



захисту від кліщів переносників (використання захисного одягу та репелентних препаратів). Індивідуальний захист передбачає також огляд одягу і відкритих частин тіла кожні 2 години під час перебування на природі.

Фундюр Н.М., Кушнір О.В., Іфтода О.М., Гуцул О.Я.
ГІГІЄНИЧНІ ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ ОЖИРІННЯ

Кафедра гігієни та екології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Ожиріння визнано Всесвітньою організацією охорони здоров'я неінфекційною епідемією нашого часу. Ожиріння зменшує тривалість життя (на 5-15 років залежно від ступеня вираженості), сприяє прогресуванню хронічних захворювань (гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця з можливим розвитком ускладнень – інсульту чи інфаркту, цукрового діабету 2-го типу, подагри, гепатиту, холециститу, панкреатиту), які погіршують якість життя та супроводжуються значними медико-економічними затратами як для конкретної людини, так і для суспільства в цілому.

Метою нашого дослідження було узагальнити літературні дані [Ципріян В.І., 1999, 2007; Бардов В.Г., 2009; Волошин О.І., 2014] стосовно рекомендацій з профілактики конституційного (аліментарного) ожиріння у людини.

Основою профілактики ожиріння є здоровий спосіб життя (ЗСЖ), який включає раціональний режим праці та відпочинку, достатню рухову активність, загартування, відсутність шкідливих звичок. Важливою складовою ЗСЖ є також раціональне харчування. На сьогодні сформульовані наступні вимоги до харчування людини з метою первинної профілактики ожиріння (попередження його розвитку). Кількісна повноцінність харчування – відповідність калорійності харчового раціону (ХР) енерговитратам організму. Якісна повноцінність харчування – збалансованість за вмістом білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин. Енергетична цінність білків повинна складати 12% від добової калорійності, жирів – 25%, вуглеводів – 63%. Вітаміни та мінерали повинні поступати у відповідності до гігієнічних нормативів (з урахуванням віку, статі, особливостей трудової діяльності). Вміст білків повинен становити 80-100 г, з них 55-60% мають бути тваринного походження. Бажано, щоб половина тваринних білків поступила з молочними продуктами. Вміст жирів повинен становити 80-100 г, з яких 25-30% – рослинного походження (містять вітамін Е, поліненасичені жирні кислоти – ПНЖК, лецитин, які необхідні для профілактики атеросклерозу). Хорошим джерелом ПНЖК є льняна, гарбузова, оливкова олії. ПНЖК родини ω-3 (1-2 г на добу) містяться у жирі морських риб. Молочні продукти (цінні за вмістом вітамінів А і D) рекомендується вживати з пониженою жирністю (0,05-1,5 %). Добовий вміст вуглеводів повинен становити 400-500 г, з них полісахариди – 85-90%. У складі полісахаридів кількість крохмалю та глікогену – 55%, клітковини та пектинів – 20-25 г на добу (нормалізують моторику та секрецію шлунково-кишкового тракту, зв'язують та виводять холестерин, токсичні речовини). Моно- та дисахариди (бажано вживати переважно мед) можна знизити до 10-15% від загальної кількості вуглеводів. Для забезпечення антисклеротичної спрямованості харчування в раціон слід включати хліб з борошна грубого помелу, морепродукти (морська риба, водорості, гребінці, краби, криль, мідії), нежирні сорти м'яса (телятина, яловичина, птиця), олії (льняна, гарбузова, оливкова), фрукти та овочі (цитрусові, яблука, квашена капуста), ягоди (чорна смородина, агрус). Важливо збагатити їжу продуктами з вираженими антиоксидантними властивостями: амінокислотами (метіонін, цистеїн, глютамінова кислота), вітамінами С, Р, РР, групи В, А, Е, К, мінералами (магній, марганець, мідь, цинк, селен), біологічно активними речовинами рослинного походження (флавоноїди, поліфеноли пряно-ароматичних трав, таніни, бетаїдин). Для профілактики розвитку метаболічного ацидозу важлива «лужна» спрямованість ХР. Для нормалізації роботи кишкової мікрофлори необхідно вживати кисломолочні продукти (йогурт, кефір, ряжанка), фруктові-овочеві соки, харчові волокна (клітковина, пектини). Слід також вживати достатню кількість якісної води та трав'яних чаїв. При дотриманні режиму харчування доцільно влаштовувати три основні прийоми їжі (сніданок, обід, вечеря), один або два додаткові (другий сніданок, полуденок). При 4-кратному харчуванні на 1-ий сніданок рекомендується 25-30% від добової калорійності раціону, на 2-ий сніданок або полуденок – 10-15%, на обід – 40%, на вечерю – 20% (проміжок між прийомами їжі 4 години). При 5-кратному харчуванні: на 1-ий сніданок – 20%, на 2-ий сніданок – 10-15%, на обід – 35-40%, на полуденок – 10%, на вечерю – 15-20% (проміжок між прийомами їжі 3 години). Продукти харчування та готові страви повинні бути різноманітними, легко перетравлюватись. Перевагу слід надавати проварюванню, запіканню, приготуванню на пару. Для попередження прогресування ожиріння (вторинна профілактика) калорійність раціонів повинна зменшуватись до 800-1500 ккал/добу. В ХР слід збільшити кількість овочів та фруктів, обмежити вміст простих вуглеводів, тваринних жирів, солі та спецій (збуджують апетит). Супи готувати на овочевому або слабкому м'ясному, рибному чи грибному бульйоні, вживати нежирні сорти м'яса та риби. Щотижня рекомендуються 1-2 розвантажувальні дні: білкові (сирі, молочні, м'ясні, рибні), вуглеводні (яблучні, огіркові, гарбузові, морквяно-бурікові). Позитивні результати отримані при вживанні лікарських рослин (проростків пшениці, вівса, жита, ячменю по 2-4 ложки на сніданок упродовж не менше 1 місяця 2-4 рази на рік). Важливою складовою у профілактиці ожиріння є достатнє фізичне навантаження, яке стимулює обмін речовин, сприяє окисленню жирів, збільшенню м'язової маси, покращує функціонування всіх систем організму. В молодому та зрілому віці рекомендуються фізичні заняття на тренажерах, велоспорт, плавання, теніс, футбол, волейбол, баскетбол, лижні прогулянки; в похилому та старечому віці – ходьба, по можливості гімнастика та плавання.



