



ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ



**13(1/2) • 2009
ТРАВЕНЬ**

ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ім. М.І.ПИРОГОВА REPORTS OF VINNYTSIA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Заснований: 17 жовтня 1994 року

Засновники: Вінницький державний медичний
університет ім. М.І.Пирогова

Переєстрований: 18 вересня 2003

Засновник: Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова

Founded: October 17, 1994

Founder: Vinnytsia State N.I.Pyrogov Memorial
Medical University

Refounded: September, 2003

Founder: Vinnytsia National N.I.Pyrogov Memorial
Medical University

Головний редактор

Мороз В.М.

Перший заступник головного редактора

Петрушенко В.В.

Заступник головного редактора

Гумінський Ю.Й.

Відповідальний секретар

Клімас Л.А.

Технічний секретар

Лісовий М.І.

Редакційна колегія

Григоренко П.П.

Гунас І.В.

Палій Г.К.

Пентюк О.О.

Погорілий В.В.

Процек О.Г.

Пшук Н.Г.

Серкова В.К.

Степанюк Г.І.

Хаїмзон І.І.

Шувалов С.М.

Editor-in-Chief

Moroz V.M.

First Editor Assistant

Petrushenko V.V.

Editor Assistant

Guminsky Yu.I.

Secretary-in-Chief

Klimas L.A.

Technical secretary

Lisovyi M.I.

Editorial Board

Grygorenko P.P.

Gunas I.V.

Paliy G.K.

Pentyuk O.O.

Pogorilyi V.V.

Protsek O.G.

Pshuk N.G.

Serkova V.K.

Stepanyuk G.I.

Khaimzon I.I.

Shuvalov S.M.

Редакційна рада

Булат Л.М., Гайструк А.Н., Годлевський А.І.,
Денисюк В.І., Дудник В.М., Кириленко В.А., Кіщук
В.В., Кукуруза Ю.П., Мазорчук Б.Ф., Маленький
В.П., Мороз Л.В., Мостовий Ю.М., Пухлик Б.М.,
Пушкар М.С., Салдан І.Р., Сергета І.В., Чорноб-
ровий В.М., Фіщенко В.О., Яковлева О.О.

Editorial Council

Bulat L.M., Chornobrov V.M., Denisyuk V.I., Dud-
nyk V.M., Fishchenko V.O., Gaystruk A.N.,
Godlevs'kiy A.I., Kischuk V.V., Kukurusa Yu.P.,
Kyrylenko V.A., Malenky V.P., Mazortchuk B.F.,
Moroz L.V., Mostovy Yu.M., Pukhlyk B.M., Pushkar
M.S., Saldan I.P., Serheta I.V., Yakovleva O.O.

Журнал видрукований в типографії
Вінницького національного медичного
університету ім.М.І.Пирогова

Періодичність видання 2 рази на рік

Адреса редакції
21018, Україна, м.Вінниця,
вул. Пирогова, 56
Тел.: (043-2) 43-94-11
Факс.: (043-2) 46-55-30
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua

Printed by printing-house of the
Vinnytsia National Pyrogov
Memorial Medical University

Appears twice a year

Address
Pyrogov Str. 56,
Ukraine - 21018, Vinnytsia,
Tel.: (043-2) 43-94-11
Fax: (043-2) 46-55-30
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І.ПИРОГОВА
РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

МАТЕРІАЛИ
45 УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

"АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ,
КЛІНІЧНОЇ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ"

20 травня 2009 року

Організаційний комітет конференції

Голова оргкомітету:

Мороз В.М. - член-кореспондент АМН України, д.мед.н., професор, ректор Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова

Заступники голови:

Петрушенко В.В. - д.мед.н., доцент, проректор з наукової роботи,

Гумінський Ю.Й. - д.мед.н., професор, проректор з навчальної та виховної роботи,

Погорілий В.В. - д.мед.н., професор, проректор з лікувальної роботи,

Палій Г.К. - д.мед.н., професор, проректор по роботі з іноземними студентами,

Яковлева О.О. - д.мед.н., професор, зав. кафедри клінічної фармації і клінічної фармакології,

Процек О.Г. - д.мед.н., професор, зав. кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я.

Члени організаційного комітету:

Крекотень О.М. - старший викладач кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я,

Карпенко І.А. - асистент кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я,

Полінкевич С.Г. - магістрант кафедри педіатрії №2,

Шапринський В.В. - магістрант кафедри загальної хірургії.

