

5±1,5. Як наслідок, знизилася тривалість найдовшого рефлюксу: з 57±8,0 хв до 7±0,5 хв у пацієнтів II підгрупи, з 61±12,0 хв до 20±1,5 хв – III, з 58±9,0 хв до 7,5±1,0хв – IV ($p_1 < 0,05$; $p_2 < 0,05$; $p_3 < 0,05$). Серед пацієнтів I підгрупи, які отримували стандартну базову терапію, тривалість найдовшого рефлюксу знизилася з 43±2,0 хв до 27±0,5 хв ($p > 0,05$). Унаслідок цього такий прогностично важливий показник, як індекс DeMeester, знизився з 31,08±2,4 до 17,6±3,5 у пацієнтів II підгрупи, з 30,23±1,3 до 18,9±2,3 – III та з 33,18±2,6 до 14,7±2,5 – IV ($p_1 < 0,05$; $p_2 < 0,05$; $p_3 < 0,05$), в той час як серед хворих I підгрупи – з 29,7±1,36 до 19,9±0,97 ($p > 0,05$).

Висновки: Таким чином, за результатами добового моніторингу рН у нижній третині стравоходу, під впливом різних схем лікування найвагоміші результати були в тих випадках, коли на тлі стандартної терапії застосовували комбінацію комплексних препаратів магнію і кальцію.

ДО ПИТАННЯ ПРО МІКРОЦИРКУЛЯТОРНЕ РУСЛО

*Савицька О.В., Сухоносів Р.О.
Харківський національний медичний університет*

Шкіра – системний покрив людини, безсумнівно, важливий для життєдіяльності орган. Це одна з основних структур, яка забезпечує терморегуляцію, адже в ній зосереджена значна частина протитечійних теплообмінників судинної системи, у котрій вени збирають кров з усієї поверхні шкіри. МЦР відіграє важливу роль у підтриманні гомеостазу, його поверхневе розташування на значній площі є причиною дії різних ендогенних та екзогенних чинників, які впливають на функціональний стан, параметри кровотоку і транскapілярний обмін, що зумовлює тривалий перебіг або прогресування патологічного процесу.

Актуальність: при вивченні патогенезу захворювань велике значення приділяється порушенням мікроциркуляторного русла, у зв'язку з чим, вивчення і розуміння мікроциркуляції є актуальним завданням.

Цілі: вивчення особливостей будови судин МЦР шкіри людини та наслідки його порушення.

Матеріали та методи: огляд й аналіз наукової та методичної літератури.

Результати. Мікроциркуляторне русло забезпечує обмін речовин між кров'ю і тканинами і залежить від процесів, які впливають на гемодинаміку. Мікроциркуляторне русло шкіри акумулює і видає з великої площі інформаційні та біохімічні чинники з навколишнього середовища у внутрішнє, таким чином, бере участь у процесі гомеостазу та гомокінезу.

Одним із методів вивчення стану кровоносної системи людини, що дає змогу встановити форму капілярів, їх протяжність і деформації є капіляроскопія. Саме з часів практичного використання капіляроскопії, коли було запропоновано інтенсивно падаюче освітлення і нанесення на шкіру декількох крапель гліцерину або будь-якого іншого рослинного масла для зниження ефекту відбивання і розсіювання світла (Lombard, 1912) стало початком вивчення гемомікроциркуляторного русла шкіри людини. Дослідження зазвичай проводяться на нігтьовому ложі, що пов'язано з горизонтальним розташуванням і поверхневою локалізацією капілярів. Однак капіляроскопія не виправдала великі надії в діагностичному аспекті, тому рідко використовується поодинокі.

Мікроциркуляторне русло шкіри, вивчене за допомогою ін'єкційної техніки (Petersen, 1935), характеризується мережевим типом будови з комбінацією кінцевих артеріол, які утворюють артеріолярне кільце, від якого відходять метартеріоли, які дають початок судинам, що утворюють сітку(капіляри). Складна комбінація артеріальних і венозних сіток функціонує таким чином, що артеріальна кров може відразу переходити у венозний відділ, оминаючи капіляри, тобто артеріоло-венулярні анастомози зв'язують артеріоли безпосередньо з венулами або дрібні артерії з дрібними венами. Ці анастомози присутні у великій кількості в деяких ділянках шкіри(мочка вуха, пальці), де вони відіграють важливу роль у терморегуляції. Від термінальних артеріол відходять 3-4 капіляри, які направляються до шкірних сосочків. Ці капіляри дуже добре видно при капіляроскопії у вигляді тонких капілярних петель(довжина яких становить від 200 до 420 мкм). Кожний сосочок містить одну петлю, яка має тонку артеріальну частину(7-13 мкм), перехідне коліно(вставний відділ) і венозну частину(9-20 мкм). Капілярне русло побудоване по класичному типу, тобто венозні відділи капілярів впадають у венули, які утворюють венозне сплетення(іноді можна спостерігати при капіляроскопії, однак мікроциркуляторне русло повністю побачити неможливо). Кількість капілярів відрізняється на різних ділянках шкіри, наприклад, на 1мм² шкіри нігтьового ложа припадає 20-55(А.І.Нестеров, 1930), на тильній поверхні кисті – 65, на шкірі ступні – 60-70 (Illig, 1961).

Висновки. Мікроциркуляторне русло – це найчутливіший індикатор, який реагує на патогенні фактори ще до появи клінічних захворювань, тому мікроциркуляція є важливим прогностичним фактором для діагностики та лікування низки хвороб. Зміни параметрів шкірної мікроциркуляції використовуються в експериментальних дослідженнях динаміки кровотоку.