разів на тиждень, фізичні навантаження повинні бути індивідуальними, помірними, систематичними з адекватним прискоренням пульсу. Для профілактики серцево-судинних та інших названих захворювань рекомендується займатися фізичними вправами 3 рази на тиждень; для кращої переносимості навантаження серцево-судинною системою на заняття слід витрачати 25-60 хв, розподіливши їх наступним чином: 5-10 хв розминка, 15-40 хв. навантаження, 5-10 хв. розслаблення: фізичні вправи можуть включати комплекс з легкою, помірною і великим навантаженням. Наприклад, ходьба (швидка і енергійна), їзда на велосипеді, підйом по сходах, робота в саду, біг, плавання, веслування, катання на ковзанах, лижах, командні ігри, танці. Рекомендована частота, тривалість та інтенсивність вправ повинні відповідати можливостям кожної конкретної людини і залежати від вихідного рівня його тренуваності. Для людей, які перенесли гостре порушення коронарного кровообігу метою реабілітації є максимальне відновлення здоров'я, функціонального стану ССС та працездатності. Цілями фізичної реабілітації хворих на інфаркт міокарда є збільшення фізичної активності, покращання якості життя, зниження частоти повторних госпіталізацій [1, С.164-165, 2, С.99-106, 5, С.55].

Особи з низьким рівнем фізичної активності ризикують мати серцево-судинну патологію у 2 рази частіше за тих, у кого її рівень достатній. За результатами досліджень, фізично активні жінки мають на 60-75% нижчий ризик ішемічної хвороби серця, ніж малорухомі. В епідеміологічному



обстеженні 6 тис. осіб протягом 6 років спостереження встановлено, що у хворих на ІХС з найвищим рівнем фізичної тренуваності в 4 рази менша смертність, ніж у пацієнтів з низькою фізичною підготовкою. Тільки за рахунок підвищення інтенсивності фізичних навантажень можна досягти зниження загальної смертності та смертності від ішемічної хвороби серця на 27-31% і цей ефект значно превалює над іншими в зміні способу життя.

#### Література:

1. Следзевська І.К., Бабій Л.М., Щербак Я.Ю. Практичні рекомендації з фізичної реабілітації хворих з гострим порушенням коронарного кровообігу/Український кардіологічний журнал.-2011. Додаток 1.-С.164-165.
2. Полянська О.С., Амеліна Т.М. Основи реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізичної культури та масажу /за ред. проф. Клапчука В.В. та проф. Полянської О.С.-Чернівці:Прут, 2011.-208с.
3. Полянська О.С., Ташук В.К. Медична та соціальна реабілітація/Чернівці:Прут, 2004.-232с.
4. Руководство по кардиологии /под. ред.. В.Н.Коваленко.-Киев.:Морион.-2008.-1424с.
5. Ташук В.К., Полянська О.С. Гострий коронарний синдром. Діагностика. Лікування. Реабілітація.- Чернівці:Прут, 2006.-122с.
6. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. -2007.

Семеняк А. В.

к. мед. н., доцент

Буковинського державного медичного університету

м. Чернівці, Україна

#### ЗМІНИ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТРИХОМОНІАЗІ

Все більшого значення в формуванні хронічної урогенітальної інфекції набувають такі групи мікроорганізмів – умовно патогенна мікрофлора та найпростіші, особливо трихомонади [2, с.7-11]. Згідно даних ВООЗ, трихомонадна інфекція виявляється майже у 10% населення. У певних соціально-економічних групах поширеність трихомоніазу може сягати 40-90% [1, с. 64-67]. У жіночих статевих органах трихомонади можуть співіснувати з гонококами, вірусами простого герпесу, хламідіями, коринібактеріями та іншими мікроорганізмами, які знаходяться в нижніх відділах статевих органів. Поглинаючи патогенні мікроорганізми, трихомонади можуть бути провідниками інфекційних збудників у верхні відділи статевих органів і, навіть, у черевну порожнину [2, с.7-11].

Хронічна персистенція патогенних збудників у жіночих репродуктивних органах впливає на стан організму в цілому і викликає зміни з боку імунної системи з розвитком вторинного імунодефіцитного стану [3, с.48-50]. Основними змінами в стані імунної системи при вторинному імунодефіциті є