Редакційна колегія:

Відповідальний редактор - ректор ВНМУ ім. М.І.Пирогова член-кореспондент АМН України, д.мед.н., професор **В.М.Мороз**

Відповідальний за випуск - проректор з наукової роботи ВНМУ ім. М.І.Пирогова, д.мед.н. **Петрушенко В.В.**

ЗМІСТ

МАТЕРІАЛИ 45 УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ "АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ, КЛІНІЧНОЇ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ"

Александрова О.Є. Гігієнічні аспекти прогностичної оцінки стану здоров'я студентів, що навчаються в умовах медичних вищих навчальних закладів	237
Андрєєв С.А., Король Т.М., Гаврилюк А.О. Морфологічні зміни епітелію бронхів в гострому періоді Тяжкої черепно-мозкової травми	238
Andreev S., Korol T., Gavriluk A. Structural changes in lungs caused by severe traumatic brain injury and their role in secondary brainstem lesions formation in early terms of posttraumatic period	239
Анфілова М.Р. Актуальність проблеми хвороб, що передаються статевим шляхом в Україні	239
Байло М.В. Застосування нормотиміків у лікуванні шизофренії	240
Балабуєва В.В. Синдром інтраабдомінальної гіпертензії у хворих з ургентною хірургічною патологією	241
Баліцька О.П. Апробація моделей з рандомізованими та фіксованими ефектами для побудови переваго-зважувальних інструментів оцінки якості життя у хворих на ГХ	242
Бедик О.В. Формирование подбородочного отдела нижней челюсти как фактор, влияющий на заживление переломов	243
Березюк О.М., Лисенко Д.А. Патологіологічні основи розвитку анемії при гострих лейкозах	244
Беркун И.Ю., Днистрянская А.П. Ведение беременности и родов у подростков	245
Бесединська О.В., Бесединський В.І., Король Т.М., Гаврилюк А.О. Діабетична периферична полінейропатія. Судинні чинники розвитку патоморфологічних змін	246
Биковська О.А. Особливості перебігу бронхолегеневої дисплазії у недоношених дітей	247
Бобело В.С. Типи медичних систем	247
Богомаз О.В., Величко Т.О. Гендерні відмінності часових та просторових параметрів ходи	248
Богомолов А.Є. Визначення стану клітинної ланки імунітету у хворих на туберкульоз за допомогою мітогенного мультитестування	249
Бондар С.А., Ляшенко І.Н., Анфілова М.Р., Труніна Т.І., Наліжитий А.А., Мохамед Місбах Сучасні особливості клініки та перебігу бульозних токсидермій	250
Боровський Б.Р. Особливості змін у стані провідних професійно-значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості учнів і студентів, що здобувають професії залізничного транспорту	251
Вергелес К.М. Національні, етнічні та релігійні аспекти відродження України	252
Вільцанюк О.О. Аналіз морфологічних змін у внутрішніх органах у хворих на опійну наркоманію	253
Вознюк Л.А. Протизапальні реакції, показники ліпідного спектра крові та напруження антивірусного, антихламідійного імунітету при ішемічній хворобі серця	254
Воронкін Д.О., Гаврилюк Д.Я., Лесик Р.Б. Синтез та вивчення протипухлинної і протівірусної активностей похідних тіазолонів з піразолоновим фрагментом у молекулах	255
Гаврилюк А.О., Король Т.М., Чорнопищук Р.М., Бенедиктова Н.В. Поліморфізм зірчастих клітин печінки та їх роль в фіброгенезі при хронічному гепатиті С	256
Галунко Г.М., Вернигородський С.В. Аналіз передракових змін слизової оболонки шлунка у хворих на хронічний гастрит, хронічну прогресуючу виразку та гіперпластичні поліпи	256
Гордійчук О.О. Різновиди клінічно ізольованих синдромів під час загострення множинного склерозу з ремітуючим перебігом	257
Дмітрієв М.О., Філімонов Ю.В., Аршинников Р.С. Можливості використання комбінованої фотометрії для визначення ангуляційних параметрів краніальних, лицьових та зубощелепних структур	258
Дубчак Л.І. Результати використання "датського" штаму вакцини БЦЖ	259
Дячук С.А., Солейко Л.П. Цереброваскулярные инфаркты миокарда - прошлое или тяжелое настоящее? ..	260
Єрошенко О.А., Філімонов Ю.В., Єрошенко А.В. Визначення клінічного індексу функціональної патології скронево-нижньощелепного суглоба у осіб призовного віку та солдат строкової служби	261
Жорняк О.І. Вивчення антимікробної активності антисептичних препаратів	262
Жорняк О.І. Дослідження антибактеріальних властивостей офлоксацину, ампіциліну, гентаміцину, меронему та декасану	262

УДК: 16.233:616.24:616-007.17

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Биковська О.А.