Таким чином, комбінація оздоровчого (в тому числі, редукованого) харчування та регулярного фізичного навантаження буде сприяти підтриманню нормальної маси тіла, оптимальної працездатності, гарного настрою та творчого довголіття.

Яковичук Н.Д.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАБОРУ ДОСЛІДНОГО МАТЕРІАЛУ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПАТОГЕННИХ МІЦЕЛІАЛЬНИХ ГРИБІВ

Кафедра мікробіології та вірусології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Як правило міцеліальні патогенні гриби, а саме збудники кератомікозів, які поверхнево уражують шкірні покриви, епідермомікозів (дерматомікоз) та збудники мікроспорії, трихофітії, руброфітії і фавусу (парши) досить тривалий час культивуються на живильних середовищах. Тому діагноз, наприклад, дерматомікозів ставлять на підставі клінічної картини, а пізніше підтверджують і результатами лабораторних досліджень. Щоб приступити безпосередньо до лікування хворих, наприклад, на мікоз шкіри чи придатків шкіри (волосся та нігтів) незважаючи на класичні клінічні прояви у хворого, першочергово доцільно провести мікроскопічне дослідження міксоміцетів, при цьому культуральний (мікологічний) метод проводять обов'язково для підтвердження попереднього діагнозу, та він посідає все ж таки другорядне місце. Звісно, важливу роль у проведенні лабораторних досліджень відіграє виважена поетапність: по-перше, взяття і транспортування патологічного матеріалу; по-друге, мікроскопія матеріалу; по-третє, виділення та ідентифікація чистої культури збудника з визначенням чутливості до хіміопрепаратів. Та все ж таки правильне взяття матеріалу значною мірою впливає як на успіх мікроскопії так і на отримання чистої культури.

