

- Татарчук, Г.В. Ветох // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 2 (4). – С. 70–74.
4. Сейтханова, Б.Т. Микробиоценоз влагалища у беременных женщин / Б.Т. Сейтханова, Н.З. Шапамбаев, Р.Р. Олжаева, П.Е. Калменова // Наука и здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 70–71.
5. Cucchiara, S. "Baby microbiome management." I International Summit dedicated to the problems of microbiota. Paris. March 10, 2017.

## SUMMARY

### OPTIMIZATION OF VAGINAL MICROBIOTOMES IN PREGNANT WOMEN

Korsak V.V., Patskan I.I.

Pregnancy and childbirth in women with impaired vaginal microbiocenosis occur with significant complications, which can affect the rates of maternal and perinatal morbidity. The high effectiveness of the drug "Probiz Femina" in vaginal dysbacteriosis during pregnancy makes it possible to recommend it for widespread use to prevent perinatal complications

## РЕЗУЛЬТАТИ БАГАТОРІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ МІКРОБІОЛОГІЧНИМИ ТА ЦИТОХІМІЧНИМИ МЕТОДАМИ ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ ПРИ ДІЇ КУРОРТНИХ ФАКТОРІВ, РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ І МОЛИТОВ

Лазорик М.І., Бляшинець В.В., AL-Azzam R.I.A.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна  
e-mail: [Lazorik44@gmail.com](mailto:Lazorik44@gmail.com)*

Поштовхом для написання статті стала підготовка лекцій з гематології для студентів 4 курсу медичного факультету УжНУ щоб показати студентами як оцінювати результати цитохімічних та мікробіологічних досліджень у хворих.

Так склалося, що під час вивчення на 5 курсі інфекційних хвороб я звернувся до доцента О.М. Кишка з проханням дати мені можливість займатися у студентському гуртку кафедри, оскільки це був дуже інтелігентний і ерудований викладач.

Він запропонував проаналізувати співвідношення нейтрофілів та лімфоцитів і моноцитів у формулах загального аналізу крові за допомогою спеціального кров'яно-клітинного показника (ККП) розробленого в Угорщині, до та після лікування хворих інфекційного відділення обласної клінічної лікарні з вірусними та бактеріальними пневмоніями. В Україні таких досліджень не проводили.

Після успішного завершення роботи був вдалий виступ на студентській конференції і я продовжив роботу в гуртку на 6 курсі, плаваючи стати інфекціоністом.

Після вступу до аспірантури на кафедру факультетської терапії науковий керівник проф. І.О. Мельник запропонував продовжити дослідження показників крові у хворих ревматичними вадами серця цитохімічними методиками, зокрема визначати активність пероксидази та кислої і лужної фосфатази у лейкоцитах периферійної крові разом з іншими класичними методами обстеження тематичних хворих.

Під час написання кандидатської дисертації вдалося виявити дуже великий недолік розрахунків при оцінці результатів дослідження ферментів у лейкоцитах – вони не відповідали вимогам загальноприйнятої у науці системи SI – всі показники повинні визначатися в літрі крові.

Оскільки такі розрахунки могли бути не сприйнятими адекватно науковим товариством з відповідними наслідками для дисертанта, було вирішено їх не торкатися і не оприлюднювати.

Після закінчення аспірантури на кафедрі продовжувалася інтенсивна наукова робота, бо кафедра мала госпдоговори з підприємствами та тему досліджень, затверджену міністерством освіти. Додатково було впроваджено вивчення динаміки показників фагоцитозу мікробіологічним способом поряд з цитохімічними дослідженнями ферментів.

Враховуючи попередній досвід, всі результати почали оцінюватися у системі SI. Розрахунки в системі SI підтвердили протиріччя у динаміці по-каників мазка та літра крові як при вивченні фагоцитозу так і ферментів.

Особливо це чітко вплило тоді, коли студент Шманько В.І. разом з батьком розробили спосіб оцінки кількості ферментів мазках за допомогою фізичного пристрою, на що було одержано документ на раціоналізаторську пропозицію. Результати активності ферментів у лейкоцитах мазка оцінювалися у фізичних одиницях.

Все це дуже просто – кількість лейкоцитів під час хвороби або знижується або зростає. В мазку показники активності ферментів або показники фагоцитозу в окремих лейкоцитах також можуть зростати або знижуватися. Сумарна активність в літрі враховує динаміку обох величин. Інакше це буде обман як лікаря так і пацієнта з відповідними наслідками і рекомендаціями. Неадекватні висновки за даними досліджень можуть дати небажані наслідки для пацієнта.

При розробці використовувалися запропоновані нові формули для розрахунків, а одержані показники одержали окремі назви, що вело до

формування так званого понятійного апарату для читання і представлення результатів для професіоналів.