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед великої кількості захворювань, до яких схильні глибоко недоношені діти, одним з найважчих та недостатньо вивчених залишається бронхолегенева дисплазія (БЛД). Специфічних клінічних проявів захворювання немає. В неонатальному періоді у недоношених дітей має місце поєднання декількох діагнозів, тому визначити специфічні клінічні симптоми бронхолегеневої дисплазії досить важко. Формування БЛД є важливим кінцевим наслідком перинатальної патології глибоко недоношеної дитини та обумовлює вищу захворюваність, вищий ризик повторних госпіталізацій протягом першого року життя, збільшення коштів на лікування, вищий ризик смерті у постнатальному періоді, вищий ризик затримки фізичного та нервово-психічного розвитку.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу бронхолегеневої дисплазії у недоношених дітей з масою тіла менше 1500 г та гестаційним віком менше 32 тижнів.

Під нашим спостереженням знаходилось 36 новонароджених, які народились у 2007-2009 роках та лікувались у відділенні інтенсивної терапії та відділенні для недоношених дітей Вінницького обласного неонатального центру. Бронхолегеневу дисплазію та ступінь її важкості визначали як наявність або відсутність залежності недоношеної дитини від респіраторної підтримки у 36 тижнів постконцептуального віку або на момент виписки додому (незалежно від того, що буде першим) з обов'язковою наявністю в анамнезі оксигенотерапії ($>21\%$) протягом щонайменше 28 днів. Відповідно до сучасних критеріїв важкості захворювання дітей було розподілено на 2 групи: 17 дітей з "м'якою" БЛД, 19 дітей з "виразною" БЛД. Контрольну групу склали 30 недоношених дітей, які у неонатальному періоді отримували лікування з використанням додаткового кисню менше 28 днів.

Аналіз захворюваності показав, що частота респіраторного дистрес-синдрому, що ускладнився пневмонією в неонатальному періоді, вірогідно не відрізнялась у дітей з бронхолегеневою дисплазією та дітьми контрольної групи ($p>0,05$). Вроджена пневмонія зустрічалась в групах із бронхолегеневою дисплазією від 35,3% до 36,8% випадків, тоді як в контрольній групі її мали лише 10% дітей ($p<0,05$).

Дихальна недостатність мала місце у дітей всіх досліджуваних груп. Найважчі її прояви були у немовлят з "виразною" бронхолегеневою дисплазією - 84,2% з них мали дихальну недостатність 3 ступеня. У групі з "м'якою" БЛД дихальну недостатність 3 ступеня мала кожна 2 дитина. В контрольній групі вірогідно частіше спостерігалась дихальна недостатність 2 ступеня - її мали 73,3% дітей ($p<0,05$).

Перивентрикулярна лейкомаляція (ПВЛ) зустрічалась у групах із бронхолегеневою дисплазією від 58,8% до 63,2%, що достовірно частіше у порівнянні з контрольною групою, де ПВЛ мали 33,3% дітей ($p<0,05$). Внутрішньошлуночкові крововиливи 3 ступеня мала кожна 3 дитина з бронхолегеневою дисплазією, і це достовірно частіше, ніж у дітей контрольної групи ($p<0,05$). У той же час, внутрішньошлуночкові крововиливи 1-2 ступеня вірогідно частіше було діагностовано у дітей контрольної групи - 36,7% випадків ($p<0,05$).

Персистуючу артеріальну протоку мало 26,3% немовлят із "виразною" БЛД, тоді як в групі "м'якої" БЛД та в контрольній групі дана патологія не зустрічалась. Некротизуючий ентероколіт у неонатальному періоді виявлявся у дітей всіх груп, але у дітей з бронхолегеневою дисплазією втричі частіше, ніж в контрольній групі (11,1% проти 3,3%) ($p<0,05$). Постнатальну затримку фізичного розвитку (маса тіла нижче 10 перцентилія) мали 41,2% дітей з "м'якою" БЛД та 63,2% дітей з "виразною" бронхолегеневою дисплазією проти 6,7% немовлят контрольної групи ($p<0,05$).

Таким чином, бронхолегенева дисплазія формується у дітей з тяжким перебігом неонатального періоду, який в перші дні життя ускладнюється внутрішньошлуночковими крововиливами 3 ступеня на тлі внутрішньоутробної інфекції з виразною дихальною недостатністю, на другому тижні життя ці діти переносять некротизуючий ентероколіт та персистування артеріальної протоки, на третьому тижні життя у переважної більшості формується перивентрикулярна лейкомаляція та постнатальна затримка розвитку.

УДК: 61:325.1

ТИПИ МЕДИЧНИХ СИСТЕМ

Бобело В.С.

Кафедра філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

УДК: 16.233:616.24:616-007.17

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Биковська О.А.