Особливо важливим є використання різних способів забору дослідного матеріалу при стертих формах мікозів волосистої частини голови. При ураженні волосся епіляційним пінцетом витягають розташовані на периферії вогнища деформовані, білясті, обламани волосини, що змінили колір і втратили еластичність, користуючись при цьому лампою Вуда (ультрафіолетова лампа зі скляним фільтром, яка викликає флюоресценцію в деяких мікроорганізмів). Використання лампи Вуда полегшить діагностику і взяття досліджуваного матеріалу при клінічно виражених і субклінічних формах грибкових інфекцій. Як правило виражена яскраво-зелена флюоресценція спостерігається при ураженні волосся дерматофітами роду *Microrporum*, а саме *M. audouinii*, *M. canis*, *M. ferrugineum*, *M. distortum* та менш виражена в трихофітонів *T. tonsurans*, що дозволяє швидко і легко провести диференційну діагностику на самперед у дітей з підозрою на мікроспорію, псоріаз та гніздову алопецію. Відмінна також флюоресценція у збудників різнокольорового лишая - *M. furfur*. уражена шкіра має вигляд золотисто-жовтого кольору, а несправжнє забарвлення шкіри подібного забарвлення при дослідженні може бути зумовлено використанням попередньо пацієнтом косметичних або зовнішніх протигрибкових препаратів. Оскільки не всі лусочки і волосся з вогнищ ураження містять елементи гриба, патологічний матеріал слід брати в максимально можливій кількості з вогнищ, що не піддавалися місцевому лікуванню. Використовують також різні стерильні шматочки негладкої тканини, так як при розгортанні може відбутися втрата і розповсюдження патогенного матеріалу. При вичісуванні волосся використовують стерильну шітку для миття рук на яку попередньо нанижують стерильний бинт, який безпосередньо в подальшому переносять на щільне живильне середовище для культивування. Також дослідний матеріал можна збирати в стерильні чашки Петрі та в саморобні пакети з чорного паперу. Весь матеріал транспортують у стерильних біксах і обов'язково вказують характер матеріалу та попередній діагноз. Слід зазначити, що придатки шкіри та уражені нігтьові пластинки зіскоблюють скальпелем або відрізають манікюрними ножницями якомога дрібніші частинки. Зазвичай шкірні лусочки зіскоблюють з активних периферичних країв осередку ураження або в міжпальцевих проміжках за допомогою стерильного, злегка затупленого скальпеля, скарификатора та ножниць, а надірвані частинки рогового шару та шкірні лусочки з кірочок беруть стерильним пінцетом або знімають липкою лентою.

Правильний забір патологічного матеріалу грибкової інфекції відіграє важливу роль при проведенні лабораторної діагностики мікозів поверхневої локалізації. Мікроскопічний метод є найбільш простішим та швидким для встановлення наявності гриба в тканинах, що оцінюється за наявності і розташуванням характерних морфологічних елементів (конідій, спіралей та ін). Він допоможе попередити діагностичні та лікарські помилки.

Яковичук Н.Д., Грозав А.М.*

ПРОТИГРИБКОВА АКТИВНІСТЬ [(5-ГІДРОКСИМЕТИЛ-1Н-ІМІДАЗОЛ-4-ІЛ) ТІО] ОЦТОВИХ КИСЛОТ

Кафедра мікробіології та вірусології

*Кафедра медичної та фармацевтичної хімії**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Велике значення у виникненні грибкових інфекцій, які ускладнюють перебіг основних захворювань, особливо в стаціонарах різного профілю має формування госпітальних штамів грибів.