Вкажемо, що формування понятійного апарату є обов'язковою умовою розвитку досліджень у всіх галузях науки і техніки.

Одержані результати вивчення динаміки фагоцитозу паралельно в капілярній та венонній крові дали можливість направити 21.06.88. до патентного відомства СРСР заявку на видачу охоронного документа.

У СРСР охоронним документом було авторське свідоцтво, яке практично у світі ніде не визнавалися винаходами.

Авторське свідоцтво СРСР було видано через 15 місяців - 22.09.1987.

Коли СРСР розпався і Україна одержала незалежність, було утворено патентне відомство яке видавало уже повноцінні патенти.

Мав місце перехідний період, коли авторське свідоцтва СРСР можна було подати в українське відомство і автор одержував патент на винахід, який визнавався у всьому світі.

Отже на вище вказане авторське свідоцтво СРСР було одержано патент [1], який узаконив назви розроблених показників, формули для їх визначення і можливість їх застосування на території України.

Кафедрою було впроваджено обстеження розробленими методиками пацієнтів у відомих закарпатських санаторіях «Гірська Тиса», «Синяк», та «Кооператор» (с. Деренівка) під керівництвом знаного курортолога доц. А.А.Сочки.

В санаторіях відбирали тематичних хворих з обов'язковим врахуванням результатів обстежень при направленні пацієнтів до санаторію, просили їх згоду на проведення досліджень. На пацієнта оформлялася спеціальна карта для роботи з результатами досліджень на кафедрі. Більшість обстежених оглядав особисто доц. А.А.Сочка як при поступленні так і перед випискою і все скрупульозно документував.

У санаторії «Гірська Тиса» працівники кафедри та студент медфаку Алексахін В.І. забирали кров з пальця для загального аналізу крові та визначення показників фагоцитозу. Додатково брали 4 мазки на скельця крові з пальця для підрахунку формули крові і цитохімічного визначення лужної фосфатази в лейкоцитах.

Всі ці дослідження проводилися *ex tempore*. Окремим хворим пропонували лікування голкотерапією при їх згоді здавати кров з пальця до та після кожного сеансу.

Рефлексотерапію проводив наш колишній студент, випускник УЖДУ В.В. Марфиньєв.

Виявилось, що після одної з процедур у крові з пальця показники фагоцитозу та активності лужної фосфатази різко падали, що було

дуже дивним і неочікуваним. Після наступних сеансів ситуація виправлялася. Отже мав місце якийсь криз.

У рефлексотерапії відомий клінічний акупунктурний криз під час окремих сеансів, який позитивно оцінюється і свідчить про наступне покращення стану хворого.

Виявлене явище за аналогією було названо лабораторним акупунктурним кризом, бо після нього наступала нормалізацією показників фагоцитозу і лужної фосфатази разом покращенням стану пацієнта.

Одержані результати дали можливість направити в патентне відомство України заявки на винаходи.

Виявилось, що наявність кризу дає можливість прогнозувати ефективність рефлексотерапії [2], а патент [3] дає можливість визначати мінімальну кількість сеансів для досягнення клінічного ефекту, причому всього 3-4 після кризу замість 10-15.

Далі нас зацікавило як змінюються показники крові у капілярній та венозній крові пацієнта до та після лікування мінеральною водою у ваннах.

У 3 вище вказаних санаторія вивчалася динаміка показників крові до та після курсу ванн.

У санаторії «Кооператор» було обстежено групу пацієнтів, які приймали ванни зі слабомінералізованою кременистою мінеральною водою з метою оцінки наявності, характеру та інтенсивності впливу цієї води на активність фагоцитозу лейкоцитів судинного русла до та після процедур. Ця мінеральна вода викликала в венозному відділі різке зниження фагоцитозу, назване нами венозним провалом. В той же час у капілярному відділі під час лікування та при виписці ці показники були стабільно високими. Цей феномен було названо венозним провалом після лікування [4].

Результати обстеження червоної крові в інших санаторіях захищені патентом [5].

Вважаємо доцільним навести ще один патент на винахід, який стосується застосування розробленого способу оцінки результатів паралельного визначення показників у капілярній та венозній крові до та після молитов [6].

Особи, які приймали участь у цьому дослідженні просили не розголошувати їх анкетних даних, що ми чітко виконуємо.

Особи, які приймали участь у дослідженні або самі читали молитви або їх читали особи які знали тексти молитов.

У крові з вени та пальця визначалися показники фагоцитозу та лужної фосфатази.

Найбільш важливим є те, що показники фагоцитозу і лужної фосфатази достовірно знижувалися у венозній крові. У капілярній крові зміни були, але статистично недостовірними.