Кафедра педіатрії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Серед великої кількості захворювань, до яких схильні глибоко недоношені діти, одним з найважчих та недостатньо вивчених залишається бронхолегенева дисплазія (БЛД). Специфічних клінічних проявів захворювання немає. В неонатальному періоді у недоношених дітей має місце поєднання декількох діагнозів, тому визначити специфічні клінічні симптоми бронхолегеневої дисплазії досить важко. Формування БЛД є важливим кінцевим наслідком перинатальної патології глибоко недоношеної дитини та обумовлює вищу захворюваність, вищий ризик повторних госпіталізацій протягом першого року життя, збільшення коштів на лікування, вищий ризик смерті у постнатальному періоді, вищий ризик затримки фізичного та нервово-психічного розвитку.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу бронхолегеневої дисплазії у недоношених дітей з масою тіла менше 1500 г та гестаційним віком менше 32 тижнів.

Під нашим спостереженням знаходилось 36 новонароджених, які народились у 2007-2009 роках та лікувались у відділенні інтенсивної терапії та відділенні для недоношених дітей Вінницького обласного неонатального центру. Бронхолегеневу дисплазію та ступінь її важкості визначали як наявність або відсутність залежності недоношеної дитини від респіраторної підтримки у 36 тижнів постконцептуального віку або на момент виписки додому (незалежно від того, що буде першим) з обов'язковою наявністю в анамнезі оксигенотерапії ($>21\%$) протягом щонайменше 28 днів. Відповідно до сучасних критеріїв важкості захворювання дітей було розподілено на 2 групи: 17 дітей з "м'якою" БЛД, 19 дітей з "виразною" БЛД. Контрольну групу склали 30 недоношених дітей, які у неонатальному періоді отримували лікування з використанням додаткового кисню менше 28 днів.

Аналіз захворюваності показав, що частота респіраторного дистрес-синдрому, що ускладнився пневмонією в неонатальному періоді, вірогідно не відрізнялась у дітей з бронхолегеневою дисплазією та дітьми контрольної групи ($p>0,05$). Вроджена пневмонія зустрічалась в групах із бронхолегеневою дисплазією від 35,3% до 36,8% випадків, тоді як в контрольній групі її мали лише 10% дітей ($p<0,05$).

Дихальна недостатність мала місце у дітей всіх досліджуваних груп. Найважчі її прояви були у немовлят з "виразною" бронхолегеневою дисплазією - 84,2% з них мали дихальну недостатність 3 ступеня. У групі з "м'якою" БЛД дихальну недостатність 3 ступеня мала кожна 2 дитина. В контрольній групі вірогідно частіше спостерігалась дихальна недостатність 2 ступеня - її мали 73,3% дітей ($p<0,05$).

Перивентрикулярна лейкомаляція (ПВЛ) зустрічалась у групах із бронхолегеневою дисплазією від 58,8% до 63,2%, що достовірно частіше у порівнянні з контрольною групою, де ПВЛ мали 33,3% дітей ($p<0,05$). Внутрішньошлуночкові крововиливи 3 ступеня мала кожна 3 дитина з бронхолегеневою дисплазією, і це достовірно частіше, ніж у дітей контрольної групи ($p<0,05$). У той же час, внутрішньошлуночкові крововиливи 1-2 ступеня вірогідно частіше було діагностовано у дітей контрольної групи - 36,7% випадків ($p<0,05$).

Персистуючу артеріальну протоку мало 26,3% немовлят із "виразною" БЛД, тоді як в групі "м'якої" БЛД та в контрольній групі дана патологія не зустрічалась. Некротизуючий ентероколіт у неонатальному періоді виявлявся у дітей всіх груп, але у дітей з бронхолегеневою дисплазією втричі частіше, ніж в контрольній групі (11,1% проти 3,3%) ($p<0,05$). Постнатальну затримку фізичного розвитку (маса тіла нижче 10 перцентилія) мали 41,2% дітей з "м'якою" БЛД та 63,2% дітей з "виразною" бронхолегеневою дисплазією проти 6,7% немовлят контрольної групи ($p<0,05$).

Таким чином, бронхолегенева дисплазія формується у дітей з тяжким перебігом неонатального періоду, який в перші дні життя ускладнюється внутрішньошлуночковими крововиливами 3 ступеня на тлі внутрішньоутробної інфекції з виразною дихальною недостатністю, на другому тижні життя ці діти переносять некротизуючий ентероколіт та персистування артеріальної протоки, на третьому тижні життя у переважній більшості формується перивентрикулярна лейкомаляція та постнатальна затримка розвитку.

УДК: 61:325.1

ТИПИ МЕДИЧНИХ СИСТЕМ

Бобело В.С.

Кафедра філософії та суспільних наук Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)