Спільним у проведених дослідженнях є виявлене різке зниження вивчених показників клітинах крові (криз) під час рефлексотерапії, прийому ванн з мінеральними водами та під час молитов як знак позитивного впливу цих факторів на людину.

## ЛІТЕРАТУРА

1. А.с. SU № 1681257 А1. МПК G01N33/53. Спосіб определения активності фагоцитоза в судис- том русле. Заявка № 444631714 Подано 21.06.1988. Опубл 30.09.1991, Бюл. № 36. Автор Лазорик М.И.
2. П.УА . № 15554 С1. МПК А61Н 39/00. Заявка 4729429/SU. Подано 14.08.89. Опубліковано 30.06.97, Бюл.№ 3. Спосіб прогнозування ефективності рефлексотерапії за Лазориком. Автор Лазорик М.І.
3. П. УА. №.18715 С1. МПК А61Н 39/00. Заявка 4905937/SU. Подано 25.01.91. Опубліковано 25.12.97. Бюл.№ 6. Спосіб визначення мінімальної кількості сеансів рефлексотерапії. Автори Лазорик М. І. Мар-финець В.В., Гойденко В.С.
4. П.К.М. № 22932 А. G01N33/48. Спосіб визначення наявності характеру та інтенсивності впливу чинника на активність фагоцитозу лейкоцитів судинного русла. Заявка № 94063357. Подано 03.06.94 Опубл. 30.06.98, Бюл. № 3. Автори Лазорик М.І., Чачанідзе Д.З. Самосюк І.З.
5. П.К.М. № 23082 А. G01N33/48. Спосіб визначення функціонального стану клітин в судинному руслі. Заявка № 94107290. Подано 8.10.94 Опубл. 30.06.98, Бюл. № 3. Автор Лазорик М.І.
6. П. УА 80967 С2. МПК (2006) G01N33/48. Спосіб Лазорика для визначення впливу молитов на пацієнта. Заявка № 20041008474 Подано 18.10.2004. Опубл. 26.11.2007, Бюл. № 19.Автор Лазорик М.І.

## SUMMARY

ANALYSIS THE RESULTS OF PERENNIAL INVESTTIGATIONS BY MICROBIOLOGICAL AND CYTOCHEMICAL METHODS OF BLOOD INDICATORS DYNAMICS DURING THE ACTIVITY OF RESORT FACTORS, REFLEXOTHERAPY AND PRAYERS

Lazoryk M.I., Bleashinets V.V., AL-Azzam R.I.A.

Conducted analysis of own patents for inventions of the USSR and Ukraine concerning diagnostics, prognostication and control of the effectiveness of patients treatment with mineral waters of zakarpattya region reflexotherapy and prayer revealed a common - crisis with a sharp decline i

individual indicators in blood cells as a sign of positive influence of these factors on the influence of these factors on the human.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ЗАСОБІВ ТА ФОРМ ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

**Машура Г.Ю., Свистак В.В., Блецкан М.М.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна*

Хвороби органів дихання тримають лідируючу позицію у статистиці захворюваності в Україні [2]. Фізична реабілітація займає провідне місце у комплексному лікуванні пацієнтів пульмонологічного профілю. У зв'язку з пандемією COVID-19, застосування методик дихання та оздоровчих вправ, які полегшують симптоми задишки та кашлю, що тривалий час супроводжують пацієнта після перенесеного захворювання, стає дедалі актуальнішим і посідає перші сходинки серед рекомендацій, які надає лікар на етапі реабілітації [4].

Згідно з дослідженням Landry et al. (2020) легенева реабілітація дозволяє зменшити ускладнення спричинені дихальною недостатністю і тривалою іммобілізацією після перенесених інфекційних хвороб, а також відновити психічну та емоційну складову якості життя під час та після медичних інтервенцій, покращити переносимість фізичних навантажень і зменшити відчуття задишки [3].

Мета. Узагальнити методи та підходи які використовують на етапі легеневої реабілітації у пацієнтів для полегшення найпоширеніших симптомів задишки та кашлю та для покращення якості життя пацієнтів, особливо тих, що перенесли COVID-19.

Матеріали та методи. Проведено аналіз медичних рекомендацій та протоколів, які стосуються реабілітації пацієнтів пульмонологічного профілю. Відібрано та узагальнено доказові засоби легеневої реабілітації.

Результати дослідження. Мінімальна тривалість ефективної програми реабілітації становить 6 тижнів, чим довша тривалість, тим кращий ефект. Доцільно включати до загальних реабілітаційних програм тренування верхньої групи м'язів, дихальних м'язів та дихальні практики, які зменшують метаболічні потреби організму і покращують легеневу вентиляцію та зменшують задишку. Покращення функції верхніх кінцівок відбувається під час ходьби та щоденних навантажень, таких як: піднімання, одягання, вмивання, розчісування волосся, тощо [1]